



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

José António Alves Reduto Morgado

Incapacidade Funcional dos doentes com diagnóstico de AVC

José António Alves Reduto Morgado

Incapacidade Funcional dos doentes com diagnóstico de AVC: Determinantes Sóciodemográficas, Clínicas e de Suporte Informal

Relatório Final

5º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque
Professora Doutora Ana Isabel Nunes Pereira de Azevedo e Andrade



Junho de 2017

“Mesmo quando tudo parece desabar,
cabe-me a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar;
porque descobri no caminho incerto da vida,
que o mais importante é decidir.”

Cora Coralina

Agradecimento

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu profundo e sincero agradecimento aos meus orientadores, à Professora Doutora Ana Andrade e ao Professor Doutor Carlos Albuquerque, pela amizade, pela vasta experiência e conhecimento, pelo apoio pedagógico, pelo rigor e seriedade que impuseram ao trabalho pois sem eles este trabalho não teria sido possível.

Aos meus pais, à minha avó, aos meus irmãos e aos meus tios, por todo o seu amor, pelo seu incondicional apoio e ajuda, e acima de tudo por acreditarem sempre que eu era capaz!

Aos amigos Tânia Henriques e Duarte Marvanejo, por todo o companheirismo e ajuda que demonstraram durante este longo percurso.

Todos participantes do estudo, deixo a minha gratidão pela disponibilidade e receptividade em participar no mesmo.

A todos o meu bem-haja.

Dedicatória

À Tânia, a minha melhor amiga, a minha companheira de armas, a minha esposa, que sempre esteve presente, motivando e ajudando-me, sem ela nunca seria possível atingir este objetivo.

Resumo

Introdução: O AVC pode ser definido como um comprometimento neurológico focal (ou global), de início súbito, com sintomas persistindo para além de 24 horas, ou levando à morte, de provável origem vascular. É reconhecido como um dos problemas mais importantes de saúde pública, não apenas pelo seu caráter multidimensional, mas também devido às graves consequências que acarreta para o doente e para a sociedade. A reabilitação funcional do doente é um dos requisitos básicos no tratamento pós-AVC. Assim o objetivo geral deste estudo consiste em identificar os fatores determinantes da incapacidade funcional dos doentes com diagnóstico de AVC.

Métodos: Trata-se de um estudo do tipo não experimental, de natureza quantitativa, transversal e do tipo descritivo-correlacional. Foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 52 doentes, maioritariamente masculinos (61.5%), com uma faixa etária igual ou superior a 80 anos (50%), casados ou em união de facto (51.9%), com menos de quatro anos de escolaridade (46.2%) e a residirem com o cônjuge (30.8%), A recolha de dados foi efetuada através de um formulário composto por questões de caracterização sociodemográfica, de caracterização clínica, de contexto familiar, acessibilidades aos cuidados de saúde, Índice de Barthel e Índice de Lawton e Brody.

Resultados: Verificámos que a maioria dos doentes, não fizeram reabilitação durante o internamento (92.3%), realizaram um programa de reabilitação após a alta hospitalar (63.5%), desses, a reabilitação teve início um mês após o AVC (69.7%), com uma duração entre dois e três meses (33.4%). Constatámos que apenas as determinantes sociodemográficas (grupo etário, estado civil, habilitações literárias, rendimento familiar) e clínicas (tipo de AVC, prática de atividade física e a duração do programa de reabilitação) influenciaram a incapacidade funcional dos doentes. Os doentes com maiores níveis de incapacidade funcional foram, os que pertenciam o grupo etário com idade igual ou superior a 80 anos, viúvos, que não sabem ler nem escrever, que apresentam um rendimento familiar entre os 250 e 500€, que sofreram AVC Hemorrágico, que não praticam atividade física e que o programa de reabilitação durou menos de um mês. Relativamente à realização das Atividades Básicas de Vida Diária, 40.4% dos doentes eram independentes e 28.8% apresentavam incapacidade grave. Quanto às Atividades Instrumentais de Vida Diária, 55.8% dos doentes apresentavam uma incapacidade grave para a sua realização e apenas 11.5% eram independentes.

Conclusão: As evidências encontradas neste estudo revelaram a existência de fatores determinantes na incapacidade funcional. Este conhecimento permite-nos desenvolver e implementar intervenções personalizadas, que visem a diminuição da incapacidade funcional. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, com intervenções continuadas e direcionadas para as necessidades do doente, propõe-se a promover a autonomia funcional, a potencializar a sua recuperação e a facilitar a sua integração na dinâmica familiar e comunitária o mais precoce possível.

Palavras-chave: AVC, Reabilitação; Enfermagem em Reabilitação; Incapacidade Funcional.

Abstract

Background: Stroke can be defined as a focal (or global) sudden onset neurological impairment with symptoms persisting beyond 24 hours, or leading to death, of probable vascular origin. It is recognized as one of the most important public health problems, not only because of its multidimensional nature, but also because of the serious consequences it has for the patient and for society. Functional rehabilitation of the patient is one of the basic requirements in post-stroke treatment. Thus, the general objective of this study is to identify the factors that determine the functional disability of patients with a diagnosis of stroke.

Methods: This is a non-experimental, quantitative, cross-sectional and descriptive-correlational study. It was performed in a non-probabilistic sample for convenience, consisting of 52 patients, mostly male (61.5%), with an age group of 80 years or older (50%), married or in a de facto union (51.9%), with less than four years of schooling (46.2%) and living with the spouse (30.8%). The data collection was done through a form composed of sociodemographic characterization, clinical characterization, family context, accessibility to health care, Barthel Index and Lawton and Brody Index.

Results: We found that most of the patients did not perform rehabilitation during hospitalization (92.3%), performed a rehabilitation program after hospital discharge (63.5%), of which rehabilitation started one month after the stroke (69.7%), with a duration between two and three months (33.4%). We found that only sociodemographic determinants (age group, marital status, literacy, family income) and clinical variables (type of stroke, physical activity practice and duration of the rehabilitation program) influenced the functional disability of the patients. The patients with the highest levels of functional disability were those who were aged 80 or over, widowed, who could not read or write, who had a family income of between 250€ and 500€, who suffered a hemorrhagic stroke, who do not practice physical activity and that the rehabilitation program lasted less than a month. Regarding the Basic Activities of Daily Living, 40.4% of the patients were independent and 28.8% presented severe disability. Regarding the Instrumental Activities of Daily Living, 55.8% of the patients had a severe disability and only 11.5% were independent.

Conclusion: Evidence found in this study revealed the existence of determining factors in functional disability. This knowledge allows us to develop and implement personalized interventions aimed at reducing functional disability. The Nursing Specialist in Rehabilitation Nursing, proposes to promote the functional autonomy, with continuous interventions and directed to the needs of the patient, to enhance the recovery and to facilitate the integration in the family and community dynamics as early as possible

Keywords: Stroke; Rehabilitation; Rehabilitation Nursing; Handicapped

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	XV
Lista de Quadros	XVII
Lista de Figuras	XIX
Lista de Abreviaturas e Siglas	XXI
Lista de Símbolos	XXIII
INTRODUÇÃO	25
1ª PARTE – Enquadramento Teórico	29
1 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	31
1.1- FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO.....	35
2- INCAPACIDADE FUNCIONAL	43
2.1- DÉFICES ESPECÍFICOS APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	47
2.2- A FAMÍLIA E O DOENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	52
3– REABILITAÇÃO	57
3.1 - PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	59
2ª PARTE – Estudo Empírico	63
4 – METODOLOGIA	65
4.1 - DELIMITAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO.....	65
4.2- PARTICIPANTES.....	69
4.3 – INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS.....	70
4.4 – PROCEDIMENTOS.....	76
5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	81
5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA.....	81
5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL.....	113
6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	125
7 – CONCLUSÃO	143
Referencias bibliográficas	151
Anexos	171
Anexo I – Instrumento Colheita de dados	173
Anexo II – Pedido de autorização para efetuar colheita de dados	185
Anexo III- Autorização do Concelho de administração da ULS Guarda	189
Anexo IV – Declaração de Consentimento Informado	193

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Localização anatômica das lesões no AVC	33
Tabela 2 – Resumo estrutural do instrumento de colheita de dados.....	70
Tabela 3 – Variáveis de caracterização Sóciodemográfica.....	71
Tabela 4 – Variáveis de caracterização Clínica.....	72
Tabela 5 – Variáveis de caracterização de Suporte Informal.....	73
Tabela 6 – Caracterização da acessibilidade aos cuidados de Saúde.....	73
Tabela 7 – Distribuição da situação laboral e motivo de reforma dos doentes em função do género	86
Tabela 8 – Distribuição da presença de apoio de instituição de solidariedade social, tipo e âmbito do apoio prestado em função do género dos doentes.....	88
Tabela 9 – Caracterização clínica dos doentes: tipo e ano em que ocorreu o AVC em função do género	89
Tabela 10 – Caracterização clínica dos doentes: antecedentes de AVC e AIT em função do género.....	90
Tabela 11 – Caracterização clínica dos doentes: início dos hábitos tabágicos e carga tabágica diária em função do género	91
Tabela 12 – Caracterização clínica dos doentes: prática e tipo de atividade física em função do género	92
Tabela 13 – Caracterização clínica dos doentes: internamento em U-AVC e local do internamento em função do género	93
Tabela 14 – Caracterização clínica dos doentes: processo de reabilitação após a alta hospitalar em função do género.....	95
Tabela 15 – Distribuição da situação laboral e motivo de reforma dos CI em função do género	100
Tabela 16 – Caracterização de acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde: unidade de referência, tempo despendido e meio de transporte utilizado em função do género.....	101
Tabela 17 – Caracterização de acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde: SU preferido, tempo despendido e meio de transporte utilizado em função do género.....	103
Tabela 18 – Caracterização níveis de funcionalidade dos doentes nas das dimensões do IB em função do género.....	107
Tabela 19 – Caracterização níveis de funcionalidade dos doentes nas das dimensões do ILB em função do género.....	111
Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis: grupos etários, estado civil, habilitações literárias, rendimentos familiares e tempo despendido até à unidade de referência em função da Incapacidade Funcional do doente	116

Tabela 21 - Resultados do Teste de U Mann Whitney: tipo de AVC, atendentes de AVC em função da incapacidade funcional do doente.....	118
Tabela 22 – Resultados do Teste de U Mann Whitney: prática de atividade física, internamento U-AVC, reabilitação durante o internamento e após a alta em função da incapacidade funcional do doente	119
Tabela 23 – Resultados do Teste de U Mann Whitney: existência, género e situação laboral do CI em função da incapacidade funcional dos doentes.....	121

Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 – Classificação da Incapacidade funcional de acordo com o Índice de Barthel.....	74
Quadro 2 – Classificação da Incapacidade funcional de acordo com o Índice de Lawton e Brody.....	76
Quadro 3 – Distribuição dos grupos etários dos doentes em função do género.....	82
Quadro 4 – Distribuição do estado civil dos doentes em função do género.....	83
Quadro 5 – Distribuição das habilitações académicas dos doentes em função do género.....	84
Quadro 6 – Distribuição da coabitação dos doentes em função do género.....	84
Quadro 7 – Distribuição dos rendimentos familiares dos doentes em função do género.....	85
Quadro 8 – Distribuição da presença de CI em função do género dos doentes.....	86
Quadro 9 – Distribuição dos fatores de risco em função do género dos doentes.....	91
Quadro 10 – Distribuição da realização de reabilitação durante o internamento em função do género dos doentes.....	94
Quadro 11 – Distribuição do local de realização do programa de reabilitação em função do género dos doentes.....	96
Quadro 12 – Distribuição dos grupos etários dos CI em função do género.....	97
Quadro 13 – Distribuição do estado civil dos CI em função do género.....	97
Quadro 14 – Distribuição do grau de parentesco dos CI em função do género.....	98
Quadro 15 – Distribuição dos rendimentos do CI em função do género.....	99
Quadro 16 – Estatísticas relativas à avaliação da capacidade funcional em função do género....	104
Quadro 17 – Caraterização dos níveis de incapacidade funcional nas ABVD dos doentes em função do género.....	108
Quadro 18 – Caraterização dos níveis de incapacidade funcional nas AIVD dos doentes em função do género.....	112
Quadro 19 – Resultados do Teste de U Mann Whitney: Incapacidade Funcional em função do género do doente.....	114
Quadro 20 – Resultados do Teste Kruskal-Wallis: duração do programa de reabilitação em função da incapacidade funcional dos doentes.....	120
Quadro 21- Resultados do Teste Kruskal-Wallis: Idade do CI em função da incapacidade funcional dos doentes.....	122
Quadro 22 – Resultados do Kruskal-Wallis: incapacidade funcional na realização das AIVD em função da incapacidade funcional dos doentes.....	123

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF.....	45
Figura 2 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.....	68

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária
AIT – Acidente Isquémico Transitório
AIVD – Atividades Instrumentais Vida Diária
ASA – American Stroke Association
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVCH – AVC Hemorrágico
AVCI – AVC Isquémico
AVD – Atividades de Vida Diária
CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
CI – Cuidador Informal
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CV – Coeficiente de Variação
DGS – Direção Geral de Saúde
DM – Diabetes Mellitus
Dp – Desvio-padrão
EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESO - European Stroke Organisation
et al.- e outros
EUSI - European Stroke Initiative
HNSA - Hospital Nossa Senhora da Assunção
HSM - Hospital Sousa Martins
HTA - Hipertensão Arterial
IB – Índice de Barthel
ICD – Instrumento de Colheita de Dados
ILB - Índice de Lawton e Brody
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
K – Kurtosis
K-S – Teste Kolmogorov-Smirnov
K/StdError – Valor de Kurtosis (medida de achatamento)
MTSS – Ministério do Trabalho e Segurança Social
N – Frequência absoluta

n° - Número

NINDS - National Institutes of Neurological Disorders and Stroke

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Ordenação média

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância

p. – Página

PNS - Plano Nacional de Saúde

r - Associação

SK – Simetria de Skweness

Sk/StdError – Valor Skweness (medida de enviesamento)

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPAVC – Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SU – Serviço de Urgência

U – Teste U de Mann-Whitney

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSG – Unidade Local de Saúde da Guarda

U-AVC – Unidade de AVC

Lista de Símbolos

& - e

% - Percentagem

\bar{x} - Média

= - Igual

> - Maior que

<- Menor que

\leq - Menor ou igual que

\geq - Maior ou igual que

X - Multiplicação

/ - Divisão

% - Percentagem

€ - Euros

χ^2 Valor estatístico de Qui Quadrado

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser definido como uma doença cardiovascular causada pela interrupção do fornecimento de sangue no cérebro, havendo uma diminuição ou ausência do aporte de oxigénio e nutrientes, originando lesões no tecido cerebral (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2014).

Esta patologia é a segunda causa de morte a nível mundial, responsável por cerca de 5.7 milhões de mortes, o equivalente a 9.9% de todas as mortes (OMS, 2013). Nesta linha de pensamento, e remetendo-nos para realidade portuguesa, em 2013 verificaram-se 12273 óbitos devido ao AVC, desses 5362 (9.95%) eram homens e 6911 (13.2%) mulheres e em média são perdidos 13.32 anos (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2013; Portugal, 2014).

Além da elevada taxa de mortalidade, esta patologia assume-se como sendo uma das principais causas de morbilidade, apenas 10% dos sobreviventes de AVC recuperam quase na totalidade, 25% recuperam com sequelas mínimas, 40% ficam com deficiência moderada a grave, necessitando de cuidados especializados, 10% precisam de cuidados a longo prazo necessitando de institucionalização e 15% morrem após o episódio de AVC (National Stroke Association, 2011). Pela análise dos dados constata-se que o AVC é uma doença mais incapacitante do que mortal, que se trata de um dos mais importantes problemas de Saúde Pública, causando elevados encargos a nível social e económico (Portugal, 2014).

Para os sobreviventes, os défices são frequentes, variados e graves, os mais evidentes são as alterações motoras, sensoriais, comunicação, cognitivas e emocionais, que se traduzem em diferentes níveis de incapacidade na realização das atividades vida diária (AVD), com um impacto muito elevado na funcionalidade dos doentes (Silva, 2010; Teles & Gusmão, 2012; Borges, 2013). O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011, p.1) define AVD como um “conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia”, subdividindo em três grupos: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas da Vida Diária.

Nesse sentido, a incapacidade na realização com maior ou menor dificuldade das AVD vai condicionar o seu desempenho, originando deste modo graus de incapacidade funcional diferentes. Considerando a magnitude das incapacidades advindas deste evento, podemos assumir que muitos dos doentes que sobrevivem a um AVC, iniciam um longo processo de recuperação e adaptação às novas circunstâncias, quanto mais precocemente for iniciado o programa de reabilitação, maior potencial de recuperação terá o doente (European Stroke Organisation (ESO), 2008). Perante tais mudanças, o doente e a sua família têm de ser capacitados para que possam desenvolver novas estratégias que lhes permitam readaptar-se a uma nova realidade. Deste modo, os doentes com AVC que transitam da autonomia para a incapacidade são alvo dos cuidados de Enfermagem.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) tem um papel fulcral dentro da equipa de saúde, atuando como promotor e agente catalisador do processo. Por um lado, compreende “uma assistência holística e compartilhada onde o binómio doente-família tem um papel preservado” (Mancussi, 2006, p.130), por outro lado é um profissional altamente especializado, com competências devidamente reguladas, cuja intervenção visa, “a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas” (Portugal, 2011, p.8658).

Com base no exposto e tendo consciência desta realidade, aliada à motivação pessoal e rigor profissional pelo qual me pauto e oriento a minha prática diária no âmbito dos cuidados de saúde primários, decidimos enveredar pelo estudo que intitulamos “**Incapacidade Funcional dos doentes com diagnóstico de AVC**” nas determinantes sociodemográficas, clínicas e suporte informal.

Acreditamos que se trata de um domínio temático bastante atual e pertinente, suscetível de originar um debate e reflexão científica, com implicações práticas não só para os profissionais de saúde, mas também para as suas famílias e os meios sociais envolventes. Tendo por base estes pressupostos, decidimos elaborar a seguinte questão central, subjacente à problemática do presente estudo: “**Quais os determinantes que influenciam a incapacidade funcional do doente pós AVC?**”

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, em corte transversal, descritivo e correlacional, do tipo não experimental, que se reporta a um espaço temporal compreendido entre junho e setembro de 2016. Este estudo, reporta-se aos 52 doentes com diagnóstico de

AVC, que foram triados nos Serviços de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG), nos anos de 2014 e 2015.

Com este trabalho procuramos identificar os determinantes que influenciam a incapacidade funcional dos doentes e realizar um levantamento de dados sobre os seus níveis de incapacidade funcional. Com vista à adoção de intervenções ajustada às necessidades de cada doente. Seguindo esta linha de pensamento, definimos o seguinte objetivo geral **“Identificar os fatores determinantes da incapacidade funcional dos doentes com diagnóstico de AVC”**.

Com base no objetivo, organizámos as duas partes que compõem este trabalho e que lhe imprimem um carácter teórico-empírico:

A primeira parte designada de Enquadramento Teórico, consiste na revisão da literatura que suporta este estudo, estando dividido em três capítulos. O primeiro capítulo incide sobre o AVC, definindo-o e descrevendo quais os seus fatores de risco e formas de prevenção, o segundo aborda a temática da incapacidade funcional identificando os défices específicos desta patologia e o papel que a família desempenha. Por fim, o terceiro capítulo diz respeito ao processo de reabilitação e ao papel que o EEER desempenha no seu desenrolar.

A segunda parte corresponde ao Estudo Empírico, explorando todo o trabalho de campo e científico desenvolvido englobando quatro capítulos. O primeiro diz respeito à fase metodológica, onde se procede à delimitação da investigação, à identificação das características dos participantes, à elaboração do instrumento de colheita de dados e os procedimentos técnicos e éticos que foram cumpridos. O segundo compreende a apresentação dos resultados encontrados após submetidos a tratamento estatístico, descritivo e inferencial, permitindo a sua interpretação. O terceiro capítulo corresponde à discussão dos resultados, onde se procede a uma análise crítica relativamente aos resultados obtidos, tendo por base o quadro conceptual atual e a nossa experiência. Finalmente o último capítulo, diz respeito à conclusão, onde se irão retirar algumas conclusões, reconhecer algumas das limitações do estudo, deixar algumas sugestões, bem como implicações para a prática clínica.

1ª PARTE – Enquadramento Teórico

1 -ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC pode ser definido como um comprometimento neurológico focal (ou global), de início súbito, com sintomas persistindo para além de 24 horas, ou levando à morte, de provável origem vascular (OMS, 2009). Ainda segundo os mesmos autores, esta definição clínica assenta em quatro componentes essenciais: tem de ser um comprometimento neurológico ou deficit, de início súbito, ter uma duração superior a 24 horas e possível origem vascular.

Este comprometimento conduzirá, a uma interrupção do fluxo sanguíneo, que por sua vez originará uma perda ou diminuição das funções neurológicas (Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral (SPAVC), 2016). Caso a interrupção seja inferior a 3 minutos é reversível, com duração superior pode causar alterações funcionais irreversíveis, tendo como consequência necrose do tecido nervoso (Cancela, 2008).

Na generalidade, o AVC é classificado de acordo com o tipo, localização anatómica, distribuição vascular e etiologia. Pode ser causado por dois mecanismos diferentes: oclusão de um vaso provocando isquemia e enfarte do território dependente desse vaso ou rutura vascular originando uma hemorragia intracraniana.

Do ponto de vista etiológico, o AVC abarca dois grupos que por sua vez se dividem em subtipos: o AVC Isquémico (AVCI) (trombótico e embólico) e o AVC Hemorrágico (AVCH) (subaracnoide, intracerebral) (OMS, 2009). Alguns autores defendem a inclusão do Acidente Isquémico Transitório (AIT), como um tipo de AVC. A OMS (2009) discorda dessa inclusão, uma vez que, apesar de “ser um conjunto de sintomas neurológicos focais (...) os sintomas têm duração inferior a 24 horas” (2009, p.12). A maioria dos AIT resolve-se nos primeiros 20 minutos, 90% nas 4 horas seguintes e é considerado um fator de risco para o AVC (Samuels & Stern, 2001; SPAVC, 2011).

O AVCI é causado pela oclusão súbita de um vaso, ou redução de perfusão cerebral, que correspondem a 75-85% do total de AVC (Portugal, 2007; O’Sullivan & Schimtz, 2010).

O AVCI trombótico é um processo patológico responsável pela oclusão de um vaso sanguíneo (artéria ou veia), como consequência da acumulação sucessiva de placas de ateroma no seu interior (Brown & King, 2011). Os mesmos autores referem ainda que esta oclusão se deve, por um lado, a um processo de arteriosclerose, isto é, um aumento do diâmetro e a perda de elasticidade das paredes das artérias conduzindo ao aumento da resistência à passagem do sangue, por outro lado, a um aumento da carga lipídica na corrente sanguínea, verificando-se uma progressiva acumulação na camada mais íntima da artéria. Estas placas “têm tendência a formar-se nos vasos de maior calibre, em particular nas zonas de bifurcação ou de curvatura das artérias” (Martins 2002, citado por Menoita 2012, p.15). De acordo com O’Sullivan e Schimtz, (2010) são frequentemente precedidas por AIT (cerca de 20% dentro do mesmo território arterial). Cerca de 80 a 85 % dos AVCI são de causa trombótica (OMS, 2015).

Por sua vez o AVCI embólico resulta da oclusão arterial por um corpo estranho em circulação (Brown & King, 2011). Ocorre, quando pequenos êmbolos, normalmente cardíacos, se deslocam no sentido distal e se alojam em pequenos vasos, causando uma privação de aporte sanguíneo (Marques, 2007). A formação de êmbolos está vulgarmente associada às doenças cardiovasculares (fibrilhação auricular, outras arritmias, enfarte do miocárdio com trombo mural), complicações de cirurgia vascular (próteses valvulares), desordens sistémicas produtoras de êmbolos gasosos (cirurgia ou traumatismo), êmbolos resultantes de fraturas ou de êmbolos de origem tumorais (SPAVC, 2015, Marques, 2007; Phipps, Sandy & Marek, 2003; Longo et al, 2011). Este tipo de AVC raramente é precedido de um episódio de AIT (O’Sullivan & Schimtz, 2010).

O AVCH é o resultado de um acontecimento oposto ao da isquemia, verifica-se um extravasamento sanguíneo devido a uma hemorragia. Podem ser devidas a dois mecanismos, rutura de uma malformação vascular, ou rutura de uma artéria intracerebral de pequeno calibre como resultado de um processo de arteriosclerose (SPAVC, 2011; Longo et al., 2011). O AVCH apresenta elevadas taxas de mortalidade, variando de acordo com o subtipo e localização da hemorragia (OMS, 2011).

A classificação do AVCH depende do local da hemorragia, pode ser classificado em hemorragia subaracnoide ou intracerebral (Cancela, 2008). O AVCH Subaracnoíde é geralmente causado pela rutura de vasos na superfície do cérebro ou nos ventrículos, resultante de aneurismas, malformação vascular intracraniana, secundária a uma hemorragia intracerebral ou a traumatismos com sangramento predominantemente para os espaços do

líquido céfaloraquidiano. (Martins, 2006; Cancela, 2008; Longo et al., 2011). Por sua vez o AVCH Intracraniano é causado pela rutura de artérias no interior da substância cerebral com consequente extravasamento de sangue no tecido cerebral (OMS, 2009).

Como facilmente se compreende, um AVC pode ocorrer em qualquer zona do cérebro, sendo que as manifestações imediatas mais comuns são o “comprometimento motor unilateral ou bilateral (incluindo falta de coordenação), comprometimento sensorial unilateral ou bilateral, afasia, disfasia, hemianopsia, apraxia e ataxia de início agudo” OMS (2009, p.9). Para uma melhor compreensão foi nossa opção esquematizar as manifestações em função da localização anatómica das lesões cerebrais, conforme tabela 1.

Tabela 1: Localização anatómica das lesões no AVC

Lesões	Manifestações
Território da carótida interna	Hemiplegia contralateral; Afasia (se no hemisfério dominante); Hemianestesia; Hemianópsia homónima contralateral
Território vértebro-basilar	Sinais de lesão dos nervos cranianos; Lesões no trato sensitivo; Hemiplegia ou dupla hemiplegia; Lesão do trato espinal; Lesões do sistema simpático, com ptose palpebral e miose; Síndrome vertiginoso, com alterações das relações espaciais; Perturbação do controlo motor; Coma
Artéria cerebral anterior	Confusão mental; Hemianópsia contralateral; Perda da sensibilidade, mais acentuada na perna e pé
Artéria cerebral média	Hemiparésia contralateral; Afasia (se no Hemisfério dominante); Hemianópsia; Perturbações da face
Artéria cerebral posterior	Hemianópsia homónima contralateral; Hemianestesia contralateral
Tronco cerebral	Paralisia homolateral dos nervos cranianos, com paralisias piramidais cruzadas ou perturbações cruzadas da sensibilidade no caso de a lesão atingir a via sensitiva (paralisias alternas)
Pé de pedúnculo	Hemiplegia do lado oposto à lesão; Paralisia ocular do mesmo lado por terem sido atingidas as fibras do nervo ocular motor comum
Protuberância	Hemiplegia do lado oposto à lesão; Paralisia total facial do mesmo lado
Bulbo raquidiano	Vertigem violenta no seu início e desequilíbrio sem perda de consciência; Disfasia, disartria e por vezes diplopia transitória; Anestesia hemifacial, Hemi-hopostesia do lado oposto

Fonte: Esquema de Longo D, Kasper D, Jameson J, Fauci A, Hauser F, Loscalzo J. (2011). Medicina Interna de Harrison. 18 Edição.

Podemos então referir, que os défices resultantes não estão ligados à etiologia do AVC, mas sim à localização da lesão. Humphred, Gibson e Jones, (2010), defendem que “as

insuficiências neurológicas são um reflexo do tamanho e da localização da lesão bem como da quantidade do fluxo sanguíneo colateral” (2010, p.770).

O tratamento é outro fator indispensável para a minimização de incapacidade geradas pelo AVC, é o seu tratamento, este tem evoluído significativamente nas últimas décadas. Em 1980 nos Estados Unidos da América a taxa de mortalidade situava-se entre 25 e 33% (Phipps et al, 2003) e em 2011 essa taxa decresceu para 15% (American Stroke Association (ASA), 2011). Em Portugal também se verifica um decréscimo na taxa de mortalidade, em 2002 morreram 20 069 doentes após AVC (OMS, 2010) e em 2013 morreram 12 273 (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2013). Esta diminuição de mortalidade, pode estar ligada a adoção de políticas direcionadas para a prevenção do AVC, com a criação de Unidades de AVC (U-AVC) e mecanismos de triagem pré-hospitalar (Via Verde do AVC).

A U-AVC é uma unidade especializada que se ocupa exclusivamente de doentes com AVC (European Stroke Initiative (EUSI), 2003). Ainda segundo os mesmos autores, estas unidades têm como objetivo efetuar o tratamento, e iniciar o mais precocemente a reabilitação, prevenindo o agravamento do AVC. A criação destas unidades permitiu distribuir os doentes de AVC em unidades especializadas, em vez de serem distribuídos por vários serviços (neurologia e medicina), reduzindo assim a duração do internamento, as complicações pós-AVC, a mortalidade e incapacidade geradas pelo AVC (Portugal, 2010).

Todos os doentes com AVC devem ser tratados em U-AVC, embora seja “evidente que as assimetrias geográficas e as realidades de cada unidade hospitalar não permitem que todas tenham o mesmo nível de recursos” (Oliveira, 2012, p.263). Para colmatar essa desigualdade foi constituída uma rede articulada de cuidados de saúde para tratamento e encaminhamento para a unidade mais adequada. Assim estabeleceram-se três níveis de U-AVC, as Unidade Nível A (Centrais), Nível B (Regionais) e unidades Nível C (Locais) de acordo com diferentes graus de diferenciação (Portugal, 2007). De acordo com os mesmos autores, a principal diferença reside no facto de as unidades de nível A e B estarem aptas a realizar fibrinólise intravenosa, enquanto que, as do tipo C não estão devendo apenas receber os doentes sem essas indicações ou os doentes enviados pelas unidades de nível superior.

Tendo como base a noção que o “AVC é uma emergência, e que todos os minutos contam para a sobrevivência de um elevado número de neurónios” (Oliveira, 2012, p.263), foi criada a Via Verde do AVC. Esta diz respeito a um conjunto de medidas estruturadas que visam melhorar a abordagem, encaminhamento e tratamento de doentes com quadro sugestivo de AVC, estas medidas têm início ainda na fase pré-hospitalar (Portugal, 2007). Tem como

objetivos diminuir o tempo entre a detecção dos primeiros sinais e a chegada às unidades especializadas, permitindo o diagnóstico e o tratamento mais adequado dentro da janela terapêutica (Portugal, 2007).

De acordo com a cadeia de sobrevivência do doente com AVC numa primeira fase é indispensável, que haja um reconhecimento dos sinais e sintomas da lesão cerebral, nesse sentido deve-se fornecer “informação eficaz ao público no sentido de reconhecer os sinais fortemente sugestivos de AVC (sinais de alerta de AVC) e que na sua presença se chame de imediato o 112” (Oliveira, 2006, p.70).

Esta necessidade de diminuir os tempos desde a ocorrência do AVC até realização do tratamento despoletou nas entidades responsáveis, a necessidade de informar e sensibilizar as populações quanto aos sinais de alerta. Em Portugal, foi iniciada em 2008 a campanha “Seja mais rápido que o AVC”, dando ênfase ao aparecimento súbito de três sinais/sintomas “falta de força num braço, boca ao lado e dificuldade em falar” (Portugal, 2007, pXI).

A criação destas sinergias veio provar que:

A referenciação precoce dos doentes com AVC é eficaz, permitindo a rápida identificação do tipo de AVC (...) possibilitando o tratamento. O internamento precoce destes doentes em Unidades de AVC reduz a morbilidade e a mortalidade a curto e longo prazo e também os custos associados ao tratamento” (Portugal, 2007, p 23)

Em suma o AVC é uma lesão vascular que pode afetar várias funções do doente, sensoriais, linguagem, emocionais e cognitivas. Apesar dos ganhos obtidos na prevenção do AVC, da diminuição da taxa de mortalidade, esta continua a ser a patologia mais prevalente e geradora de incapacidades (Brainin, Teuschl, & Kalra, 2007).

1.1 - FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO

O AVC é um dos problemas mais importantes de saúde pública é uma patologia multifatorial, acarretando graves consequências para o doente, a família, a sociedade e consequentemente para o sistema de saúde (Portugal, 2006).

Fator de risco é definido como sendo uma condição/comportamentos/estilos de vida em que a probabilidade de desenvolverem determinada patologia aumenta, quando comparando

com um doente, ou uma população sem essa característica (Pires, 2014). A importância dos diferentes fatores de risco depende de duas condicionantes: o aumento do risco que lhe está associado e a sua prevalência. Estão maioritariamente ligados a comportamentos e a estilos de vida, que se alteram ao longo do tempo (National Institutes of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), 2013).

A OMS agrupou os fatores de risco em três categorias, os não modificáveis (idade, género, antecedentes familiares e fatores genéticos), modificáveis (hipertensão arterial (HTA), tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares errados (baixo consumo de frutas e verduras), consumo excessivo de álcool, excesso de peso, AIT, Diabetes Mellitus (DM)) e os ambientais (tabagismo passivo, tratamento médico) (OMS, 2009).

Os fatores de risco não modificáveis, que são aqueles que não dependem da ação do doente (Ferro, 2006) e contemplam:

Idade – Em toda a revisão literária considerada sobre fatores de risco, o fator idade é um dos mais importantes, devido aos efeitos cumulativos no sistema cardiovascular e à natureza progressiva de outros fatores de risco (ASA, 2011). Last JM (2009), citado pela SPAVC (2011) assume que em cada 10 anos depois dos 55 anos, o risco de AVC duplica. Atualmente, assistimos a um aumento gradual da taxa de incidência do AVC nas faixas etárias mais jovens. Nos Estados Unidos da América, em 2002, houve 162.672 mortes devido ao AVC, sendo que 19.376 (11.9%) foram em pessoas com menos de 65 anos. (SPAVC, 2008). Constata-se que a sua incidência em faixas etárias mais jovens tem aumentado em todo o mundo (NINDS, 2013).

Género – De uma forma geral e para a mesma idade, são os homens que apresentam maior incidência comparativamente às mulheres (SPAVC, 2011). Ainda de acordo com os mesmos autores, a mortalidade é maior no género feminino e ocorre em idades avançadas. A idade média do primeiro AVC no homem é 68.6 anos, enquanto na mulher é 72.9 anos (SPAVC, 2011).

Antecedentes familiares – Os estudos não são uníssonos sobre a importância deste fator, nem a forma como influencia o AVC, é sabido que, a existência de história familiar nos pais e irmãos está associada a um maior risco de AVC (SPAVC, 2011). A prevalência é quatro vezes maior, quando os pais também padecem desta patologia (André, 2006).

Fatores genéticos – De acordo com a ASA (2011) “os indivíduos de raça negra apresentam maior risco de sofrer um AVC do que os indivíduos de raça caucasiana” (2011,

p.520). A razão para isto acontecer inclui maior prevalência de HTA, obesidade e DM, outra justificação para esta razão prende-se com diferenças sociais, localização geográfica e acesso a cuidados de saúde (Meschia et al., 2011).

Por sua vez, os fatores de risco modificáveis, são aqueles que por ação do doente se podem controlar, reduzir ou modificar (Ferro, 2006). Contemplam:

Hipertensão Arterial - É definida como a elevação persistente da pressão arterial acima de 140mmHg de pressão sistólica e/ou 90mmHg de pressão diastólica (SPAVC, 2011). É considerada o fator de risco mais importante e relevante, sendo forte a associação para todos os tipos de AVC (Goldstein et al., 2010, citado por SPAVC, 2011). A HTA aumenta em três a quatro vezes o risco de AVC (André citado por Araújo, Paúl & Martins, 2008). Asplund et al., (2009) num estudo sobre populações europeias, concluíram que um aumento de 10 mmHg na pressão arterial sistólica se traduz num aumento do risco de AVC de 23% a 29%. Por outro lado, o tratamento da HTA reduz o risco de AVC em 38% (Goldstein et al., 2010 citado por SPAVC, 2011).

Tabagismo – Esta fator pode ser atribuível à “morte de 100 milhões de pessoas no século XX, nos países desenvolvidos, sendo a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte” (Portugal, 2013, p2). O tabagismo, é a segunda causa de mortalidade mundial, atribuível a fatores de risco modificáveis, é um fator de risco major independente para AVCI. Fumar aumenta em mais que duas vezes o risco, quer para homens, quer para mulheres. (Goldstein et al., 2010, citado pela SPAVC, 2011). Este aumento é mais exponencial caso estejam presentes outras patologias como HTA e/ou DM (OMS, 2009).

Sedentarismo – Quanto à falta de exercício físico, são várias as fontes que o consideram como um risco para o desenvolvimento de AVC (Texas Heart Institute at St. Luke’s Episcopal Hospital, citado por Pires 2014). Foi também verificado que a relação entre atividade e AVC não era modificada pelo género nem pela idade (ASA, 2011). As mais-valias desta prática, estão associadas não somente à prevenção do AVC, mas também na correção de muitos dos fatores de risco vascular (HTA, DM, dislipidemia) (SPAVC, 2011).

Hábitos alimentares não saudáveis – A dieta é um dos principais responsáveis na patogénese da HTA, que é o principal fator de risco modificável de AVC (Lindgren, 2014). A alimentação está relacionada com a HTA, como o consumo excessivo de álcool, de sal, consumo deficitário de potássio e excesso de peso (SPAVC, 2011). As dietas devem ser

pobres em sódio e gorduras saturadas e ricas em vegetais, legumes, fruta, peixe, cereais, azeite e produtos lácteos reduzindo o risco de AVC (OMS, 2011).

Consumo excessivo de Álcool – A relação entre o consumo excessivo de álcool e o risco de AVC tem sido difícil de comprovar, devido às diferentes metodologias de investigação e diferentes concetualizações do significado de “consumo excessivo” (Lindgren, 2014). Está associado à disritmia cardíaca, à cardiopatia, à HTA, aumentando o risco de doença coronária, favorecendo a aterosclerose da grande artéria cerebral (Branco & Santos, 2010). O consumo moderado (1 a 30 bebidas por mês) será protetor para o AVCI (O’Donnell 2010, citado por SPAVC 2011). Para Ferro (2006) “A relação entre ingestão de bebidas alcoólicas e AVCI desenha um “J”: quantidades moderadas (até 3 unidades/dia) diminuem o risco, quantidades excessivas (> 5 unidades/dia) aumentam-no” (2006, p 78). Esta relação já não se verifica com o AVCH, verificando-se uma relação linear entre o aumento do consumo de bebidas alcoólicas e o aumento do risco de AVCH (Goldstein LB et al., 2010, citado pela SPAVC 2011).

Excesso de peso – Está associado, de forma proporcional, a um maior risco de AVC, para além de se associar também a HTA, DM e dislipidémia, potenciando sob a forma de sinergia a probabilidade de AVC. (Coelho e SPAVC, 2011). A distribuição de gordura abdominal (perímetro abdominal > 102 cm no homem ou > 88 cm na mulher) também está associada a maior risco de AVC (SPAVC 2011, Chaves 2008). Meschia et al., (2011) e os seus colaboradores, num estudo realizado afirmam que a obesidade abdominal é um fator preditivo mais forte que o Índice de Massa Corporal para o risco de AVC, ressalvando que há estudos em que para homens o IMC correlaciona-se melhor com AVC, enquanto o rácio cintura-anca é mais indicativo para mulheres.

AIT – O risco de ocorrência de AVC encontra-se substancialmente aumentado após um AIT, uma vez que partilham os mecanismos fisiopatológicos (Goldstein et al., 2010, citado por SPAVC, 2011). Aproximadamente 10.5% dos doentes que sofrem um AIT, irão sofrer um AVC dentro de 90 dias (Kelley, 2006).

Diabetes Mellitus – Estima-se que a DM afete 347 milhões de pessoas e em 2008 foi considerada como a responsável de 1,3 milhões de mortes por todo o mundo, prevê-se que na próxima década a incidência aumente 50% (Khoury et al., 2013). Reportando-nos à realidade portuguesa, a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2012) estima que 2009, 12.3% da população portuguesa era diabética, sendo responsável pela perda de 7,4 anos potenciais de vida perdidos, na população com idade inferior a 70 anos. Esta patologia juntamente com

obesidade e inatividade física atuam como fatores major no risco de AVC (Khoury et al., 2013). Num estudo realizado por Meschia et al., (2011) concluíram que os doentes com DM apresentam um risco maior de vir a desenvolver um AVC.

Dislipidémia – Existe controvérsia no que diz respeito ao papel do controlo dos lípidos em relação à propensão de risco para AVC inaugural (OMS, 2011). O colesterol total elevado e o HDL baixo, são fatores de risco para AVCI (Goldstein et al., 2010, citado por SPAVC, 2011). Esta relação deve-se ao facto de o aumento do colesterol contribuir para o desenvolvimento de processos arterioscleróticos (Gonçalves, 2011). A aterosclerose das artérias extra e intracraniana é responsável por cerca de dois terços dos AVCI (Tannouri, 2006). Alguns autores discordam da inclusão da dislipidémia como fator de risco, porque consideram que a influência dos triglicéridos no AVC, ainda não está muito documentada (Rocha et al., citado por Araújo et al. 2008).

Existem estudos relacionados com esta temática, nomeadamente um estudo desenvolvido em 22 países, por O'Donnell, Xavier e Liu em 2010, denominado de InterStroke, demonstrou que os fatores mais importantes são a HTA, as causas cardíacas (fibrilhação/flutter auricular, enfarte agudo do miocárdio), o tabagismo, a relação cintura/anca, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a dislipidémia, DM, a obesidade e o sedentarismo. Coelho (2011) no seu estudo concluiu que a HTA é o fator mais comum, seguido pela DM, a doença cardíaca surge em terceiro lugar. Recentemente Girão (2015) obteve uma amostra em que a maioria dos doentes (88,3%) sofria de HTA, 38,3% de DM e 11,7% referem já ter tido anteriormente AIT (2015). Resultados semelhantes foram obtidos por Correia (2015), onde 88,9% dos doentes sofriam de HTA, 81,9% de dislipidémia, 13,9% tinham DM, 19,4% apresentavam consumo excessivo de álcool e 16,7% referiram ter hábitos tabágicos.

Fazendo uma análise aos fatores de risco mais importantes, surge-nos logo um motivo de preocupação, todos os fatores de risco se potenciam entre si, o que origina um grave problema de saúde pública (Martins, 2006). Apesar de isoladamente o seu impacto poder ser minimizado, quando estamos perante um doente com uma associação de vários fatores (HTA, DM e excesso de peso) a nossa intervenção tem que ser diferenciada. Nesse sentido, devemos motivar os doentes a alterarem os seus comportamentos de risco e assim promover a adoção de estilos de vida saudáveis (OMS, 2009).

Nesta ótica, a ESO (2008) elaborou um conjunto de estratégias para prevenção do AVC, que agrupou em dois níveis, a prevenção primária e a prevenção secundária. A prevenção primária visa reduzir o risco de AVC nos indivíduos assintomáticos (ESO, 2008). Para isso devem identificar-se os doentes com maior risco de AVC, implementação de programas educacionais de forma a aumentar a consciencialização da população para o AVC, elaborar e aplicar políticas e programas de promoção de determinantes positivos de saúde favorecendo a atividade física, a adoção de estilos de vida saudáveis, desencorajando o consumo de tabaco (ESO, 2008, SPAVC 2015). Idealmente, a prevenção primária não compete apenas aos serviços de saúde, mas é, também, da responsabilidade de todos, desde os meios de comunicação social, passando pelas escolas, e associações, e deve contribuir para esclarecer a população no sentido de que cada doente possa escolher, adaptar e assumir o seu estilo de vida, tendo ao seu dispor as opções mais saudáveis (Portugal, 2006).

A prevenção secundária visa o controlo otimizado dos fatores de risco, reduzindo a sua exposição aos doentes (ESO, 2008). Para tal, deve-se “Intensificar campanhas de informação dirigidas à população geral; melhorar o diagnóstico e tratamento da HTA (...) da Dislipidémia; prevenir e controlar o Tabagismo; reduzir o número de pessoas com Excesso de Peso / Obesidade; aumentar a prática de Atividade Física; melhorar o acesso ao diagnóstico e terapêutica da do AVC” (Portugal, 2006, p.11). A prevenção secundária ideal pode reduzir a incidência de eventos vasculares recorrentes em 80% (Hackam & Spence, 2007, citado por Gibbon, Gibson, Lightbody, Radford, & Watkins, 2012).

A prevenção das doenças e promoção da saúde implica alterações no funcionamento, organização do trabalho, paradigmas de saúde, no sentido de passar de uma atitude passiva (de resposta à procura e doenças dos doentes) para uma atitude ativa (de busca e antecipação da doença) (Zurro, Pérez & Badia, 2014).

Esta ideia está patente, na carta de Ottawa, quando define promoção da saúde como “o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar” (OMS, 1986, p.1). A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação e da educação para a saúde, sendo fulcral habilitar as populações no sentido de preservarem a sua saúde (OMS, 1986).

Em Portugal, a promoção da saúde é uma prioridade visando a intervenção nos diferentes determinantes para se obterem ganhos em saúde. A criação de programas prioritários tem

como valores orientadores a excelência técnico-científica, transparência, participação e envolvimento de vários profissionais (Portugal, 2016).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 pretende envolver a população e as instituições nacionais, na discussão e troca de várias perspetivas de conhecimento em saúde, para promover um sentimento de pertença em relação à política de saúde e fortalecimento do sistema de saúde (Portugal, 2011). Um dos eixos estratégicos do PNS 2012-2016 é a equidade aos cuidados de saúde, sendo um dos pilares do SNS. A Lei de Bases da Saúde prevê a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços (Portugal, 1979). Por sua vez, o SNS deve garantir a equidade no acesso, de modo a atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados (Portugal, 1990).

A política de saúde “Saúde 2020” da OMS e da União Europeia em conformidade com a estratégia do Governo nacional visa proporcionar mais saúde às pessoas, nomeadamente no âmbito das doenças crónicas e seus determinantes (Portugal, 2016). Neste sentido, a DGS desenvolve programas de saúde prioritários, entre os quais nas áreas da Prevenção e Controlo do Tabagismo; Promoção da Alimentação Saudável; Promoção da Atividade Física; Diabetes; Doenças Cérebro-cardiovasculares, que têm um papel importante no AVC e seus determinantes.

Estamos perante uma mudança de paradigma, uma vez que as atuais políticas de saúde estão direcionadas para a prevenção, assumindo a sociedade/população um papel central, uma vez que, a população deve ser mobilizada para a prevenção, através da adoção de políticas de responsabilização que estimulem a promoção e preservação da saúde, com vista combater a maioria dos fatores de risco (Portugal, 2011).

O Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares tem como objetivos principais:

Melhorar o conhecimento epidemiológico e estatístico dos fatores determinantes das patologias cardiovasculares; Promover a prevenção cardiovascular, sobretudo secundária e de reabilitação; Promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas através da adoção de recomendações clínicas (guidelines) nacionais ou internacionais; Melhorar a organização e a prestação racional de cuidados diagnósticos e terapêuticos, sobretudo no âmbito da doença isquémica

cardíaca e da doença vascular cerebral; Promover a avaliação das tecnologias e dos cuidados de saúde neste domínio. (Portugal, 2012, p.2)

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) assumem um papel importante na consecução destes objetivos. O Enfermeiro, nomeadamente o EEER, deve intervir antes da ocorrência do AVC estratificando o risco dos doentes no desenvolvimento desta patologia, e posteriormente avançar com a implementação de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença.

A intervenção de enfermagem visa a educação para a saúde sobre estilos de vida saudáveis, hábitos alimentares saudáveis com ênfase na diminuição do consumo de sal e gorduras, prática de exercício físico regular bem como desenvolver competências no âmbito da autovigilância, autocontrolo e gestão do regime terapêutico.

Com vista à satisfação destes pressupostos é necessária uma correta e constante articulação entre as várias vertentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), visto ser por demais evidente que a complexidade desta patologia exige uma estratégia, uma abordagem multidisciplinar, um planeamento e coordenação de cuidados que garanta aos doentes a qualidade e equidade no acesso aos cuidados (Ferro & Verdelho, 2000).

2 - INCAPACIDADE FUNCIONAL

Apesar dos inúmeros avanços ao nível da prevenção e tratamento, o AVC continua a ser uma importante causa de morte e gerador de incapacidades, com grande impacto na qualidade de vida dos doentes, dos familiares e da sociedade (Costa 2010). Além das incapacidades geradas pelo AVC, nas sociedades desenvolvidas surge outro fator determinante o envelhecimento populacional. Atualmente, em todo o mundo, tem-se assistido a um aumento de esperança média de vida tendo-se tornado frequente viver até aos 80-90 anos (Crews, 2007).

Com vista à crescente necessidade de definição/explicação/mensuração da incapacidade funcional, em 1980 a OMS criou a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, tendo surgido como complemento à Classificação Internacional de Doenças. Esta classificação assentava no modelo biomédico, que entendia a incapacidade “como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica sob a forma de tratamento individual por profissionais” (OMS, 2004, p.21). O doente era a causa do problema, não levando em conta o papel estruturante do ambiente na compreensão da incapacidade e da desvantagem (Farias & Buchalla, 2005). Este modelo descrevia as condições decorrentes da doença através de uma sequência linear, inicialmente existia uma doença, que originaria uma deficiência, traduzindo-se em incapacidades e desvantagens.

As principais limitações apontadas a este modelo eram a falta de relação entre as dimensões que a compõe e não abordar aspetos sociais e ambientais. Tendo em conta estas limitações, “surgiu a necessidade de criar um modelo mais abrangente, que incluísse as patologias crónicas, as suas sequelas, os cuidados prolongados e que não fossem restritos ao campo médico” (Silva, 2013, p.33). Em 2001, a OMS propôs uma atualização ao antigo modelo, tendo criado a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2001).

De acordo com OMS (2004) este novo modelo tem como objetivo geral “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a

descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde” (2004, p7). A CIF inclui “todos os aspetos da saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados com o bem-estar e descreve-os em termos de domínios de saúde e domínios relacionados com a saúde” (OMS, 2004, p.11). Esses domínios descrevem mudanças na função e estrutura do corpo, ou seja, descrevem a capacidade de um doente com uma determinada condição de saúde influenciar o seu ambiente e o seu desempenho. O modelo passou de uma “classificação de consequência da doença para uma classificação de componentes da saúde (...) Os componentes da saúde identificam o que constitui a saúde, enquanto que as "consequências" se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa” (OMS, 2004, p.8). Nesta classificação de saúde não estão abrangidas “circunstâncias que não estão relacionadas com a saúde, como por exemplo as condições económicas” (OMS, 2004, p.11).

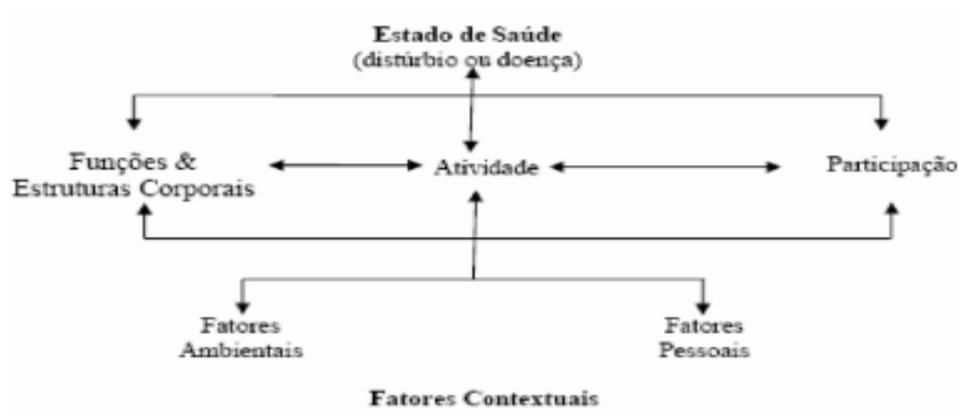
De acordo com a OMS (2004)

“A funcionalidade de um indivíduo num domínio específico é uma interação/relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (ambientais e pessoais). Há uma interação dinâmica entre estas entidades: uma intervenção num elemento pode, potencialmente, modificar um ou vários outros elementos. Estas interações são específicas e nem sempre ocorrem numa relação unívoca previsível. A interação funciona em dois sentidos: a presença da deficiência pode modificar até a própria condição de saúde.” (2004, p20).

A incapacidade funcional não é consequência apenas de uma deficiência orgânica, mas sim o produto da “interação entre a disfunção/deficiência apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação das suas atividades, a restrição na participação social e os fatores ambientais (podem atuar como facilitadores ou barreiras) ” (Farias & Buchalla, 2005, p.189). Nesta ótica é importante salientar que a CIF apresenta uma posição neutra em relação à doença, por exemplo, dois doentes com a mesma patologia podem ter níveis diferentes de incapacidade funcional.

Esta dinâmica do processo de incapacidade pode ser melhor percebida na figura 1.

Figura 1 – Interação entre os componentes da CIF.



Fonte: Organização Mundial de Saúde e Direção Geral de Saúde, 2004, p. 13

Segundo esta linha de pensamento, a incapacidade funcional diz respeito às restrições que um doente tem na realização das AVD, induzindo-o a um estado de dependência funcional (OMS, 2004). A dependência funcional pode ser encarada como a incapacidade do doente em realizar qualquer atividade dentro da normalidade, surgindo quando um doente apresenta uma perda, mais ou menos acentuada da sua autonomia funcional e necessita da ajuda de outro.

Por sua vez a dependência, encontra-se definida na legislação portuguesa através do decreto-lei nº 101, de 6 de junho de 2006, como sendo:

“A situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica, intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiências, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só realizar atividades de vida diárias” (2006, p 3857).

Nesta ótica qualquer deficiência levará a uma incapacidade, que coloca o doente em desvantagem, formando um handicap, podendo este limitar ou impedir a satisfação das AVD (Gonçalves, 2011). A dependência não pode ser encarada como um estado permanente, mas sim um processo dinâmico, cuja evolução se pode modificar, prevenir ou reduzir se existir uma intervenção adequada (Del Duca, Silva & Hallal, 2009). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) encara o estado de dependência como sendo “a

verificação de que alguém está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte” (2011, p. 92).

Para a uma correta adaptação dos programas de reabilitação, é indispensável avaliar os défices de cada doente. O processo de avaliação e interpretação é complexo e subjetivo, por um lado, devido à proliferação de inúmeros instrumentos, e por outro lado, devido aos diferentes pontos de corte utilizados para a análise dos resultados, o que origina dificuldades na interpretação e comparação de resultados obtidos (Del Duca, Silva & Hallal, 2009). Apesar das dificuldades sentidas, esta avaliação permite uma visão mais precisa quanto à severidade e ao impacto da co-morbilidade causada pela doença bem como a monitorização da evolução do doente no seu processo de reabilitação (Borges, 2013). Tem como objetivos gerais, avaliar o estado físico e funcional dos doentes, para detetar possíveis déficits, necessidades de intervenção com vista à elaboração de um plano de tratamento e posterior avaliação de progressos atingidos (Diz, 2012).

A incapacidade funcional pode ser mensurada por meio de diferentes instrumentos, entre os quais se destaca a avaliação das ABVD e AIVD (Duarte et al., 2007).

De acordo com Del Duca, Silva e Hallal (2009), as ABVD “estão ligadas ao autocuidado do doente, como alimentar-se, tomar banho e vestir-se” (2009, p801). Segundo a CIPE (2011, p.55) o autocuidado é “um tipo de ação realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida”.

Por sua vez as AIVD englobam para além das funções básicas, um conjunto de atividades mais complexas, relacionadas com a participação social do doente, permitindo-lhe a capacidade para se ajudar ao meio que o rodeia de forma independente (Sequeira, 2010). Estando intimamente relacionadas com a sua capacidade cognitivas, incluem tarefas como cozinhar, fazer compras, gerir a medicação, usar telefone, transportes e o dinheiro (Fricke 2010; Cardoso & Eusébio, 2011; citados pela OE 2011). As incapacidades manifestadas no desempenho destas atividades muitas vezes são precedidas por incapacidades no desempenho das ABVD (Oliveira, 2006).

A avaliação de ABVD e AIVD tem sido reconhecida por diversos estudos como a principal medida de incapacidade funcional, (Del Duca & Silva & Hallal, 2009; Maciel & Guerra, 2007). Permite detetar situações de risco, identificar declínio funcional e necessidade

de auxílio, estabelecer um plano de cuidados adequado, identificar a necessidade de utilização de serviços especializados (Fonseca & Rizzotto, 2008).

Os instrumentos de avaliação do doente com AVC mais utilizados no contexto português são o Índice de Barthel, Medida de Independência Funcional e Índice de Lawton e Brody (Menoita, 2012). A vantagem de utilizar estes dois índices, é que, quando combinadas, avaliam a incapacidade em atividades críticas, necessárias para que o doente cuide de si e possa permanecer no seu meio (Paschoal, 2007).

2.1- DÉFICES ESPECÍFICOS APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Considerando que o declínio da mortalidade por AVC seja um dado bastante positivo, o AVC é considerado como motivo principal de incapacidade de longa duração na vida adulta (ASA, 2016). É uma lesão vascular com alterações ao nível estrutural e funcional do sistema nervoso central que pode afetar múltiplos aspetos do doente desde as funções motoras, sensoriais, linguagem, até às alterações emocionais e cognitivas. Para os sobreviventes, os défices resultantes do AVC são frequentes, variados e graves, sendo os mais comuns as alterações da função motora, da função sensorial, da função percetiva, na comunicação e no comportamento Bobath (1990) citado por Cancela (2008). Alguns autores agrupam os défices em cinco grandes grupos, alterações da motricidade, alterações sensoriais, alterações da comunicação, alterações cognitivas e distúrbios emocionais (Aminoff, Greenberg & Simon, 2005).

Nesse sentido iremos abordar os défices mais comuns tendo em conta os cinco grandes grupos acima mencionados.

Alterações da função motora

A paralisia é uma das disfunções mais comuns (Cancela, 2008). É contra lateral à região do cérebro afetada, podendo afetar completamente o hemicorpo ou apenas um segmento, pode ser total (hemiplegia) ou parcial (hemiparesia) (Aminoff et al., 2005; Cancela, 2008; Silva, 2010). Os doentes podem ainda apresentar problemas de equilíbrio e/ou coordenação (ataxia) quando o cerebelo é afetado (Aminoff et al., 2005).

Embora a manifestação mais clássica seja a hemiplegia, o doente apresenta ainda um conjunto de alterações características, como sendo a alteração do tônus muscular, sendo que numa primeira fase apresenta flacidez (hipotonia), passando rapidamente para uma segunda fase, denominada fase espástica (hipertonia) (Branco & Santos, 2010). Este aumento não é equitativo, intenso nos músculos anti gravíticos do hemicorpo afetado (responsáveis pela flexão nos membros superiores, e nos responsáveis pelos movimentos de extensão nos membros inferiores (Santos, 2013).—Traduzindo-se em posturas anormais e movimentos estereotipados (Cancela, 2008).

Este fenómeno apresenta algumas complicações secundárias além das contraturas musculares, a rigidez articular, as dores à mobilização e o desenvolvimento do padrão espástico. Caracteriza-se pela flexão do punho, dos dedos e do cotovelo, supinação do antebraço, rotação externa e abdução do ombro, retração da omoplata, extensão do tornozelo, inversão e flexão plantar, rotação externa e extensão do membro inferior e retração da anca (O'Sullivan & Schimtz, 2010).

Outra alteração motora associada frequentemente ao AVC é a disfagia, sendo a mais comum a disfagia orofaríngea (Menoita, 2012). Este fenómeno é devido à diminuição do tônus, sensibilidade e força dos músculos responsáveis pela mastigação e deglutição (Menoita 2012, citada por Martins 2015)

Alterações sensoriais

Além das disfunções motoras, também se observam distúrbios sensoriais. Os mais frequentes são os deficits superficiais, proprioceptivos e visuais (Cancela, 2008). A diminuição da sensibilidade superficial origina o aparecimento de disfunções preceptivas (alterações da imagem corporal, neglect unilateral) aumentando desta forma o risco de auto lesões, por sua vez diminuição da sensibilidade proprioceptiva conduz a uma limitação para a execução coordenada e eficiente dos movimentos, traduzindo-se numa diminuição da percepção da profundidade, relações espaciais e orientação topográfica (Cancela, 2008; O'Sullivan & Schimtz, 2010).

São bastante frequentes distúrbios do campo visual, a alteração visual mais comum é a hemianopsia homónima. Neste quadro clinico, o doente experimente uma cegueira da metade temporal d um dos olhos e da metade nasal do outro (Cancela, 2008). Outros doentes podem sofrer de diplopia, ou simplesmente uma diminuição da acuidade visual (Silva, 2010). A

hemianopsia é uma alteração que contribui para a diminuição do nível de consciência e para o fenómeno de neglect (O'Sullivan & Schimtz, 2010). Segundo os mesmos autores, o neglect, é a incapacidade de responder a objetos ou estímulos sensoriais de uma metade corporal, geralmente o lado afetado.

Os doentes apresentam frequentemente dor neuropática, resultante das lesões do sistema nervoso, em que a estrutura mais afetada é o ombro plégico, desenvolvendo então o ombro doloroso (Lindgren, Jonsson, Norrving & Lindgren, 2007).

Outra das manifestações clínicas frequentes no AVC é a perda de controlo esfíncteriano, que pode ser transitória, resultante da combinação de défices motores e sensoriais ou imobilidade. A existência de retenção ou de incontinência urinária persistente pode ser um sintoma de lesão cerebral bilateral, podendo ainda coexistir com incontinência fecal traduzindo uma lesão neurológica extensa (O'Sullivan & Schimtz, 2010).

Alterações da comunicação

O comprometimento da fala e da linguagem ocorre quando há lesão no córtex do hemisfério dominante (O'Sullivan & Schimtz, 2010). A este nível podemos encontrar disartria (distúrbio motor dos órgãos da fonação), afasia (distúrbio que compromete a compreensão, formulação e uso da linguagem) (Cancela, 2008).

A afasia pode ser classificada em três principais tipos, a afasia de Wernicke (os doentes apesar de elaborarem frases gramaticalmente coerentes, são desprovidas de significado, apresentam ainda dificuldades de compreensão), a afasia de Broca (os doentes apresentam dificuldade em formular frases gramaticalmente coerentes, o vocabulário é limitado) e a afasia Global (os doentes tem lesões nas duas áreas mencionadas) (O'Sullivan & Schimtz, 2010; Silva 2010).

Alterações cognitivas

As alterações cognitivas podem ser gerais (processamento mais lento da informação), ou em domínios específicos (atenção, memória, flexibilidade mental, dificuldades na aprendizagem e no planeamento, solucionar problemas, impulso, iniciativa, reações emocionais consideradas normais e a autoconsciência) (Sohlberg e Mateer, 2010). Estas

alterações dependem do hemisfério lesado (Menoita et al., 2012). Ainda segundo os mesmos autores, o hemisfério esquerdo é responsável pelas capacidades verbais, atuando predominantemente na área da linguagem, do cálculo, do controlo da atividade gestual e intencional, exigindo uma análise detalhada e fina dos estímulos. Por sua vez o hemisfério direito é responsável pelas capacidades não-verbais, atuando no controlo de funções de organização espacial, personalização das fisionomias e compreensão de linguagem simples, requerendo um processamento mais global dos estímulos.

A memória pode ser afetada de diversas formas, o mais comum é o comprometimento da memória imediata e de curto prazo, traduzindo-se na dificuldade em aprender novos conceitos ou habilidades e em lembrar ou recuperar essa informação (O'Sullivan & Schimtz, 2010).

Podemos encontrar ainda casos de apraxia (incapacidade para programar uma sequência de movimentos) e agnosia (incapacidade de reconhecer objetos familiares e atribuir-lhes uma função), estes fenómenos ocorrem apesar das funções motoras e sensoriais estarem aparentemente preservadas (Cancela, 2008). A apraxia pode manifestar-se de várias formas, apraxia ideomotora (gestos), apraxia ideativa (tarefa), apraxia do vestir (incapacidade para efetuar as tarefas funcionais do ato de vestir) e a apraxia construtiva (incapacidade para construir modelos a duas ou a três dimensões) (O'Sullivan & Schimtz, 2010).

Alterações emocionais

Muitos doentes “sentem medo, ansiedade, frustração, raiva, tristeza e uma enorme mágoa pelas suas perdas físicas e psicológicas” (Faria, 2014, p.70), que até um certo nível traduzem uma resposta normal do trauma psicológico. Silva (2010), defende que estas alterações estão sempre presentes nos doentes, seja devido a lesão neurológica direta, ou como resposta psicológica ao ocorrido.

Todas as alterações acima descritas, juntamente com a falta de percepção social de si próprio e do ambiente conduzem ao aparecimento de emoções negativas, ansiedade, alterações de humor, quadros de depressão e isolamento (Lordão, Santos & Silveira, 2013). Ainda segundo os mesmos autores, surge como um sentimento de desespero que provoca a rutura do doente, tornando mais difícil a reabilitação e aumenta o risco de morbilidade e mortalidade.

Analisando os défices específicos sejam eles de ordem motora, sensorial, de comunicação, cognitivo ou emocional, traduzem alterações na realização das diversas AVD, ficando então comprometida a sua independência, estando bem patente em alguns estudos.

Segundo a National Stroke Association (2011), 10% dos sobreviventes de AVC recuperam quase na totalidade, 25% recuperam com sequelas mínimas, 40% ficam com deficiência moderada a grave, necessitando de cuidados especializados, 10% precisam de cuidados a longo prazo necessitando de institucionalização e 15% morrem após o episódio de AVC.

Cerca de 25% a 74% dos 50 milhões de sobreviventes do AVC no mundo apresentam algum deficit, seja físico, cognitivo ou emocional, necessitando de assistência parcial ou total para realizar as AVD (ASA (2011)).

Um estudo realizado por Costa e colaboradores, concluíram que as três AIVD nas quais os idosos apresentavam uma dependência moderada, foram: “uso do dinheiro” (73.9%), “uso de transporte” (72.5%) e “cuidar da casa” (40.6%). Por sua vez, os idosos tinham maior dependência grave nas AIVD: “lavar a roupa” (30.4%), “cuidar da casa” (26.1%) e “uso do telefone” (20.3%) (Costa et al. 2006).

Duca et al. (2009) refere no seu estudo que relativamente aos cuidados pessoais (ABVD), encontrou uma elevada prevalência de dependência para o “controle anal” e “controle vesical”, seguida pelos cuidados de “vestir” e “banho”.

Em Portugal, estudos efetuados pela DGS em 2004 apuraram que 14% dos doentes apresentam incapacidade considerada grave, 15% ligeira e 59% ficam independentes (Portugal, 2004).

Martins em 2006 desenvolveu um estudo longitudinal, num período de três anos e com três momentos de avaliação, cujos participantes foram 273 doentes vítimas de AVC. Permitiu concluir após nove meses da alta, que: 36.7% de doentes eram independentes na realização da ABVD, 40% tinham dependência moderada, 8.1% apresentavam uma dependência grave e 15.2% apresentavam dependência muito grave. Verificou, ainda que as sequelas lhes comprometiam a sua capacidade funcional e, por essa razão, necessitavam de um CI para assegurar as suas ABVD.

Segundo a SPAVC em 2008, dos doentes que sofreram um AVC cerca de 10% ficam totalmente incapazes e somente em 30% é recuperada a função neurológica anterior, embora este grupo apresente um risco de recidiva de 20% por ano.

Num estudo realizado por Coelho (2011, p.58) acerca das determinantes da capacidade funcional do doente após AVC verificou que na data de alta 39.3% dos doentes eram independentes, 23% ligeiramente dependentes, 16.4% moderadamente dependentes, 13.1% totalmente dependentes e 8.2% severamente dependentes.

Correia (2015) concluiu que 19.4% dos doentes apresentam uma incapacidade grave ao fim de seis meses, 36.1% uma incapacidade moderada e 44.4% uma incapacidade ligeira.

Em suma podemos afirmar que, o doente manifesta alterações na realização das diversas AVD, a sua independência está comprometida necessitando de cuidados por terceiros, o que vai alterar a dinâmica familiar e a sua relação com a sociedade. As incapacidades geradas afetam não só o doente, mas também a família e a sociedade em geral. Afetam o doente na medida em existe uma diminuição da sua autonomia, traduzindo-se em incapacidades na realização de AVD, estas limitações, irão alterar a dinâmica familiar, originando uma alteração de papéis e maior necessidade de cuidados, acarretando muitas vezes dificuldades económicas, interferem ainda no papel social do doente, originando uma diminuição da sua produtividade laboral. (Menoita, 2012).

2.2- A FAMÍLIA E O DOENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Ao longo dos últimos anos, em Portugal, tal como em toda a Europa, o progressivo envelhecimento demográfico, a crescente prevalência de doenças crónicas incapacitantes e em estado terminal, têm apresentado um impacto significativo nos sistemas de saúde, social e financeiro, com inevitáveis repercussões ao nível da sociedade e família.

Estes aspetos vão influenciar o regresso do doente a casa, ou seja, a sua integração novamente na comunidade e família, o que pressupõe um processo de reabilitação contínuo, antevendo e planeando as alterações das necessidades do doente e família, com uma preocupação no planeamento conjunto das respostas às necessidades. (Branco & Santos, 2010). A família assume um papel relevante e de especial importância, devendo ser

proporcionados meios adequados a todas as famílias, para que estas consigam assumir, a responsabilidade de cuidar do seu familiar.

O “cuidar” é uma das expressões mais antigas e, sem dúvida, a mais velha prática do mundo, o ato de cuidar faz parte do nosso ciclo de vida, desde o nascer até morrer. Além de ato individual é também um ato de reciprocidade que prestamos a quem temporária ou permanentemente tem a sua autonomia comprometida (Moura et al., 2009). O conceito de cuidar pressupõe a prestação de cuidados e é percebido pela sociedade como uma das funções essenciais da família. É mais do que um simples ato, é uma atitude, uma arte. Implica ajudar os outros, tentar promover o seu bem-estar e evitar que sofram de algum mal, representando, portanto, uma atitude de preocupação, de responsabilização, de interesse, de consideração, de afeto com o outro (Boff, 2000; Figueiredo, 2007).

A família deve ser vista como uma entidade com ligações entre os seus membros, que comunga do mesmo espaço e que cuidam uns dos outros. Considerada como uma unidade de crescimento e experiência, constituindo a unidade básica de doença e saúde, sendo o elo de ligação fundamental para o doente, no que concerne ao apoio emocional bem como na colaboração com a equipa de saúde (Figueiredo, 2007).

O início súbito do AVC origina um reajuste estrutural dos papéis e resolução de problemas que acontecem num curto período de tempo, alterando toda a dinâmica familiar (Araújo, Paul & Martins, 2010; Branco & Santos, 2010). A família depara-se com uma situação difícil de enfrentar, especialmente quando as ajudas familiares e/ou das redes de apoio formal para cuidar do seu familiar no domicílio são insuficientes (Santos, 2011). Torna-se indispensável criar redes de apoio que providenciem às famílias os recursos materiais e humanos necessários, constantemente e durante longos períodos, visando dar respostas às reais necessidades dos doentes durante este processo (Cardoso, 2011).

Para que esta continuidade de cuidados tenha o sucesso desejado, é necessário um conjunto de sinergias entre as várias redes de apoio existentes. De acordo com o Ministério do Trabalho e Segurança Social (MTSS) (2009), estas redes de apoio dividem-se em formais e informais.

As redes de apoio formal são estruturas enquadradas nos serviços públicos do poder central (instituições do SNS e do MTSS) no âmbito do poder local (freguesia e câmaras municipais), enquadradas no âmbito das Instituições Particulares de Solidariedade Social

(IPSS), de associações profissionais (com ou sem apoio estatal), ou iniciativa privada (MTSS, 2009). A prestação de cuidados é realizada por profissionais qualificados, sob recompensa financeira, tendo como com função complementar ou substituir o Cuidador Informal (CI) nos cuidados (MTSS, 2009).

As redes de apoio informal não se encontram enquadradas em qualquer estrutura institucional ou formal (MTSS, 2009). Este apoio é fornecido por um cuidador (familiar, amigo ou vizinho), sem formação profissional, nem remuneração financeira e o qual proporciona a maior parte dos cuidados a quem necessita de ajuda para a realização das suas AVD. Baseia-se numa relação de afeto e/ou solidariedade, responsabilidade e de dever (Castro, 2008). Apesar das dificuldades que irá enfrentar a família assume frequentemente essa responsabilidade por afeto, sentimento de obrigação, por ser a única pessoa a poder fazê-lo ou ainda por questões financeiras (Mata & Rodriguez, 2012). Neste sentido surgem os conceitos de CI, prestador de cuidados e familiar cuidador, os quais dizem respeito às pessoas que se responsabilizam pelos cuidados dos familiares/amigos com necessidades específicas.

A Scottish Government Health Directorate (2005) define CI como uma pessoa de qualquer idade que fornece apoio e ajuda não remunerada a um amigo, familiar ou vizinho, que não consegue viver autonomamente, devido a fragilidade, doença, deficiência ou vício. É uma figura central em todo o processo de reabilitação, maioritariamente os familiares do género feminino, geralmente a esposa, ou a filha mais velha (Morais et al., 2012, Pereira & Silva, 2012).

O início do papel de CI nem sempre é uma atividade consciente, tal como referido anteriormente acontece de forma repentina, muitos familiares decidem assumir esse papel, pois acreditam ser um dever moral, para não se sentirem culpados e ainda, para serem reconhecidos a nível familiar e social (Lage, 2007). Muitas vezes, o núcleo familiar impõe a função de CI a quem julga mais apto e/ou disponível, e noutros casos, o familiar assume esse papel por não existir outra opção, o que consequentemente originará elevados níveis de stress (Baptista et al., 2012). Devido a esta situação grande parte dos CI não possui os conhecimentos nem a capacidade física e mental para desempenhar este papel e apenas tiveram a real perceção da sua importância no domicílio. (Brereton & Nolan, 2000; Sequeira, 2010).

Cuidar de um doente com incapacidade assume-se, como sendo uma função árdua e desgastante, representado uma possível ameaça para a saúde física e mental do CI. Alguns estudos relatam que estes cuidadores sentiram necessidade de antecipar a reforma, uma vez

que cuidar do seu familiar e simultaneamente ter de trabalhar tornou-se incompatível, aumentando desta forma a ansiedade e a preocupação (Pereira & Silva, 2012). Esta ideia é corroborada por outros investigadores, que nos seus estudos concluíram que cerca de 42,9% dos CI deixaram de trabalhar para se tornarem cuidadores de doentes com AVC a tempo integral (Morais et al.,2012) e os papéis desempenhados pelas esposas dos doentes com AVC foram alterados quando tiveram de assumir a responsabilidade de cuidadoras (Cao et al., 2010). Outra complicação prende-se com a maior prevalência de problemas psiquiátricos, problemas físicos e de procura dos serviços de saúde (Egea, Pérez & Castillo, 2008).

A combinação de todos estes fatores, poderá condicionar a qualidade de vida do doente, do CI, acrescido pela dificuldade na gestão do tempo, dos sentimentos, das múltiplas responsabilidades, bem como pela pressão da dependência do familiar, constituindo-se desta forma uma fonte de tensão familiar (Branco & Santos, 2010).—Ao qual acrescem outros sintomas característicos, como a fadiga, o constrangimento, a frustração, o stress, a depressão, a diminuição da autoestima (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003; Egea, Pérez & Castillo, 2008; citados por Pereira 2013).

Estas situações agravam-se quando o CI não se sente valorizado e reconhecido pelo seu trabalho, e quando há carência de redes de apoio. Torna-se necessário uma maior parceria entre a família cuidadora e o profissional de saúde, pois esta necessita de apoio para dissipar os seus medos e dúvidas quanto aos cuidados a ter em relação ao familiar doente (Lima, 2003). A capacitação das famílias é fundamental e para isso há necessidade de ter em conta um conjunto de fatores, nomeadamente o grau de dependência do doente, o tipo de apoio que necessita e ainda as possibilidades/capacidades que a família apresenta aos níveis económicos, de tempo, físicos, cognitivos.

A família assume-se como o alvo dos cuidados de enfermagem, esta preocupação está na essência da própria enfermagem, devido aos cuidados de proximidade estabelecidos durante o ciclo vital, à necessidade sentida em compreender as relações extra e intra-familiares e o processo familiar (fragilidades, pontos de rutura e recursos) (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001). Para que este pressuposto seja atingido o enfermeiro deverá criar um processo terapêutico, significativo e interpessoal (Figueiredo, 2012).

A importância que a família assume nos cuidados de reabilitação, encontra-se plasmada no regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de

Reabilitação (EEER), ao afirmar que este “intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, (...), na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida”.

Sabemos hoje que o meio familiar e a própria comunidade representam para o doente o melhor enquadramento para a vivência do processo de reabilitação, esta realidade associada a uma política de proximidade, veio potencializar o papel do EEER no seio familiar, onde este emerge como o seu principal aliado durante este processo. Esta relação de proximidade com as famílias tem o seu apogeu no âmbito dos CSP.

É no âmbito dos CSP que o EEER tem a oportunidade de conhecer a família, os seus estilos de vida, as suas dinâmicas e as suas necessidades em saúde. Esta proximidade coloca-o numa situação privilegiada, pois só conhecendo as necessidades/carências existentes é possível desenvolver sinergias que visem a diminuição das dificuldades/tensão existentes e a maximização da capacidade funcional do doente.

Em suma, cuidar de um doente após o AVC não é uma tarefa fácil, abrange bem mais do que aspetos instrumentais e físicos, frequentemente valorizados, exigindo uma completa disponibilidade no sentido de compreender as angústias e as emoções e que por vezes é mais importante que “a equipa de reabilitação considere como cliente a família, mais que o próprio indivíduo doente” (Mumma, 2000, p.24).

3- REABILITAÇÃO

A reabilitação é um processo centrado no doente, englobando um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos permitindo ajudar os doentes com doenças agudas e/ou crónicas maximizando o seu potencial funcional e independência (OE, 2010). São descritos como objetivos gerais “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (OE, 2010, p1).

A reabilitação é um dos pilares no tratamento do doente pós-AVC, esta deve ser individualizada, ativa e dinâmica, tendo em atenção as particularidades do doente e da família (Leite, 2005, Branco & Santos, 2010). Visa por um lado uma progressiva adaptação dos doentes às incapacidades instaladas e por outro, um aumento da capacidade funcional na realização de AVD (ESO, 2008; Coelho 2011). Ajudando-os a readquirir a função física, psicossocial e profissional, permitindo-lhes, assumir um papel ativo no meio familiar e social (Carvalhido & Pontes, 2009). Assim, a reabilitação de um doente pós-AVC, numa primeira etapa visa diminuir as incapacidades resultantes da lesão e capacitar o doente para a nova realidade (adaptando-se às incapacidades instaladas), e numa segunda fase facilitar a integração sociofamiliar e profissional de forma mais independente possível.

É aceite de forma unanime que o início precoce do programa de reabilitação representa uma diminuição da incapacidade e melhores estratégias compensatórias, conduzindo futuramente a melhorias significativas e a um aumento da qualidade de vida (Ryerson, 2010). A DGS recomenda que esta deve ter inicio logo que a estabilidade hemodinâmica e neurológica o permitam (Portugal, 2010). Podemos então assumir que a recuperação de um doente pós-AVC é tempo-dependente, pelo que qualquer intervenção de reabilitação deve ser iniciada o quanto antes visando o máximo de retorno possível à situação pré-mórbida

Contrariamente ao consenso existente sobre a importância do início precoce da reabilitação, o mesmo não se verifica quanto à sua duração. As pesquisas científicas vieram contrariar a conceção de que a recuperação estaria concluída após três a seis meses (Aziz et al., 2007). Menoita (2012) nos seus estudos concluiu que a recuperação se verifica “de forma

ascendente entre os primeiros três a seis meses, para alcançar cerca de 85 a 90% da recuperação possível entre os 12 e 18 meses.” (2012, p.66). Há autores que defendem que a recuperação funcional do doente com AVC, pode continuar meses ou anos (Ferreira & Marques, 2011; Humphred et al., 2010) e que varia de doente para doente (Humphred et al., 2010). Branco e Santos (2010) vão mais longe, ao defenderem que o programa de reabilitação, só deve terminar quando o doente for capaz de viver com a sua incapacidade.

Existe um forte consenso entre os especialistas, na ideia em que o elemento mais importante no programa de reabilitação é a prática direta (especialmente no tempo despendido a treinar AVD), bem orientada e repetitiva, e a melhoria dos resultados funcionais (ESO, 2008; ASA, 2011). Neste sentido a OE (2011b) defende que a “independência ou a máxima funcionalidade possível para cada uma das AVD pode ser alcançada através do treino das capacidades remanescentes e/ou através de estratégias adaptativas” (2011b, p.2)

Martins (2002) identifica duas correntes principais para o desenvolvimento de um programa de reabilitação nos doentes AVC, o modelo proposto por Margaret Johnstone e outro por Bobath. Estes modelos variam nos seus pressupostos e nas técnicas utilizadas.

O modelo proposto por Margaret Johnstone (1986), defende que o funcionamento do hemicorpo plégico do doente é semelhante ao de uma criança recém-nascida. Esta semelhança é devida à incapacidade em realizar movimentos voluntários e controlados resultantes do compromisso dos reflexos posturais originados pela lesão neurológica (Martins, 2002). Este modelo preconiza um conjunto de técnicas orientadas para o hemicorpo afetado, com vista a diminuir as diferenças entre os hemicorpos. Para o conseguir preconiza o uso de técnicas de posicionamento e de padrões posturais opostos ao padrão espástico, estimulação, mobilização e realização de AVD bilateralmente.

Por sua vez o modelo proposto por Bobath defende o desenvolvimento do hemicorpo são com vista a compensar as incapacidades existentes no hemicorpo afetado (Bobath, 2001). Este modelo não preconiza a adoção de técnicas de posicionamentos nem padrões posturais específicos, optando por estimulações e mobilizações do hemicorpo são. As AVD devem ser também realizadas recorrendo ao hemicorpo são.

Atualmente sabemos que um correto programa de reabilitação, deve privilegiar a adoção de posturas e posicionamentos que previnam o desenvolvimento do padrão espástico, executar técnicas de mobilização, aumentando a força em todos os grupos musculares bilateralmente e não devemos considerar o lado mais forte como o lado são (Medeiros et al., 2002). Branco e

Santos (2010), citados por Pereira (2013), defendem que o “sucesso de um programa de reabilitação (...) provém de um desenvolvimento lento, repetitivo, persistente, exercícios rotineiros e uma sucessão de atividades encadeadas preparando para uma função real que não devem progredir para além da capacidade individual” (2013, p.21).

O processo de reabilitação é moroso e repleto de obstáculos e dificuldades, tais como “o grau de recuperação neurológica, a prevenção de complicações secundárias, da capacidade individual de aprender novas habilidades, do tempo de espera da reabilitação após o surgimento do AVC e da perseverança em atingir os objetivos a curto e a longo prazo” (Carvalhido & Pontes 2009, p. 143). Além destes fatores, um dos maiores obstáculos é a falta de motivação dos doentes, pois, além da debilidade por motivos fisiológicos, apresentam também uma labilidade emocional (Costa & Duarte, 2002). Segundo os mesmos autores, com a estagnação da recuperação, podem perder o interesse, pois a reabilitação resume-se a exercícios de manutenção, o que, muitas vezes, se torna monótono.

Calil, Santos, Braga e Labronici (2007) defendem que para ultrapassar estes problemas devemos optar por tratamentos eficientes e prazerosos, recorrendo para isso a atividades em grupo como caminhadas, atividades aquáticas, bem como a dança terapia (favorece a memória, coordenação motora, diminui a rigidez articular) com vista a diminuir a ansiedade, promovendo assim, inclusão social e melhor qualidade de vida.

Em suma, o programa de reabilitação ao doente com AVC visa reeducar novas formas de realizar AVD como comer, vestir ou andar, de forma a compensar a perda de função e a capacitar o doente para readquirir o maior grau de independência funcional possível (National Stroke Association, 2012). Sendo um processo único e que não termina no hospital, termina quando o doente se torna autónomo no seu autocuidado e independente no seu meio ambiente (Carvalhido & Pontes, 2009). O sucesso deste programa depende da continuidade e da coordenação da equipa multidisciplinar, criando-se uma rede de cuidados de saúde centrada no doente (Portugal, 2010).

3.1 - PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

No seu crescimento enquanto disciplina, a enfermagem tem construindo um conjunto de conhecimentos que permitiram acompanhar o desenvolvimento científico possuindo saberes

fundamentados e aptidões técnicas cada vez mais aperfeiçoadas que permitem dar respostas em várias áreas, dimensões e às necessidades complexas dos doentes e seus familiares.

Por sua vez a Enfermagem de Reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, abrange um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos, regulados pela OE através do regulamento das competências específicas do EEER, o regulamento nº 125/2011, publicado no diário da república, 2ª serie nº 35 de 18 de fevereiro de 2011. Este documento define como competências específicas do EEER:

cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e /ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
(Regulamento nº 125/2011, p.8658).

A sua ação não é apenas centrada na incapacidade do doente, mas no desenvolvimento de estratégias que o visem ajudar a ultrapassar as incapacidades e a aceitar a sua nova condição de vida (Hesbeen, 2010). Para tal “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (...) utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade” (Regulamento 125/2011)

Num cenário de reabilitação especializada o EEER projeta e implementa estratégias de tratamento baseadas em práticas científicas no sentido de assegurar que o doente mantenha capacidade funcional, para evitar novas incapacidades e prevenir complicações facilitando a sua reintegração no meio familiar e social.

Desempenha um papel fulcral dentro da equipa de saúde, compreendendo uma assistência holística do doente demonstrando deste modo, a verdadeira preocupação pelo outro. Esta preocupação pelo outro encontra-se plasmada nos objetivos das suas intervenções, que visam, “promover o diagnóstico precoce (...) assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, (...) melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas” (Regulamento 125/2011).

Assume-se como um agente de mudança, posicionando-se para trabalhar “com” em vez de “para” o doente e família, indo ao encontro das suas expectativas e fazendo-os acreditar nas suas habilidades para gerir os seus próprios recursos, permitindo desta forma que os

doentes se autoproclamem cuidadores de si mesmos (Branco & Santos, 2010). Neste contexto, as intervenções do EEER não se esgotam em procedimentos técnicos, uma vez que para além de executarem cuidados específicos, possuem um conjunto de conhecimentos sobre os estilos de vida do doente e da família, os recursos existentes na comunidade, assumindo o papel de gestores do domicílio, com vista a coordenar e organizar os recursos indispensáveis, para implementar um programa de reabilitação.

Esta persistente indagação da perfeição, da prática de cuidados altamente qualificadas e especializados, da redução da incapacidade funcional dos doentes, da preocupação em englobar família nos cuidados, traduzem-se em ganhos de saúde. Como sendo:

diminuição da necessidade de recurso aos cuidados de saúde; (...)diminuição do número de episódios de internamento; aumento do nível de independência das pessoas e das famílias; diminuição da incidência e prevalência de problemas de saúde associados a inatividade; diminuição do consumo de medicamentos; aumento da adesão ao regime terapêutico; diminuição da dependência funcional e social; diminuição da morbilidade; diminuição dos gastos em apoios sociais e de saúde na comunidade/domicílio; adequação do ambiente, habilitação, com menor dependência socioeconómica; otimização da reintegração do utente no seio familiar e social. (Associação Portuguesa Enfermeiros de Reabilitação 2010, p.4).

Como podemos ver, o EEER desempenha um papel indispensável, a nível hospitalar (onde tem início o programa de reabilitação), e no domicílio (onde se dá continuidade à reabilitação, em contexto real), encontrando-se a família no centro do programa de reabilitação. A OE (2010), defende que os cuidados de enfermagem de reabilitação passem a ser prestados no domicílio dos doentes. Podemos então assumir que estamos perante uma nova realidade e conseqüente mudança do paradigma dos cuidados de reabilitação.

Esta nova realidade é um repto para o EEER, uma vez que os cuidados de reabilitação deixam de ser realizados em contexto hospitalar onde controla a maior parte das variáveis, para ser realizado no contexto real do doente. Ou seja, o EEER tem de lidar com as dificuldades das famílias, de ordem económicas e estruturais (rendimentos mensais insuficientes, aquisição de fármacos, de dispositivos auxiliares, alimentação desequilibrada e insuficiente, a realização de readaptações no domicílio, barreiras arquitetónicas), inexistência de redes de apoio (seja formal ou informal), famílias desestruturadas (isolamento dos doentes, incapacidades existentes nos CI, violência, dependências de substâncias químicas?!).

Embora estas dificuldades existam, e sejam facilmente perceptíveis no terreno, a realização de programas de reabilitação no domicílio permite uma melhor recuperação e aprendizagem, estimulando a família a assumir um papel ativo, colocando-a no centro de todo o programa de reabilitação (OE, 2010). Ao nível dos cuidados de reabilitação, a visita domiciliária surge como uma resposta necessária para que o contexto privilegiado de vida (estar em sua casa) possa ser mantido, permitindo desta forma, “um acesso próximo às vivências da pessoa doente e seus familiares, incluindo: condições ambientais e físicas (...), fatores socioeconómicos, espirituais e culturais; recursos disponíveis, condições de higiene e segurança; dinâmica familiar” (Carvalhais & Souza, 2013, p.161).

É por demais evidente a importância que o EEER assume no contexto comunitário, nesse sentido McGinnes e colaboradores, elaboraram um estudo onde foram incluídos no seio da equipa de enfermagem comunitária vários EEER, com o objetivo de comprovar as vantagens destes profissionais (McGinnes, et al., 2010). Este trabalho tornou evidentes as mais-valias do EEER, através dos seus contributos únicos, nomeadamente, sobre os cuidados ao doente com AVC nas várias dimensões afetadas (alterações da motricidade, sensoriais, comunicação, cognitivas e distúrbios emocionais), mas também na prevenção de úlceras de pressão, de complicações inerentes á imobilidade, na capacitação do doente e família, na gestão do regime terapêutico, prevenção de quedas e acidentes, o aumento da produtividade das equipas potenciando a sua formação sobre estes aspetos. Este estudo comprovou ainda uma diminuição da incapacidade funcional dos doentes.

Resumindo, a reabilitação de um doente com AVC é um processo repleto de dificuldades requerendo uma intervenção multidisciplinar, um papel ativo da família e das diversas redes de apoio, onde o EEER assume o papel de elo de ligação. Para isso deverá obter conhecimento mais alargado das capacidades, motivação e estilos de vida do doente, da família e comunidade de forma a poder coordenar e mobilizar os meios necessários, com vista à realização de um adequado programa de reabilitação e capacitação do doente e família. A sua ação deve ser centrada no doente e na família e pautada pelos programas prioritários inseridos no Plano Nacional de Saúde, uma vez que só assim consegue obter ganhos em saúde.

2ª PARTE – Estudo Empírico

4 – METODOLOGIA

Em qualquer investigação é essencial proceder ao enquadramento da metodologia, que pressupõe método racional e sistemático, visando a elaboração de um plano lógico com vista à obtenção de respostas válidas às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009).

Assim, e tendo por base o referencial científico consultado, definimos os procedimentos metodológicos que nos ajudarão a dar resposta à questão de investigação previamente elaborada. Pretende-se assim, descrever a metodologia utilizada na investigação, dando inicialmente relevo, à conceptualização da investigação empírica (tipo de estudo, questão de investigação, objetivo geral e específicos), seguida pela caracterização dos participantes e descrição do instrumento de colheita de dados (ICD), bem como os procedimentos inerentes à colheita e ao tratamento de dados.

4.1 - DELIMITAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

O AVC é, na atualidade, reconhecido como um dos problemas mais importantes de saúde pública devido, não apenas, ao seu caráter multidimensional, mas também às graves consequências que acarreta para o doente e para a sociedade (Portugal, 2006). As deficiências, incapacidades e desvantagens resultantes do AVC são distintas de doente para doente, embora seja possível traçar um conjunto de alterações típicas desta patologia. As mais comuns são a hemiplégia e hemiparesia contra lateral, alterações de sensibilidade, espasticidade, alteração do equilíbrio, problemas de cognição, alterações a nível do controlo dos esfíncteres, hemianopsia, disartria, disfasia ou afasia e apraxia (Silva, 2010; Teles & Gusmão, 2012; Borges, 2013).

Partindo deste enquadramento sumativo, diríamos que a pertinência da abordagem desta temática reside na importância de se conhecerem os fatores determinantes que interferem na incapacidade funcional dos doentes pós-AVC, com vista ao desenvolvimento e implementação de intervenções personalizadas, que visem à sua diminuição, potenciando de

igual modo uma melhor recuperação clínica, bem uma a promoção da autonomia funcional e readaptação do doente ao meio envolvente. Além dos fatores mencionados, a problemática em estudo teve também a sua génese nas inquietudes percebidas, vividas e testemunhadas, ao longo do nosso percurso profissional em contexto comunitário, numa região do interior do país, com especificidades e contextos sociais, económicos e de assistência em saúde muito peculiares.

Tendo presente o anteriormente exposto, referimos que a investigação persegue a seguinte questão de investigação: **“Quais os determinantes que influenciam a incapacidade funcional do doente pós AVC?”**

A questão levantada é de extrema pertinência, não só pela relevância clínica, como também devido à importância de fortalecer o nosso conhecimento no que diz respeito aos determinantes que influenciam a incapacidade funcional dos doentes pós-AVC. No nosso entender é pertinente referir que, no local onde exercemos as nossas funções, nunca foi realizado nenhum estudo sobre a incapacidade funcional no doente pós-AVC. Tratando-se por isso de um estudo pioneiro e necessário, o qual pode trazer benefícios consideráveis para a instituição, para a sua reorganização funcional e especialmente para os doentes e familiares.

Como objetivo geral foi delineado o seguinte: **“Identificar os fatores determinantes da incapacidade funcional dos doentes com diagnóstico de AVC”**.

Deste objetivo geral que pretende ser atingido, emergem alguns objetivos específicos, no sentido de orientar o rumo do presente estudo, sendo eles:

- Caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico, clínico e de suporte informal;
- Identificar os níveis de incapacidade funcional nos doentes com diagnóstico de AVC em 2014 e 2015 residentes no concelho de Seia.
- Determinar em que medida as variáveis de contexto sociodemográfico (género, grupo etário, estado civil, habilitações literárias, rendimento familiar, tempo despendido na deslocação à unidade de referencia) influenciam a incapacidade funcional dos doentes;
- Determinar em que medida as variáveis de contexto clínico (tipo de AVC, antecedentes de AVC, prática de atividade física, internamento em U-AVC, reabilitação durante o internamento, reabilitação após a alta hospitalar e duração do programa de reabilitação) influenciam a incapacidade funcional dos doentes;

- Determinar em que medida as variáveis de contexto de suporte informal (presença de CI, grupo etário, género, e situação laboral do CI) influenciam a incapacidade funcional dos doentes;
- Verificar o sentido da associação entre os níveis de incapacidade funcional nas AIVD e as ABVD;

Tendo em consideração a delimitação do problema em estudo, os objetivos delineados, e a natureza dos fenómenos, enquadrámos o presente estudo, segundo o paradigma quantitativo, em corte transversal, descritivo e correlacional, do tipo não experimental.

Estamos perante um estudo de natureza quantitativa visto ser um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis, do tipo transversal uma vez que é realizado num espaço de tempo determinado, onde os dados são colhidos numa única ocasião, do tipo descritivo-correlacional, pois pretendemos efetuar a descrição das características da amostra e estabelecer relações entre as variáveis em estudo e é um estudo não experimental, uma vez que não existe manipulação das variáveis independentes (Pestana & Gageiro, 2008; Fortin, 2009).

Relativamente às variáveis, considerámos a **Incapacidade Funcional** como a nossa variável dependente. Como variáveis independentes integrámos variáveis de contexto: **sociodemográfico** (género, grupo etário, estado civil, habilitações literárias, rendimento familiar e tempo despendido na deslocação à unidade de referência); **clínico** (tipo de AVC, antecedentes de AVC, prática de atividade física, internamento em U-AVC, reabilitação durante o internamento, após a alta hospitalar e a duração do programa de reabilitação); **suporte informal** (Presença de CI, grupo etário, género, e situação laboral do CI).

De salientar ainda que existem algumas variáveis atributo (coabitação, situação laboral do doente, apoio de instituição de solidariedade social, tipo e âmbito desse apoio, ano da lesão, fatores de risco subjacentes, caracterização dos hábitos tabágicos (duração e carga diária), tipo de atividade física, intervenção reabilitativa (quanto tempo após o AVC teve início o programa de reabilitação e o local onde decorreu) grau de parentesco do CI e o seu rendimento mensal, unidade de saúde de referência, o meio de transporte utilizado na deslocação até a unidade, SU preferido, tempo despendido na deslocação e meio de transporte utilizado), as quais segundo Fortin (2009) dizem respeito às “características pré-existentes dos participantes em estudo. São constituídas geralmente por dados demográficos (...) analisados

no fim do estudo para obter um perfil demográfico das características da amostra” (2009, p.172), permitindo desta forma uma caracterização complementar da amostra.

A definição de um modelo conceptual surge, no âmbito de uma investigação empírica, como peça indispensável, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis em estudo, permitindo “organizar o pensamento num sistema de termos significativos ao qual nos podemos referir de maneira rigorosa e não equívoca” (Gauthier, 2003, p.121). Partindo deste referencial, apresentamos os diferentes domínios que integram a nossa investigação, através do modelo conceptual descrito na figura 2, o qual esquematiza uma visão integral das dimensões consideradas fundamentais, bem como as eventuais relações existentes entre elas.

Figura 2 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica



De salientar que o processo de operacionalização destas variáveis coincide com a descrição funcional das secções do ICD utilizado, tal como é referenciada na interpretação

que dele é feita no subcapítulo (4.3), subjacente ao material utilizado no âmbito desta investigação.

4.2- PARTICIPANTES

Segundo Fortin (2009, p.311), a população é “(...) um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios”. Nesse sentido a população em estudo reporta-se aos doentes com que deram entrada nos serviços de urgência da ULSG, com diagnóstico de AVC, nos anos de 2014 e 2015 e residentes no concelho de Seia perfazendo um total de 77 doentes.

Por sua vez a amostra é “(...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo, que deve ser representativa desta população” Fortin (2009, p.312). Para o nosso estudo recorreremos a uma amostragem não probabilística por conveniência constituída por elementos não aleatórios, de acordo com Coutinho (2011, p.85) “é um processo de seleção do número de sujeitos que participam num estudo”.

Para minimizar enviesamentos ou erros provindos do acaso que pudessem pôr em causa a validade interna do estudo, definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Ser residente no concelho de Seia;
- Ter-lhe sido diagnosticado um AVC no SU da ULSG, nos anos de 2014 ou 2015;
- Presença de carta de alta com informação clínica aquando da aplicação do ICD;
- Possuir capacidade de resposta presente e consintam a sua participação no estudo, depois de devidamente informados e esclarecidos.

Respeitando os critérios acima mencionados, a amostra é composta por 52 doentes, A nossa amostra é composta maioritariamente por doentes masculinos (61.5%), com uma faixa etária igual ou superior a 80 anos (50%), casados ou em união de fato (51.9%), com menos de quatro anos de escolaridade (46.2%), residentes com o cônjuge (30.8%), com rendimento familiar mensal global superior a 1000€ (36.5%), reformados (92.3%) pelo limite de idade

(63.5%), sem CI (59.6%) e sem apoio de nenhuma Instituição de Solidariedade Social (67.3%).

4.3 – INSTRUMENTO COLHEITA DE DADOS

Definido o tipo de estudo, bem como os objetivos a atingir, foi necessário proceder à elaboração do ICD, que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que pretendíamos estudar. Esta seleção deve ser feita em função dos objetivos do estudo, do nível de conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis, da possibilidade de obtenção de medidas adequadas às definições conceptuais, da fiabilidade e validade dos instrumentos de medida (Fortin, 2009).

Foi com base nestes pressupostos que decidimos efetuar a recolha de informação, sob o formato de um formulário (ANEXO I) aplicado pelo investigador e que incorpora medidas de avaliação aferidas e validadas para a população portuguesa.

Em concreto, o ICD inicia-se com a exposição do objetivo principal do estudo e as finalidades da investigação, são ainda garantidos premissas fundamentais como anonimato e a confidencialidade dos dados.

Está estruturado em 6 secções, e a ordem pela qual se apresenta obedece à seguinte disposição: (1) um grupo de questões de caracterização sociodemográfica; (2) um grupo de questões de caracterização clínica; (3) grupo de questões de caracterização do CI; (4) um grupo de questões de caracterização da acessibilidade aos cuidados; (5) aplicação do IB; (6) aplicação do ILB, tal como podemos verificar na Tabela 2.

Tabela 2 – Resumo estrutural do instrumento de colheita de dados.

Domínios em estudo	Secção	Questões
Caracterização Sóciodemográfica	Secção A	1 a 12
Caracterização Clínica	Secção B	13 a 28
Caracterização do Cuidador Informal	Secção C	29 a 35
Caracterização de Acessibilidade aos cuidados	Secção D	36 a 41
Índice de Barthel;	Secção E	10 itens
Índice Lawton-Brody.	Secção F	8 itens

Secção A – Caraterização Sóciodemográfica

Esta secção inicial é constituída por 12 questões, 11 de resposta fechada e uma de resposta aberta, diz respeito à caraterização sociodemográfica do doente: o grupo etário, género, estado civil, coabitação, habilitações literárias, rendimento familiar, situação laboral, motivo da reforma, presença de CI, apoio de instituição de solidariedade social, tipo e âmbito do apoio prestado. As variáveis foram operacionalizadas da seguinte forma:

Tabela 3 - Variáveis de caraterização Sóciodemográfica

Variáveis	Operacionalização
Grupos etários	Estratificação em quatro grupos etários, ≤ 59 ; 60-69; 70-79; ≥ 80 Anos
Género	Feminino; Masculino
Estado Civil	Estratificado em quatro grupos: Solteiro; Casado/União de fato; Viúvo; Divorciado/Separado
Coabitação	Estratificado em quatro grupos: Sozinho; Cónjuge; Filhos; Lar
Habilitações literárias	Estratificado em seis grupos: Não sabem ler nem escrever; <4 anos de escolaridade; 1º e 2º Ciclo; 3º ciclo e Secundário; Bacharelato/Licenciatura; Mestrado/Doutoramento
Rendimento Familiar	Estratificado em quatro grupos: <250€; 250-500; 501-1000€;>1000€
Situação Laboral	Reformado; Ativa
Motivo da reforma	Estratificado em três grupos: pelo limite de idade, invalidez, outro
Presença de CI	Sim; Não
Apoio de instituição de solidariedade social	Sim; Não
Tipo de apoio prestado	Alimentação; Higiene pessoal; Higiene da Habitação; Realização de tratamentos; Outro
Âmbito do Apoio	Segurança Social; Centro de Dia; Serviço Apoio Domiciliário; Serviço Domiciliário do CS; Outro

Secção B – Caraterização clínica

Esta secção é constituída por 16 questões, 13 de resposta fechada e três de resposta aberta. Com esta secção procede-se à caraterização clínica do doente: o tipo de AVC, o ano em ocorreu, antecedentes de AVC e AIT, fatores de risco existentes, caraterização dos hábitos tabágicos, prática de atividade física, internamento em U-AVC e intervenção reabilitativa. As variáveis foram operacionalizadas da seguinte forma:

Tabela 4 – Variáveis de caracterização Clínica

Variáveis	Operacionalização
Tipo AVC	Isquémico; Hemorrágico
Ano do AVC	2014; 2015
Antecedentes de AVC	Sim; Não
Antecedentes de AIT	Sim; Não
Fatores de Risco	Alcoolismo; Tabagismo; HTA; DM; Dislipidemia; Outros
Início hábitos tabágicos	Estratificado em dois grupos: <25 Anos; ≥ 25 Anos
Carga tabágica diária	Estratificado em quatro grupos: 6-10; 11-16; 17-22; ≥23
Prática de Atividade Física	Sim; Não
Atividade física praticada	Estratificado em três grupos: Caminhar; Agricultura; Bicicleta
Internamento U-AVC	Sim; Não
Local do internamento	Estratificado em dois grupos: ULSG; CHUC
Reabilitação no internamento	Sim; Não
Reabilitação após alta hospitalar	Sim; Não
Local de reabilitação	Unidade de Convalescença; Unidade de Média Duração; Unidade de Longa Duração, Unidade de Medicina Física; Outro
Quanto tempo após o AVC	<7 dias; 1 Mês; 2 Meses; 3 Meses
Duração do Programa	Estratificado em quatro grupos: <1 mês; 2-3 meses; 4-6 meses, ≥ 7 meses

Secção C – Caracterização do cuidador informal

Esta secção é composta por sete questões, seis de resposta fechada e uma de resposta aberta. Salvaguardamos que apenas se preenche esta secção caso a resposta à questão 9 tenha sido afirmativa. Pretendemos caracterizar as variáveis de suporte informal, através das características sócio-demográficas do CI: grupo etário, o género, o grau de parentesco, estado civil, rendimentos e situação laboral. As variáveis foram operacionalizadas da seguinte forma:

Tabela 5 – Variáveis de caracterização de Suporte Informal

Variáveis	Operacionalização
Grupos etários	Estratificação em quatro grupos etários, ≤59; 60-69; 70-79; ≥80 Anos
Género	Feminino; Masculino
Estado Civil	Estratificado em quatro grupos: Solteiro; Casado/União de fato; Viúvo; Divorciado/Separado
Grau de Parentesco	Conjuge; Vizinho/a; Filho/a; Outro
Rendimento Familiar	Estratificado em quatro grupos: <250€; 250-500, 501-1000€, > 1000€
Situação Laboral	Reformado; Ativa
Motivo da reforma	Estratificado em três grupos: pelo limite de idade, invalidez, outro

Secção D – Caraterização da acessibilidade aos cuidados de saúde

Esta secção é composta por seis questões de resposta fechada, diz respeito à caraterização das acessibilidades dos doentes aos cuidados de saúde: unidade de referência, o tempo despendido no percurso, o meio de transporte utilizado, onde e como se dirigem em caso de urgência e o tempo despendido na deslocação. As variáveis foram operacionalizadas da seguinte forma:

Tabela 6 – Caraterização da acessibilidade aos cuidados de Saúde

Variáveis	Operacionalização
Unidade de referência	Centro de Saúde; Serviço de Urgência; Outro
Tempo despendido na deslocação	10 minutos; 20 minutos; 30 minutos; 1 hora; ≥ 2 horas
Meio de transporte utilizado	Táxi; Transporte Público; Transporte Próprio; Ambulância; Outro
Serviço de Urgência preferido	ULSG; CHUC; CHTV
Tempo despendido na deslocação ao Serviço Urgência	10 minutos; 20 minutos; 30 minutos; 1 hora; ≥ 2 horas
Meio de transporte utilizado	Táxi; Transporte Público; Transporte Próprio; Ambulância; Outro

Secção E – Índice de Barthel

Inúmeros instrumentos foram desenvolvidos com vista a avaliação da incapacidade funcional, entre eles o IB. Tem como objetivo quantificar e monitorizar a independência dos doentes na realização das ABVD (Paixão & Reichenheim, 2005).

As ABVD são definidas como um “conjunto de atividades primárias, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência (...) são as atividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente” (Sequeira, 2010, p.46). As 10 ABVD presentes no IB são: alimentação, transferências, toalete/higiene pessoal, utilização de sanitários, tomar banho, mobilidade, subir e descer escadas, vestir, controlo intestinal e urinário (Mahoney & Barthel, 1965).

Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, a independência é pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação (Sequeira, 2010). Assim a pontuação global varia entre 0 e 100 pontos (com intervalos de 5 pontos), sendo a pontuação mínima de zero e corresponde à

máxima dependência e a máxima de 100 equivale à independência total para realização das ABVD (Sequeira 2010). Ou seja, a pontuação varia de forma inversamente proporcional ao grau de incapacidade, quanto menor for a pontuação maior é o grau de incapacidade

Desde a sua publicação por Mahoney e Barthel em 1965 que o uso alargado deste instrumento motivou o desenvolvimento de diferentes versões, que diferem da versão original por aumentarem ou diminuírem as atividades avaliadas e por utilizarem diferentes pontes de corte (Araújo et al., 2007). Por exemplo, Sequeira (2007), defende que um doente atinge o nível de independente quando o somatório do IB atingir os 90 pontos, outros defendem, que um doente apenas pode ser considerado independente quando atingir os 100 pontos (Mahoney & Barthel 1965; Azeredo & Matos 2003; Araújo et al., 2007).

Com vista a ultrapassar esta dificuldade a DGS (2011), propôs uma uniformização da classificação dos níveis de incapacidade funcional. A incapacidade funcional resultante do AVC pode “graduar-se de ligeira a grave com dependência total, classificando-se em três níveis, consoante a avaliação funcional realizada” (DGS, 2011, p.3). Seguiremos o modelo proposto pela DGS (2011), incluindo o nível de independente (com score de 100 pontos) tal como defendem Mahoney e Barthel (1965); Azeredo e Matos (2003); Araújo et al., (2007). Tal como podemos verificar no Quadro 1, que se refere ao IB nas suas várias dimensões, pontuações e pontes de corte.

Quadro 1 – Classificação da Incapacidade funcional de acordo com o Índice de Barthel

Classificação da Incapacidade funcional	
Nível de Incapacidade Funcional	Score final
Independente	IB = 100 pontos
Ligeiro	100>IB >90 pontos
Moderado	90>IB>55 pontos
Grave	IB<55 pontos

Fonte: Adaptado de Mahoney e Barthel, (1965); Portugal (2011).

Este índice foi validado para a população portuguesa em 2007, por Araújo et al., tendo os autores concluído que apresenta um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96), apresentado os itens do índice correlações com o índice total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$ (Araújo et al., 2007).

O IB, traduz-nos os níveis de incapacidade funcional global e parcial do doente, recorrendo à análise das pontuações parciais podemos verificar quais as ABVD em que

apresenta maior incapacidade (Sequeira, 2007). Este facto é de especial importância na enfermagem de reabilitação, uma vez que, permite direccionar as nossas intervenções, por exemplo, dois doentes com o mesmo score total, podem apresentar diferentes scores parciais, traduzindo-se numa incapacidade de realizar uma ABVD em detrimento de outra. Outra situação que requer especial atenção por parte do EEER é a análise dos scores parciais bem como a sua interpretação. Quando “um doente apresenta um grau de dependência parcial na atividade tomar banho, não é perceptível se a dificuldade está em entrar para a banheira ou em abrir a torneira” (Silva, 2013, p.77). Neste sentido é essencial interpretar cada dimensão de forma cuidada, permitindo desta forma conhecer quais as incapacidades específicas do doente e como tal adequar os cuidados às suas limitações (Araújo et al., 2007).

Secção F – Índice Lawton e Brody

Lawton e Brody (1969), desenvolveram um índice com o intuito de medir a incapacidade funcional permitindo avaliar e planear as intervenções dos doentes. Este instrumento avalia o nível de incapacidade no que se refere à realização das AIVD.

As AIVD, dizem respeito às “atividades que possibilitam à pessoa adaptar-se ao meio e manter a sua independência na comunidade. Estão diretamente correlacionadas com o estado cognitivo” (Sequeira, 2010, p.53). Englobando para além das funções de sobrevivência, outros problemas um pouco mais complexos do quotidiano de um doente menos dependente (Paixão & Reichenheim, 2005). Compreendem oito tarefas: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação (Araújo et al., 2008; Sequeira, 2007).

Na versão original, a incapacidade do doente é classificada em cada item com base numa pontuação dicotómica, em que o zero (0) corresponde à dependência (incapacidade) e o um (1) corresponde à independência (capacidade) (Araújo et al, 2008). Sequeira (2007) propôs uma versão distinta, a diferença não reside nas dimensões das AIVD, mas na aplicação de uma escala policotómica, em que, cada tarefa pode assumir três, quatro ou cinco níveis de dependência sendo pontuadas de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5 (Sequeira, 2007).

Segundo o mesmo autor, o total varia entre 8 e 30 pontos, sendo que uma pontuação mais elevada corresponde a um maior grau de dependência global, classificando os níveis de

incapacidade de acordo com os seguintes pontos de corte: Incapacidade Grave (>20); Incapacidade Moderada (9-20); Independente (8).

Araújo et al., (2008) analisaram as qualidades do índice na versão original (versão dicotômica) e a versão proposta por Sequeira (versão policotômica), tendo um obtido alfa de Cronbach de 0.91 e de 0.94 respetivamente, traduzindo-se numa maior consistência interna. Optamos por utilizar a versão modificada por Sequeira (2007) devido à sua consistência interna e por permitir caracterizar a incapacidade em diferentes níveis. No Quadro 2, podemos observar as várias dimensões do ILB, as suas pontuações e pontes de corte.

Quadro 2 – Classificação da Incapacidade funcional de acordo com o Índice de Lawton e Brody

Classificação da Incapacidade Funcional	
Nível de Incapacidade Funcional	Pontuação
Independente	ILB = 8 pontos
Incapacidade Moderada	20>ILB> 9 pontos
Incapacidade Grave	ILB> 20 pontos

Fonte: Índice de Lawton-Brody, versão apresentada por Sequeira (2007)

As vantagens deste índice residem na sua fácil aplicação, nos custos reduzidos, na sua utilidade em contexto comunitário e por permitir avaliar o grau de incapacidade nas AIVD de forma global e parcial (Araújo et al., 2008). Contudo, deve ter-se precaução no uso do ILB em doentes idosos masculinos, uma vez que algumas atividades (“lavar a roupa”, “preparar a comida” e “cuidar da casa”) podem ser influenciadas por fatores pessoais e culturais e não devidas a incapacidades na sua realização (Sequeira 2010). Pelo que os resultados obtidos têm de ser ponderados e avaliados pormenorizadamente a fim de evitar o seu enviesamento (Botelho, 2005).

4.4 – PROCEDIMENTOS

Dando cumprimento a pressupostos éticos e logísticos exigidos no que respeita à investigação e colheita de dados surgiu a necessidade de efetuar um pedido formal de autorização para a realização do estudo e acesso à base de dados da ULSG. Foi dirigido um pedido formal no dia 17 de março de 2016, ao Presidente do Concelho de Administração da ULSG, para posterior encaminhamento para a Comissão de Ética (ANEXO II). Foi objeto de

autorização no dia 24 de maio de 2016, por parte da Comissão de Ética da ULSG (ANEXO III).

Quando se pretende utilizar pessoas como sujeitos de investigação, torna-se extremamente importante salvaguardar os seus direitos (Polit et al., 2004). Nesse sentido, e após obtenção das devidas autorizações, foram tomadas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participaram neste estudo.

Procedemos ao contacto com os doentes, no sentido de os convidar a participar na investigação e puderam decidir livremente se aceitavam ou não participar. Após resposta positiva por parte dos doentes foi agendada uma visita domiciliária para aplicação do ICD. A sua aplicação decorreu entre os dias 15 de junho e 30 de setembro de 2016.

No domicílio dos doentes e antes de iniciar o preenchimento do formulário, identificámo-nos, explicámos o procedimento, os objetivos do estudo, garantindo a confidencialidade dos resultados e o anonimato dos doentes sendo facultado um consentimento informado com vista à obtenção de uma decisão livre e fundamentada (ANEXO IV). Salvaguardamos que no caso dos doentes que não consigam ler nem escrever, quem assina o consentimento informado é o CI. Após correto preenchimento do consentimento informado, demos início à colheita de dados.

Foram cumpridos e honrados todos os compromissos assumidos pelo investigador relativamente aos participantes da investigação, assim como destruída qualquer prova que os comprometesse ou identificasse.

Respeitadas todas as premissas éticas e legais, selecionou-se como metodologia para o tratamento dos dados a análise estatística descritiva e inferencial. O tratamento estatístico inclui todo o processo que vai desde a colheita de dados até à análise e interpretação dos resultados. No nosso estudo este será processado através da estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra. Partindo deste princípio, os resultados relativos a variáveis qualitativas serão apresentados recorrendo a frequências absolutas e percentuais, os resultados relativos a variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a:

- **Medidas de tendência central:** média (\bar{x});

- **Medidas de dispersão:** desvio-padrão (Dp) e coeficiente de variação (CV). O CV é uma medida de dispersão que permite comparar a dispersão de duas variáveis que não são avaliadas com a mesma unidade de medida. Admitimos os intervalos de dispersão sugeridos por Pestana e Gageiro (2014), se: $CV \leq 15\%$ a dispersão é fraca, $15\% < CV \leq 30\%$ a dispersão é moderada e $CV > 30\%$ a dispersão é elevada.

- **Medida de assimetria/enviesamento:** Skewness (SK). Permite calcular o enviesamento da distribuição em relação à amostra, obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (Std.Error) (Pestana & Gageiro, 2014). De acordo com os mesmos autores, se o resultado oscilar entre -1,96 e 1,96 a distribuição é simétrica, se for inferior a -1,96, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita e se for superior a 1,96, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda.

- **Medida de achatamento/curtose:** Kurtosis (K). Permite classificar a amostra quanto à sua distribuição, mostra a intensidade das frequências em redor do ponto central, para um dado desvio padrão, em comparação com uma distribuição normal (Pestana & Gageiro, 2014). Calcula-se através do quociente $K / \text{Std.Error}$, desta forma, a distribuição de uma amostra designa-se de mesocúrtica se o valor deste quociente se situar no intervalo: $[-1.96 - 1.96]$; platicúrtica se o valor for inferior a -1.96, e leptocúrtica se o valor do quociente for superior a 1.96.

Para a análise bivariada aplicámos o teste da percentagem residual que nos dará as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado, uma vez que, em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das subamostras não permitia o uso do referido teste. O uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado na medida em que “os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis”, ou “os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis” (Pestana & Gageiro, 2003, p.141).

Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- ≥ 1.96 diferença estatística significativa;
- < 1.96 diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna (Pestana & Gageiro, 2003, p.141).

Com a finalidade de se processar a prova das hipóteses, recorre-se à estatística inferencial, permitindo determinar se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população (Pestana & Gageiro (2014). Para tal recorre-se a testes paramétricos e não paramétricos.

O estudo da simetria e do achatamento permitem ver se a distribuição é, respetivamente, simétrica e mesocúrtica, que são condições necessárias, mas não suficientes para a distribuição ser considerada normal. O teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) serve para analisar a aderência à normalidade da distribuição de uma variável. Não se rejeita a normalidade a 5% quando o nível de significância deste teste é superior a 0,05 (Pestana & Gageiro, 2014).

Os mesmos autores referem ainda que, a distribuição normal é uma distribuição importante, visto ser um pressuposto de utilização de muitos testes estatísticos e quando esta distribuição não se verifica temos que recorrer ao uso de testes não paramétricos.

Uma vez que, a variável dependente não apresenta uma distribuição normal, fizemos uso de testes não paramétricos. Neste sentido utilizamos os seguintes testes:

- **Teste U-Mann Withney** – Teste não paramétrico alternativo ao Teste t de student, ou seja, quando há violação da normalidade, quando as amostras são de pequenas dimensões, ou quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal (Maroco, 2011). Permite para “comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes” (Duarte, 2011, p.259).

- **Teste de Kruskal-Wallis** – Deve ser utilizado nas situações em que o teste One-Way Anova não pode ser utilizado e é aplicado (Pestana & Gageiro, 2014). Pode ser usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Maroco, 2011).

- **Teste de Qui Quadrado (X^2)** – Este teste é utilizado no estudo de relações entre variáveis nominais, permite verificar qual o efeito de uma variável endógena, testando as médias da variável endógena de forma a saber se em cada categoria do fator, estas são ou não iguais entre si (Pestana & Gageiro, 2014).

Salientamos ainda que, em toda a análise estatística, assumimos 5% como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, com um correspondente intervalo de

confiança de 95%, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Concretamente adotamos os seguintes níveis de significância, referenciados por Pestana e Gageiro (2014):

- $p \geq 0.05$ – diferença estatística não significativa
- $p < 0.05$ - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$ - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$ - diferença estatística altamente significativa

A informação recolhida foi tratada e processada no programa de estatística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0 para Windows.

5 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, subjacente à análise dos resultados, procuramos caracterizar os dados obtidos respeitantes não apenas aos scores obtidos pelos doentes, para a variável dependente e independentes em estudo, como também analisar o modo como estas variáveis se associam entre si.

De salientar igualmente, que devido à pouca representatividade dos doentes inquiridos em alguns dos indicadores de mensuração de determinadas variáveis em estudo, tivemos a necessidade de os reagrupar em grupos mais representativos, potenciando assim uma maior fiabilidade da análise estatística.

A organização e sequência da apresentação dos resultados terá em conta a ordem pela qual foi construído o ICD, serão apresentados através de várias tabelas e quadros, precedidas das análises correspondentes. As tabelas, cujas colunas não tenham totais, referem-se a resultados de questões onde eram permitidas respostas múltiplas, também as fontes das tabelas serão omissas, uma vez que todos os dados foram recolhidos através do ICD. Começaremos por apresentar a análise de carácter descritivo, passando de seguida para a análise do tipo inferencial.

5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva dá corpo à delimitação das características da amostra em estudo e da qual sucedem os dados recolhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 2009). Neste sentido, por uma questão de organização estrutural, subdividimos a análise descritiva dos resultados, do seguinte modo:

- Caracterização sociodemográfica;
- Caracterização clínica;
- Caracterização do Suporte Informal;
- Caracterização da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde;

- Caracterização da Incapacidade Funcional dos doentes nas ABVD;
- Caracterização da Incapacidade Funcional dos doentes nas AIVD.

Caraterização sociodemográfica

Os resultados apresentados neste subcapítulo contextualizam todo um conjunto de características sociodemográficas do doente, com referência para o género, grupo etário, estado civil, habilitações literárias, coabitação, rendimento familiar, situação laboral, motivo da reforma, presença de CI, apoio de instituição de solidariedade social, tipo de apoio, âmbito do apoio prestado.

Género e Grupo etário

A nossa amostra é constituída por 52 doentes, 20 do género feminino (38.5%) e 32 do género masculino (61.5%). No que respeita à variável “grupo etário”, constatámos conforme resultados expressos no Quadro 3, que o grupo mais representativo é o que agrupa os doentes com idade superior ou igual a 80 anos (50.0%), já o menos representativo é o grupo etário dos doentes com idade igual ou inferior a 59 anos (3.8%). Por outro lado, podemos constatar que existe, em termos percentuais e comparativamente aos homens, um predomínio das mulheres no grupo etário mais elevado (60% vs 43.8%), bem como no grupo etário dos 60-69 anos (15% vs 12.5%). Porém pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 3 - Distribuição dos grupos etários dos doentes em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Grupos etários										
≤59 Anos	-	0.0	2	6.2	2	3.8			Não aplicável	
60-69 Anos	3	15.0	4	12.5	7	13.5			Não aplicável	
70-79 Anos	5	25.0	12	37.5	17	32.7			-0.9	0.9
≥ 80 Anos	12	60.0	14	43.8	26	50.0			1.1	-1.1
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				

Estado Civil

Relativamente aos resultados inerentes ao “estado civil” expressos no Quadro 4, pode afirmar-se que a maioria dos doentes se encontram casados ou em união de facto (51.9%), segue-se o grupo dos doentes viúvos, com bastante representatividade (40.4%) e nenhum doente se encontra divorciado ou separado. Uma análise detalhada em função do género, permite inferir que existe um predomínio dos homens no grupo dos doentes casados ou em união de fato (62.5% vs 35.0%), sem diferenças estatísticas significativas. Situação contrária se constata no grupo dos doentes viúvos, onde assistimos a um predomínio das mulheres (60.0% vs 28.1%) evidenciando os valores residuais diferenças estatisticamente significativas (residuais:> 1.96).

Quadro 4 - Distribuição do estado civil dos doentes em função do género

Variáveis	Género		Total		Residuais			
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Fem.	Masc.		
	N	%	N	%	N	%		
Estado civil								
Solteiro	1	5.0	3	9.4	4	7.7		Não aplicável
Casado/união de Facto	7	35.0	20	62.5	27	51.9	-1.9	1.9
Viúvo	12	60.0	9	28.1	21	40.4	2.3	-2.3
Divorciado/separado	-	0.0	-	0.0	-	0.0		Não aplicável
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0		

Habilitações Literárias

Analisando as “habilitações literárias” dos doentes (cf. Quadro 5), podemos salientar que com maiores percentagens surgem os doentes com escolaridade inferior a quatro anos (46.1%), apenas 3.8% concluíram o ensino superior e nenhum concluiu o mestrado ou doutoramento. Relativamente ao género, verifica-se que a expressão da distribuição das habilitações literárias, se encontra associada ao grupo mais representativo (50.0% vs 43.8%), embora em termos percentuais as mulheres apresentem um ligeiro predomínio. Este predomínio feminino também está presente grupo dos doentes que não sabem ler nem escrever (25.0% vs 9.4%). Por outro lado, podemos inferir que apenas os homens concluíram o ensino superior (6.2%).

Porém, pela análise dos valores residuais ajustados verificámos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 5 - Distribuição das habilitações académicas dos doentes em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Habilitações literárias										
Não sabem ler nem escrever	5	25.0	3	9.4	8	15.4	1.5	-1.5		
<4Anos escolaridade	10	50.0	14	43.8	24	46.1	0.4	-0.4		
1º e 2º Ciclo	3	15.0	8	25.0	11	21.2	-0.9	0.9		
3º Ciclo e Secundário	2	10.0	5	15.6	7	13.5	Não aplicável			
Bacharelato /Licenciatura	-	0.0	2	6.2	2	3.8	Não aplicável			
Mestrado/ Doutoramento	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável			
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				

Coabitação

Pela análise do Quadro 6 constatamos que o grupo mais representativo é aquele que engloba os doentes que residem com o conjugue (30.8%), enquanto que, o menos representativo diz respeito aos doentes que residem sozinhos (15.4%). Fazendo uma análise da coabitação, em função do género, verificámos que existe um predomínio dos homens face às mulheres no grupo dos doentes que reside com o cônjuge (40.6% vs 15.0%), sem significância estatística. Por outro lado, existe um predomínio das mulheres no grupo dos doentes que residem em lares (45.0 vs 12.5%), com significância estatística, conforme resultado do valor residual.

Quadro 6- Distribuição da coabitação dos doentes em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Coabitação										
Vive só	1	5.0	7	21.9	8	15.4	-1.6	1.6		
Cônjuge	3	15.0	13	40.6	16	30.8	-1.9	1.9		
Filhos	7	35.0	8	25.0	15	28.8	0.8	-0.8		
Lar	9	45.0	4	12.5	13	25.0	2.6	-2.6		
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				

Rendimento Familiar

No que respeita à variável “rendimento familiar” (que engloba os rendimentos familiares mensais globais), constatámos (cf. Quadro 7) que o grupo mais representativo diz respeito aos doentes que apresentam rendimentos superiores a 1000€ (36.5%), seguido pelo grupo dos doentes que apresentam entre os 501 e 1000€ (32.7%), já o menos representativo diz respeito

aos doentes com rendimentos inferiores a 250€ (1.9%). Analisando as estatísticas relativas em função do género, podemos constatar que existe um predomínio das mulheres no grupo dos doentes com rendimentos entre os 250€ e 500€ (45.0 vs 18.8), com significância estatística, conforme resultado do valor residual para as mulheres. Situação inversa, verificámos no grupo dos doentes que apresentam rendimentos superiores a 1000€, onde existe um predomínio dos homens (46.9% vs 20.0%), com significância estatística, conforme resultado do valor residual para os homens.

Quadro 7 - Distribuição dos rendimentos familiares dos doentes em função do género

Variáveis \ Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Rendimento familiar								
Inferior a 250€	1	5.0	-	0.0	1	1.9	Não aplicável	
De 250-500€	9	45.0	6	18.8	15	28.8	2.0	-2.0
De 501-1000€	6	30.0	11	34.4	17	32.7	-0.3	0.3
>1000€	4	20.0	15	46.9	19	36.5	-2.0	2.0
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0		

Situação Laboral e motivo de reforma

Podemos constatar pela Tabela 7, que a maioria dos doentes se encontram reformados (92.3%). Uma análise detalhada em função do género, podemos constatar que existe uma equidade na sua distribuição no grupo mais representativo, havendo, no entanto, com um ligeiro predomínio dos homens (93.8% vs 90.0%). Ainda que de acordo com os valores residuais não existam diferenças estatísticas significativas.

Dando seguimento à questão anterior, procurámos saber o motivo que levou à reforma dos doentes. A Tabela 7, mostra-nos que a maioria se encontra reformado devido ao limite da idade (63.5%). Particularizando esta análise em função do género, podemos constatar que tal como na amostra total, temos como grupo mais representativo os doentes que estão reformados pelo limite de idade, com ligeiro predomínio masculino (68.8% vs 55.0%). Situação inversa regista-se no grupo dos doentes que estão reformados por invalidez, onde se verifica um predomínio das mulheres (30.0% vs 15.6%). Porém, pela análise dos valores

residuais ajustados verificámos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela 7 – Distribuição da situação laboral e motivo de reforma dos doentes em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Situação laboral										
Reformado	18	90.0	30	93.8	48	92.3	-0.5	0.5		
Ativa	2	10.0	2	6.2	4	7.7	Não aplicável			
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				
Motivo de reforma										
Não respondeu	3	15.0	5	15.6	8	15.4	-0.1	0.1		
Limite de Idade	11	55.0	22	68.8	33	63.5	-1.0	1.0		
Invalidez	6	30.0	5	15.6	11	21.1	1.2	-1.2		
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				

Presença de Cuidador Informal

No que respeita à variável “presença de cuidador informal” (cf. Quadro 8), verificámos que a maioria dos doentes não dispõem de CI (59.6%). Particularizando esta análise em função do género, podemos constatar que, tal como na amostra total, a maioria dos doentes masculinos e femininos, não têm CI (53.1% vs 70.0%), havendo, no entanto, em termos percentuais um ligeiro predomínio feminino. Situação inversa, constatámos no grupo dos doentes que têm CI, onde existe um predomínio masculino (46.9% vs 30.0%). Contudo, ao realizarmos uma análise mais detalhada através dos valores residuais, verificámos que estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 8 - Distribuição da presença de CI em função do género dos doentes

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Cuidador Informal										
Sim	6	30.0	15	46.9	21	40.4	-1.2	1.2		
Não	14	70.0	17	53.1	31	59.6	1.2	-1.2		
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				

Apoio instituição de apoio social, Tipo de apoio e Âmbito do apoio prestado

A Tabela 8 mostra-nos que a maioria dos doentes refere não receber apoio (67.3%). Particularizando esta análise em função do género, podemos constatar tal como em variáveis anteriores, que existe uma equidade na sua distribuição no grupo mais representativo, havendo, no entanto, um ligeiro predomínio dos homens (68.8% vs 65.0%). Porém pela análise dos valores residuais ajustados verificámos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Junto dos doentes que referiram receber apoio (32.7%), procuramos saber em que consistia esse apoio. Conforme a Tabela 8, podemos verificar que o grupo mais representativo é o que recebe apoio na alimentação (30.8%), seguindo-se o grupo dos doentes que refere receber apoio na higiene da habitação (17.3%). De salientar que nenhum doente referiu receber apoio para a realização de tratamentos. Uma análise detalhada em função do género, permite-nos inferir à semelhança da variável anterior, que existe uma equidade na sua distribuição no grupo mais representativo, embora com ligeiro predomínio das mulheres em termos percentuais (35.0% vs 28.0%). Também nesta variável, de acordo com os valores residuais não existem diferenças estatísticas significativas.

Questionámos ainda os sujeitos da amostra, sobre o âmbito em que esse apoio era prestado, como podemos constatar através da Tabela 8, a maioria dos doentes refere receber apoio no âmbito do Serviço de Apoio Domiciliário (23.1%), seguido pelo grupo dos doentes que recebem apoio no âmbito do Centro de Dia (11.5%). Realçamos ainda que nenhum doente referiu receber apoio no âmbito do serviço domiciliário no centro de saúde nem da Segurança Social. Por outro lado, podemos constatar que existe, um predomínio dos homens no grupo dos doentes que recebem apoio no âmbito do serviço de apoio domiciliário (28.1% vs 15%). Porém pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela 8 - Distribuição da presença de apoio de instituição de solidariedade social, tipo e âmbito do apoio prestado em função do género dos doentes

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Apoio de Instituição de Solidariedade Social										
Sim	7	35.0	10	31.2	17	32.7	0.3	-0.3		
Não	13	65.0	22	68.8	35	67.3	-0.3	0.3		
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				
Tipo de Apoio										
Alimentação	7	35.0	9	28.1	16	30.8	0.5	-0.5		
Higiene Pessoal	2	10.0	3	9.4	5	9.6	Não aplicável			
Higiene da Habitação	3	15.0	6	18.8	9	17.3	-0.3	0.3		
Realização de tratamentos	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável			
Outros	-	0.0	1	3.1	1	1.9	Não aplicável			
Âmbito do Apoio										
Segurança Social	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável			
Centro Dia	3	15.0	3	9.4	6	11.5	Não aplicável			
Serviço Apoio domiciliário	3	15.0	9	28.1	12	23.1	-1.1	1.1		
Serviço Apoio domiciliário do CS	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável			
Outra	2	10.0	-	0.0	2	3.8	Não aplicável			

Em síntese: A nossa amostra é composta maioritariamente por doentes masculinos (61.5%), com uma faixa etária igual ou superior a 80 anos (50%), casados ou em união de fato (51.9%), com menos de quatro anos de escolaridade (46.2%), residentes com o cônjuge (30.8%), com rendimento familiar mensal global superior a 1000€ (36.5%), reformados (92.3%) pelo limite de idade (63.5%), sem CI (59.6%) e sem apoio de nenhuma Instituição de Solidariedade Social (67.3%).

Caraterização clínica dos doentes

O conhecimento das condições clínicas dos doentes é fundamental para se poder planear e estabelecer um plano ajustado, que vá ao encontro das reais necessidades dos mesmos. Assim, procurámos conhecer o tipo de AVC, o ano em que ocorreu, a existência de episódios anteriores, os fatores de risco subjacentes e a intervenção reabilitativa.

Tipo de AVC e Ano em que ocorreu o mesmo

Segue-se a Tabela 9 na qual se verifica que a maioria dos doentes sofreu um AVC Isquémico (80.8%) e teve lugar em 2015 (63.5%). Uma análise detalhada em função do género, permite inferir que existe uma equidade na sua distribuição pelos grupos mais representativos. Havendo, no entanto, um ligeiro predomínio dos homens no que respeita ao tipo de AVC (81.2% vs 80.0%), e das mulheres em termos percentuais, no concerne ao ano em que ocorreu o AVC (65.0% vs 62.5%). Observando os residuais ajustados percebe-se que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela 9 – Caracterização clínica dos doentes: tipo e ano em que ocorreu o AVC em função do género

Variáveis	Género		Masculino		Total		Residuais	
	Feminino N	%	N	Fem.	Masc.	%	Fem.	Masc.
Tipo de AVC								
Isquémico	16	80.0	26	81.2	42	80.8	-0.1	0.1
Hemorrágico	4	20.0	6	18.8	10	19.2	0.1	-0.1
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0		
Ano em que ocorreu o AVC								
2014	7	35.0	12	37.5	19	36.5	-0.2	0.2
2015	13	65.0	20	62.5	33	63.5	0.2	-0.2
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0		

Episódios de AVC e AIT anterior

No sentido de aprofundar estas questões, quisemos saber da existência de antecedentes de AVC e AIT. Analisando a Tabela 10, podemos inferir que a maioria dos doentes nunca tinham sofrido, previamente, um AVC (69.2%), nem um AIT (59.6%). À semelhança das variáveis anteriores, também aqui se verifica uma equidade na distribuição do género dos doentes pelos grupos mais representativos. Apresentando, no entanto, as mulheres em termos percentuais, um ligeiro do predomínio sobre os homens nas variáveis em análise. Porém pela análise dos valores residuais ajustados verificámos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas

Tabela 10 – Caracterização clínica dos doentes: antecedentes de AVC e AIT em função do género

Variáveis	Género		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	Fem.	Masc.	%	Fem.	Masc.
Episódio anterior de AVC								
Sim	4	20.0	12	37.5	16	30.8	-1.3	1.3
Não	16	80.0	20	62.5	36	69.2	1.3	-1.3
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0		
Episódio anterior de AIT								
Sim	6	30.0	15	46.9	21	40.4	-1.2	1.2
Não	14	70.0	17	53.1	31	59.6	1.2	-1.2
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0		

Fatores de Risco

Conhecer os fatores de risco que se associam ao AVC é bastante importante. Nesse sentido procuramos saber quais os fatores de risco mais comuns na amostra. Analisando o Quadro 9, podemos constatar que o grupo mais representativo diz respeito aos doentes que apresentam HTA (84.6%), seguido pelos doentes que têm dislipidémia (78.8%), 67.3% dos doentes referem ter DM, 40.4% referem que têm hábitos tabágicos e 19.2% referem ter consumo excessivo de álcool.

Processada a análise em função do género, podemos verificar uma vez mais, que a sua expressão, se encontra associada ao grupo mais representativo, com ligeiro predomínio em termos percentuais das mulheres (85.0% vs 84.6%). Situação idêntica está patente no grupo dos doentes que apresentam dislipidémia (80.0% vs 78.1%). Nos restantes grupos verificámos um predomínio dos homens, com especial destaque no grupo dos doentes que referem ter hábitos tabágicos, onde existem um evidente predomínio masculino (62.5% vs 5.0%). Neste sentido importa referir que apenas uma doente refere ter hábitos tabágicos.

Verificámos ainda que apenas existem diferenças estatisticamente significativas no grupo do tabagismo para o género masculino.

Quadro 9 – Distribuição dos fatores de risco em função do género dos doentes

Variáveis \ Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	Fem.	Masc.	%	Fem.	Masc.
Fatores de risco								
Alcoolismo	2	10.0	8	25.0	10	19.2	-1.3	1.3
Tabagismo	1	5.0	20	62.5	21	40.4	-4.1	4.1
HTA	17	85.0	27	84.4	44	84.6	0.1	-0.1
Diabetes	12	60.0	23	71.9	35	67.3	-0.9	0.9
Dislipidémia	16	80.0	25	78.1	41	78.8	0.2	-0.2
Outros	1	5.0	2	6.2	3	5.8	Não aplicável	

Início dos hábitos tabágicos e Carga tabágica diária

O tabagismo é considerado pela OMS como a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Nesse sentido, procurámos conhecer a data do início dos hábitos tabágicos e sua carga diária. Pelos resultados expressos na Tabela 11, notámos que a maioria dos doentes iniciaram o consumo de hábitos tabágicos há mais de 25 anos (26.9%) e apresentam uma carga tabágica diária igual ou superior a 23 cigarros (17.3%). Particularizando esta análise em função do género, verificámos que existe um evidente predomínio masculino em todos os grupos destas variáveis. De referir que, a única doente que referiu ter hábitos tabágicos, iniciou-os há mais de 25 anos, apresentando uma carga tabágica diária entre os 11 e 16 cigarros.

Pela análise dos valores residuais, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativa no grupo dos doentes que iniciaram os hábitos tabágicos há mais de 25 anos e no grupo dos doentes que apresentam uma carga tabágica igual ou superior a 23 cigarros, para o género masculino.

Tabela 11 – Caracterização clínica dos doentes: início dos hábitos tabágicos e carga tabágica diária em função do género

Variáveis \ Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	Fem.	Masc.	%	Fem.	Masc.
Início de hábitos tabágicos								
<25 Anos	-	0.0	7	18.8	7	13.5	Não aplicável	
≥25 Anos	1	5.0	13	40.0	14	26.9	-2.8	2.8
Carga tabágica diária								
6-10	-	0.0	1	3.1	1	1.9	Não aplicável	
11-16	1	5.0	4	12.5	5	9.6	Não aplicável	
17-22	-	0.0	5	15.6	5	9.6	Não aplicável	
≥ 23	-	0.0	9	28.1	9	17.3	-2.6	2.6

Prática e Tipo de Atividade física

No que respeita a esta variável constatamos que a grande maioria dos doentes não pratica nenhuma atividade física (78.8%). Fazendo uma análise sobre a prática de atividade física, em função do género, verifica-se (cf. Tabela 12) que a sua expressão, se encontra associada ao grupo mais representativo, com predomínio em termos percentuais para as mulheres (90.0% vs 28.1%). A tabela supracitada, permite-nos ainda verificar que apenas 2 mulheres referem praticar atividade física.

Dos 21.2% dos doentes que referiram praticar alguma atividade física, quisemos averiguar que tipos de atividade praticam. Nesse sentido, como podemos observar pela Tabela 12, o grupo mais representativo é o que agrupa os doentes que referem o caminhar como atividade física (15.4%). Particularizando esta análise em função do género dos doentes, verifica-se que a expressão do tipo de atividade física, se encontra associada ao grupo mais representativo, mas com um evidente predomínio masculino (21.9% vs 5.0%).

Contudo, pela análise dos valores residuais ajustados das duas variáveis, verificámos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela 12 – Caraterização clínica dos doentes: prática e tipo de atividade física em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Prática atividade física										
Sim	2	10.0	9	28.1	11	21.2	-1.6	1.6		
Não	18	90.0	23	71.9	41	78.8	1.6	-1.6		
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				
Tipo de atividade física										
Caminhar	1	5.0	7	21.9	8	15.4	-1.6	1.6		
Agricultura	-	0.0	1	3.1	1	1.9			Não aplicável	
Bicicleta	-	0.0	1	3.1	1	1.9			Não aplicável	

Internamento em U-AVC e Local do internamento

No sentido de obter um maior conhecimento sobre o contexto do internamento quisemos saber se os doentes tinham sido internados em U-AVC e o hospital onde esse internamento teve lugar.

Pela análise da Tabela 13, podemos observar que a maioria dos doentes, não esteve internado numa U-AVC (65.4%). Fazendo uma análise, em função do género, com base na mesma tabela, verificámos que existe uma equidade na sua distribuição no grupo mais representativo.

Dos 34.6% de doentes que estiveram internados numa U-AVC, a Tabela 13 mostra-nos que esse internamento teve lugar maioritariamente na U-AVC do HSM (28.8%). A tabela supracitada permite-nos ainda inferir que existe, em termos percentuais e comparativamente às mulheres, um predomínio dos homens no grupo dos doentes que esteve internado na U-AVC do HSM (31.2% vs 25.0%).

De acordo com os valores residuais não existem diferenças estatísticas significativas em nenhuma das variáveis.

Tabela 13 – Caracterização clínica dos doentes: internamento em U-AVC e local do internamento em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Internamento em U-AVC										
Sim	7	35.0	11	34.4	18	34.6			0.0	0.0
Não	13	65.0	21	65.6	34	65.4			0.0	0.0
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				
Local de internamento U-AVC										
HSM	5	25.0	10	31.2	15	28.8			-0.5	0.5
CHUC	2	10.0	1	3.1	3	5.8			Não aplicável	

Reabilitação durante o internamento

No que respeita a esta variável, tal como podemos constatar no Quadro 10, a grande maioria dos doentes não realizou reabilitação durante o internamento (92.3%). Uma análise detalhada em função do género, permite-nos inferir que, nenhuma mulher realizou reabilitação durante o internamento. De acordo com os valores residuais não existem diferenças estatísticas significativas.

Quadro 10 – Distribuição da realização de reabilitação durante o internamento em função do género dos doentes

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Reabilitação durante o internamento									
Sim		-	0.0	4	12.5	4	7.7	Não aplicável	
Não		20	100.0	28	87.5	48	92.3	1.6	-1.6
Total		20	100.0	32	100.0	52	100.0		

Processo de Reabilitação após Alta

Podemos constatar pela Tabela 14, que a maioria dos doentes frequentou programas de reabilitação após a alta hospitalar (63.5%), desses, a maioria teve início um mês após o AVC (69.7%) com uma duração entre dois e três meses (33.4%).

Fazendo uma análise mais detalhada sobre os doentes que frequentaram programas de reabilitação após o AVC, podemos ainda constatar que, apenas 18.2% iniciaram o programa de reabilitação menos de sete dias após o AVC e 9.1% iniciaram-no após três meses. No que respeita à duração do programa de reabilitação, verificámos ainda que para 33.4% dos doentes o programa teve uma duração entre dois e três meses e para 24.2% dos doentes o programa teve uma duração entre quatro e seis meses.

Particularizando esta análise em função do género, podemos verificar uma vez mais, que tal como na amostra total, a sua expressão, se encontra associada ao grupo mais representativo, no que respeita às variáveis “reabilitação após a alta” e “quanto tempo após o AVC”, com predomínio masculino (68.8% vs 55.0) e (77.3% vs 54.5%) respetivamente. A análise da referida tabela, permite-nos ainda constatar que apenas as mulheres iniciaram o programa de reabilitação três meses após o AVC (27.3%). No que respeita à variável “Duração do programa de reabilitação” essa distribuição equitativa já não se verificou. Nesse sentido, verificámos um predomínio dos homens nos grupos dos doentes cujo programa de reabilitação teve uma duração entre dois e três meses (36.4% vs 27.3) e entre quatro e seis meses (27.3% vs 18.2%).

Todavia, pela análise dos valores residuais ajustados nas várias variáveis, verificámos que em nenhum dos grupos se registam diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 14 – Caracterização clínica dos doentes: processo de reabilitação após a alta hospitalar em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Reabilitação após a alta										
Sim	11	55.0	22	68.8	33	63.5	-1.0	1.0		
Não	9	45.0	10	31.2	19	36.5	1.0	-1.0		
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				
Quanto tempo após AVC										
<7 Dias	2	18.2	4	18.2	6	18.2	Não aplicável			
1 Mês	6	54.5	17	77.3	23	69.7	-1.3	1.3		
2 Meses	-	0.0	1	4.5	1	3.0	Não aplicável			
≥ 3 Meses	3	27.3	-	0.0	3	9.1	Não aplicável			
Duração do programa de reabilitação										
<1 Mês	3	27.3	4	18.2	7	21.2	Não aplicável			
2-3 Meses	3	27.3	8	36.4	11	33.4	-0.5	0.5		
4-6 Meses	2	18.1	6	27.2	8	24.2	-0.6	0.6		
≥7 Meses	3	27.3	4	18.2	7	21.2	Não aplicável			

Local de realização do programa de reabilitação

No que respeita à variável “local de realização da reabilitação”, o Quadro 11, mostra-nos que o grupo mais representativo é o que agrupa os doentes cuja reabilitação teve lugar numa unidade de medicina física (44.2%), seguido pelo grupo de doentes em que a reabilitação decorreu numa unidade de convalescença (28.8%).

Ainda de acordo com o mesmo quadro, e particularizando esta análise em função do género, verificámos que existe uma certa equidade na sua distribuição no grupo mais representativo, havendo, no entanto, em termos percentuais um ligeiro predomínio das mulheres (50.0% vs 40.6%). Situação inversa, verificamos nos restantes grupos, onde existe um claro predomínio masculino. Importa também salientar que nenhuma mulher frequentou programas de reabilitação numa Unidade de Média ou de Longa Duração.

Porém pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 11 – Distribuição do local de realização do programa de reabilitação em função do género dos doentes

Variáveis	Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Local de realização									
Unidade Convalescença		3	15.0	12	37.5	15	28.8	-1.7	1.7
Unidade de Média Duração		-	0.0	6	18.8	6	11.5	Não aplicável	
Unidade de Longa Duração		-	0.0	4	12.5	4	7.7	Não aplicável	
Unidade de Medicina física		10	50.0	13	40.6	23	44.2	0.7	-0.7
Outro		1	5.0	2	6.2	3	5.8	Não aplicável	

Em síntese: Podemos constatar que a maioria dos doentes sofreram AVC Isquémico (80.8%), nunca tinham sofrido AVC (69.2%), o fator de risco mais comum foi a HTA (84.6%), não praticam nenhuma atividade física (78.8%), não estiveram internados em nenhuma U-AVC (65.4%), não fizeram reabilitação durante o internamento (92.3%), realizaram um programa de reabilitação após a alta hospitalar (63.5%), desses, a reabilitação teve início um mês após o AVC (69.7%), com uma duração entre dois e três meses (33.4%), tendo decorrido a mesma numa Unidade de Medicina Física (44.2%).

Caraterização do suporte informal dos doentes

Nesta secção, inferimos os CI dos doentes, no sentido de conhecer algumas características sociodemográficas.

Em resultados anteriores já tínhamos verificado que nem todos os doentes tinham CI. Através do Quadro 8, podemos verificar que a amostra de CI é constituída apenas por 21 elementos, sendo composta por 16 (76.19%) mulheres e 5 (23.81%) homens.

Grupo etário

Analisando os resultados em função da distribuição dos CI pelos grupos etários (cf. Quadro 12), é possível inferir que a maioria dos CI (57.2%) se encontram dispersos no grupo etário com idade igual ou inferior a 59 anos. Por sua vez, com menor representação e igual percentagem (9.5%) surgem os grupos etários que englobam os CI com idades entre os 60 e 69 anos e igual ou superior a 80 anos.

Particularizando esta análise em função do género, segundo o mesmo quadro, podemos verificar uma vez mais, que, tal como na amostra total, a sua expressão, se encontra associada ao grupo mais representativo, embora com predomínio feminino (62.5% vs 40.0%)

Pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 12 – Distribuição dos grupos etários dos CI em função do género

Variáveis \ Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Grupo etário								
≤59 Anos	10	62.6	2	40.0	12	57.2	0.6	-0.6
60-69 Anos	1	6.2	1	20.0	2	9.5	Não aplicável	
70-79 Anos	4	25.0	1	20.0	5	23.8	Não aplicável	
≥ 80 Anos	1	6.2	1	20.0	2	9.5	Não aplicável	
Total	16	100.0	5	100.0	21	100.0		

Estado Civil

Relativamente à variável descrita, no Quadro 13, é possível constatar que apenas obtivemos respostas em dois grupos, nesse sentido verificámos que a grande maioria dos CI (90.5%) tem como estado civil casado ou união de facto e os restantes são solteiros (9.5%). Fazendo uma análise do estado civil, em função do género dos CI é possível verificar que, a à semelhança da variável anterior, a sua expressão, se encontra associada ao grupo mais representativo e também se verifica um predomínio feminino (93.8% vs 80.0%).

Observando os residuais ajustados percebe-se que os dados não são estatisticamente significativos.

Quadro 13 – Distribuição do estado civil dos CI em função do género

Variáveis \ Género	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Estado civil								
Solteiro	1	6.2	1	20.0	2	9.5	Não aplicável	
Casado/união de facto	15	93.8	4	80.0	19	90.5	0.9	-0.9
Divorciado/separado	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável	
Viúvo	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável	
Total	16	100.0	5	100.0	21	100.0		

Grau de Parentesco

Relativamente aos resultados inerentes ao grau de parentesco do CI, expressos no Quadro 14 e à semelhança da variável anterior, os CI encontram-se apenas representados em dois grupos. Assim a maioria dos CI são filhos dos doentes (57.1%), enquanto que os restantes 42.9% são cônjuges. Particularizando esta análise em função do género, podemos constatar que existe um predomínio das mulheres no grupo dos filhos (62.5% vs 40.0). Por outro lado, em termos percentuais e comparativamente às mulheres existe um predomínio dos homens no grupo dos cônjuges (60.0% vs 37.5%).

De acordo com os valores residuais não existem diferenças estatísticas significativas.

Quadro 14 – Distribuição do grau de parentesco dos CI em função do género

Variáveis	Género		Total		Residuais			
	Feminino N	%	Masculino N	%	N	%	Fem.	Masc.
Grau de parentesco								
Cônjuge	6	37.5	3	60.0	9	42.9	-0.6	0.6
Filho	10	62.5	2	40.0	12	57.1	0.6	-0.6
Vizinho	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável	
Amigo	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável	
Outro	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável	
Total	16	100.0	5	100.0	21	100.0		

Rendimentos

O Quadro 15 mostra-nos que, o grupo mais representativo diz respeito aos CI que auferem um rendimento mensal (que engloba apenas os rendimentos mensais do CI) entre os 250 e 500€ (38.1%), já o grupo menos representativo engloba os CI com rendimentos mensais inferiores a 250€ (9.5%).

Processada a análise em função do género podemos observar que a maioria dos doentes, tanto masculinos como femininos auferem rendimentos mensais entre os 250 e 500€, contudo, em termos percentuais existe um predomínio masculino (40.0% vs 37.6%). No entanto, importa referir, que verificámos um predomínio das mulheres no grupo que engloba os doentes com rendimentos mais elevados (31.2% vs 20.0%).

Pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas

Quadro 15 – Distribuição dos rendimentos do CI em função do género

Variáveis	Género		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Rendimentos								
Inferior a 250€	1	6.2	1	20.0	2	9.5	Não aplicável	
De 250-500€	6	37.6	2	40.0	8	38.1	-0.3	0.3
De 501-1000€	4	25.0	1	20.0	5	23.8	Não aplicável	
>1000€	5	31.2	1	20.0	6	28.6	Não aplicável	
Total	16	100.0	5	100.0	21	100.0		

Situação Laboral e motivo de reforma

Pretendemos saber qual a situação laboral dos CI. Relativamente aos resultados inerentes à situação laboral, expressos na Tabela 15, pode afirmar-se que a maioria dos CI não se encontram reformados (61.9%).

Particularizando esta análise em função do género, podemos constatar que existe um claro predomínio das mulheres no grupo dos CI que apresentam uma situação laboral ativa (68.8% vs 40.0%). Por sua vez em termos percentuais existe um predomínio masculino no grupo que engloba os CI reformados (60.0% vs 31.2%). Estas diferenças são compreensivas uma vez que os principais cuidadores homens são os cônjuges (reformados) e no caso das mulheres são os filhos (não reformados).

Dando seguimento à questão anterior, junto dos CI que responderam estar reformados (38.1%), pretendemos saber o motivo que levou à reforma. Nesse sentido e analisando a tabela supracitada, podemos inferir que a grande maioria dos CI se encontra reformado pelo limite de idade (75.0%). Importa também salientar que os restantes 25% se encontram reformados por motivos de invalidez.

Particularizando esta análise em função do género, verificámos que existe uma equidade na sua distribuição no grupo mais representativo, havendo, no entanto, um predomínio das mulheres (80.0% vs 66.7%).

Observando os residuais ajustados percebe-se que os dados não são estatisticamente significativos.

Tabela 15 - Distribuição da situação laboral e motivo de reforma dos CI em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Situação laboral										
Reformado	5	31.2	3	60.0	8	38.1	0.3	-0.3		
Ativa	11	68.8	2	40.0	13	61.9	0.3	-0.3		
Total	16	100.0	5	100.0	21	100.0				
Motivo de reforma										
Limite de idade	4	80.0	2	66.7	6	75.0	Não aplicável			
Invalidez	1	20.0	1	33.3	2	25.0	Não aplicável			
Total	5	100.0	3	100.0	8	100.0				

Em síntese: Dos 21 CI que constituíram a amostra, a maioria são mulheres (76.19%), com faixa etária igual ou inferior a 59 anos (57.2%), casados ou em união de facto (90.5%), são descendentes diretos dos doentes inquiridos (57.1%), apresentam rendimentos mensais entre os 250 e 500€ (38.1%), apresentam uma situação laboral ativa (61.9%) e aqueles que se encontram reformados foi devido ao limite da idade (75.0%).

Caraterização da Acessibilidade aos Cuidados de Saúde por parte doentes

Nesta seção pretendemos identificar o modo como os doentes acedem aos cuidados de saúde. Nesse sentido questionámo-los sobre a sua unidade de referência, o tempo despendido no percurso, os meios de transporte utilizados, onde se dirigem em caso de urgência, bem como o tempo despendido e o transporte utilizado.

Unidade de referência, Tempo despendido e Meio de transporte utilizado

Segue-se a Tabela 16, na qual se verifica que a maior parte dos doentes evidencia que o Centro de Saúde é a sua unidade de saúde de referência (96.2%). Analisando as estatísticas relativas função do género, verificamos mais uma vez que existe uma equidade na sua distribuição pelo grupo mais representativo.

Ainda segundo a mesma tabela, no que respeita ao tempo despendido na deslocação até à unidade de referência o grupo mais representativo é o que engloba os doentes que demoram 10 minutos (44.2%) e nenhum doente demora mais de duas horas na deslocação. Por outro lado, podemos constatar que existe, um predomínio das mulheres no grupo dos doentes que demoram 10 minutos até à unidade de referência (60.0% vs 34.4%) e no grupo que demora

uma hora (10.0% vs 3.1%). Situação inversa, verificamos no grupo dos doentes que demoram 20 e 30 minutos onde existe um predomínio dos homens comparativamente às mulheres (18.8% vs 5.0%) e (43.7% vs 25.0%) respetivamente.

No que respeita à variável “meio de transporte utilizado” e de acordo com a tabela 16, podemos constatar que o grupo mais representativo é o que agrupa os doentes que utilizam o transporte próprio (55.8%), já o menos representativo é o grupo que diz respeito aos doentes que utilizam o transporte público (1.9%). Particularizando esta análise em função do género, verificámos que existe um predomínio dos homens em todos os grupos, exceto no grupo que engloba os doentes que utilizam a ambulância, onde se verifica um predomínio das mulheres (50.0% vs 21.9%). Importa também referir que as mulheres apenas referem dois meios de transporte (transporte próprio e a ambulância), enquanto que, os homens utilizam todos os meios de transporte.

Tal como podemos verificar pela análise dos valores residuais da Tabela 16 apenas existe diferença estatisticamente significativa, na variável “meio de transporte utilizado”, no grupo dos doentes que utilizam a ambulância, para o género feminino.

Tabela 16 – Caracterização de acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde: unidade de referência, tempo despendido e meio de transporte utilizado em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Unidade de referência										
Centro de Saúde	19	95.0	31	96.9	50	96.2	-0.3	0.3		
Serviço de Urgência	1	5.0	1	3.1	2	3.8	Não aplicável			
Outro	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável			
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				
Tempo despendido até unidade de saúde										
10 Minutos	12	60.0	11	34.4	23	44.2	1.8	-1.8		
20 Minutos	1	5.0	6	18.8	7	13.5	Não aplicável			
30 Minutos	5	25.0	14	43.7	19	36.5	-1.4	1.4		
1 Hora	2	10.0	1	3.1	3	5.8	Não aplicável			
≥ 2 Hora	-	0.0	-	0.0	-	0.0	Não aplicável			
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				
Meio de transporte utilizado										
Táxi	-	0.0	7	21.9	7	13.5	Não aplicável			
Transporte público	-	0.0	1	3.1	1	1.9	Não aplicável			
Transporte próprio	9	45.0	20	62.5	29	55.8	-1.2	1.2		
Ambulância	10	50.0	7	21.9	17	32.7	2.1	-2.1		
Outro	2	10.0	-	0.0	2	3.8	Não aplicável			

Serviço de Urgência preferido, Tempo despendido e Meio de transporte utilizado

Relativamente aos resultados inerentes ao SU preferido, expressas na Tabela 17, pode afirmar-se que a totalidade dos doentes utiliza o SU do HSM. Analisando as estatísticas relativas função do género, verificamos mais uma vez que existe uma equidade na sua distribuição no grupo mais representativo. De acordo com os valores residuais não existem diferenças estatísticas significativas.

A Tabela 17, mostra-nos que o grupo mais representativo é o que engloba dos doentes que demoram 30 minutos até o SU (46.1%), por sua vez, o grupo menos representativo é o que engloba os doentes que demoram mais de duas horas (1.9%). Particularizando esta análise em função do género, podemos verificar uma vez mais, que tal como na amostra total, a sua expressão, se encontra associada ao grupo mais representativo, havendo, no entanto, um predomínio dos homens (50.0% vs 40.0%). Situação inversa verificámos no grupo que engloba os doentes que demoram 10 minutos e nos grupos dos doentes que demoram uma hora ou mais, onde existe um predomínio das mulheres (25.0% vs 21.9%) e (20.0% vs 12.5%) respetivamente. Pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos existem diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito ao meio de transporte utilizado, verificámos pela análise da Tabela 17, que a maioria dos doentes utiliza a ambulância como meio de transporte (65.4%), já o grupo menos representativo diz respeito aos doentes que utilizam o táxi como meio de transporte (11.5%). Processada a análise em função do género podemos observar que a maioria dos doentes, sejam masculinos ou femininos utilizam a ambulância, embora em termos percentuais se verifique um predomínio dos doentes femininos (80.0% vs 56.2%). Verificámos ainda um predomínio masculino nos restantes grupos. Observando os valores residuais ajustados percebe-se que os dados não são estatisticamente significativos.

Tabela 17 – Caracterização de acessibilidade dos doentes aos cuidados de saúde: SU preferido, tempo despendido e meio de transporte utilizado em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
SU preferido										
ULSG	20	100.0	32	100.0	52	100.0			0.0	0.0
CHUC	-	0.0	-	0.0	-	0.0			Não aplicável	
CHTV	-	0.0	-	0.0	-	0.0			Não aplicável	
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				
Tempo despendido até o SU										
10 Minutos	5	25.0	7	21.9	12	23.1			0.3	-0.3
20 Minutos	2	10.0	5	15.6	7	13.5			Não aplicável	
30 Minutos	8	40.0	16	50.0	24	46.1			-0.7	0.7
1 Hora	4	20.0	4	12.5	8	15.4			0.7	-0.7
≥ 2 Hora	1	5.0	-	0.0	1	1.9			Não aplicável	
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				
Meio de transporte utilizado										
Táxi	1	5.0	5	15.6	6	11.5			Não aplicável	
Transporte público	4	20.0	9	28.1	13	25.0			-0.7	0.7
Ambulância	16	80.0	18	56.2	34	65.4			1.8	-1.8
Transporte próprio	5	25.0	10	31.2	15	28.8			-0.5	0.5
Outro	-	0.0	-	0.0	-	0.0			Não aplicável	

Em síntese: Os doentes inquiridos na sua maioria recorrem ao CS (96.2%) para vigilância do seu estado de saúde, demoram menos de 10 minutos (44.2%), deslocam-se em transporte próprio (55.8%), quando necessitam de ir a um SU recorrem à ULSG (100%), demoram 30 minutos na deslocação (46.1%) e utilizam preferencialmente a ambulância (65.4%).

Caraterização da Incapacidade Funcional dos doentes nas ABVD

O estudo das condições de saúde e funcionalidade dos doentes, torna-se hoje em dia fundamental e com maior relevo no âmbito da Enfermagem de Reabilitação. Por isso iremos analisar os dados relativos ao grau de incapacidade apresentada pelos doentes constituintes da amostra em função do género e total, onde poderemos avaliar o grau de incapacidade nas diversas ABVD do IB.

Como podemos inferir no Quadro 16 as estatísticas descritivas da capacidade funcional dos doentes oscilam entre um valor mínimo de 0 e um máximo de 100 pontos,

correspondendo-lhe uma média de 85.0, um desvio padrão de 35.08 e um CV de 41.27%, o que nos indica a existência de uma elevada dispersão em torno da média.

Podemos ainda verificar que as estatísticas relativas à capacidade funcional em função do género, verificamos que a média para as mulheres ($\bar{x}=67.5$) é inferior à dos homens ($\bar{x}=95.0$), o que traduz em níveis de incapacidade superior nas mulheres, apresentando os dois grupos uma elevada dispersão em torno da média.

As medidas de assimetria (SK) e de achatamento (K), levam-nos a concluir que a distribuição da capacidade funcional, no género feminino é simétrica e mesocúrtica. No que respeita ao género masculino a distribuição é assimétrica negativa com enviesamento à direita e leptocúrtica. No entanto, tendo por referência a amostra total, verificámos que apresenta assume uma distribuição assimétrica negativa com enviesamento à direita e mesocúrtica.

Quadro 16 – Estatísticas relativas à avaliação da capacidade funcional em função do género

Género	N	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)
Feminino	20	0	100	67.5	41.19	-0.49	-1.70	61.02
Masculino	32	0	100	95.0	27.78	-3.75	2.81	29.24
Amostra Total	52	0	100	85.0	35.08	-2.92	-0.57	41.27

Antes de expor os resultados globais alcançados, será pertinente apresentar os resultados obtidos nas várias atividades do índice para que se possa identificar em que tipos de atividades surgem as maiores dificuldades (cf. Tabela 18).

Analisando os dados referentes à ABVD “**alimentação**”, podemos constatar que o grupo mais representativo é o que diz respeito aos doentes Independentes (69.3%), já o menos representativo engloba os doentes dependentes (11.5%). Analisando as estatísticas relativas em função do género, podemos inferir que a maioria dos doentes masculinos e femininos estão inseridos no grupo dos doentes independentes, embora com predomínio masculino (78.1% vs 55.0). De acordo com os valores residuais não existem diferenças estatísticas significativas.

Quanto à ABVD “**banho**”, constatamos que, a maioria dos doentes são dependentes (53.8%). Particularizando esta análise em função do género, podemos constatar que existe um predomínio dos homens no grupo dos doentes independentes (53.1% vs 35.0%). Porém pela

análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

No que refere à ABVD “**higiene pessoal**”, à semelhança da ABVD anterior, a maioria dos doentes é dependente (53.8%). Podemos constatar que existe, em termos percentuais e comparativamente aos homens, um predomínio das mulheres no grupo dos doentes dependentes (65.0% vs 46.9%). Observando os valores residuais ajustados percebe-se que os dados não são estatisticamente significativos

Os dados relativos à ABVD “**vestir-se**”, constatamos que metade dos doentes são independentes, e o grupo menos representativo engloba os doentes dependentes (17.3%). Fazendo uma análise desta ABVD, em função do género, verificamos que existe um predomínio das mulheres em relação aos homens no grupo dos doentes dependentes (35.0% vs 6.2%), com significância estatística.

No que diz respeito à ABVD “**controlo intestinal**”, verificámos que a maioria dos doentes são “continentes” (75.0%) e 17.3% são “incontinentes”. Particularizando esta análise em função do género, podemos constatar que existe um predomínio dos homens no grupo dos doentes “continentes” (87.6% vs 55.0%), com significância estatística. Situação inversa constatámos no grupo dos doentes “incontinentes”, onde se verifica um predomínio das mulheres (35.0% vs 6.2%), pela análise dos valores residuais, evidenciam-se diferenças estatisticamente significativa.

Similarmente na função “**controlo urinário**”, podemos constatar que o grupo mais representativo diz respeito aos doentes continentares (61.6%), sendo que o grupo dos doentes que apresentam “incontinência ocasional” e são “incontinentes”, têm a mesma percentagem (19.2%). Analisando as estatísticas relativas a esta ABVD, em função do género verificámos um predomínio das mulheres comparativamente aos homens no grupo dos doentes “incontinentes” (40.0% vs 6.2%), com significância estatística, conforme resultado do valor residual.

Na ABVD “**utilização dos sanitários**”, a maioria dos doentes são independentes (65.4%), e o grupo menos representativo diz respeito aos doentes dependentes (15.4%). Fazendo uma análise desta ABVD, em função do género, verificámos que existe um predomínio das mulheres no grupo dos doentes dependentes (30.0% vs 6.2%), pela análise dos valores residuais, verificam-se diferenças estatisticamente significativa.

Na atividade “**transferências**”, tal como na ABVD verificámos que a maioria dos doentes são independentes (57.6%), enquanto que 15.4% dos doentes são dependentes. Analisando as estatísticas em função do género, constatamos que existe um predomínio das mulheres no grupo dos doentes dependentes (30.0% vs 6.2%), com significância estatística, conforme resultado do valor residual.

Através dos resultados relativos à ABVD “**mobilidade**”, e à semelhança das duas últimas ABVD, podemos constatar que o grupo mais representativo diz respeito aos doentes independentes (55.8%), e 11.5% dos doentes compõem o grupo dos “imoveis”. Particularizando esta análise em função do género, podemos constatar que existe um predomínio dos homens no grupo dos doentes independentes (65.7% vs 40.0%), porém de acordo com os valores residuais não existem diferenças estatísticas significativas.

Finalmente analisando os resultados da ABVD “**subir e descer escadas**”, podemos constatar que a maioria dos doentes são independentes (51.9%), e 21.2% são dependentes. Por outro lado, podemos constatar que existe, um predomínio das mulheres comparativamente aos homens no grupo dos doentes dependentes (40.0% vs 9.4%), com significância estatística, conforme resultado do valor residual.

Tabela 18 – Caracterização níveis de funcionalidade dos doentes nas das dimensões do IB em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc.
Alimentação										
Independente	11	55.0	25	78.1	36	69.3	-1.8	1.8		
Necessita de ajuda	5	25.0	5	15.6	10	19.2	0.8	-0.8		
Dependente	4	20.0	2	6.2	6	11.5	Não aplicável			
Banho										
Independente	7	35.0	17	53.1	24	46.2	-1.3	1.3		
Dependente, necessita de alguma ajuda	13	65.0	15	46.9	28	53.8	1.3	-1.3		
Higiene pessoal										
Independente	7	35.0	17	53.1	24	46.2	-1.3	1.3		
Dependente, necessita de alguma ajuda	13	65.0	15	46.9	28	53.8	1.3	-1.3		
Vestir										
Independente	8	40.0	18	56.3	26	50.0	-1.1	1.1		
Necessita de ajuda	5	25.0	12	37.5	17	32.7	-0.9	0.9		
Dependente	7	35.0	2	6.2	9	17.3	2.7	-2.7		
Controlo Intestinal										
Continente	11	55.0	28	87.6	39	75.0	-2.6	2.6		
Acidente ocasional	2	10.0	2	6.2	4	7.7	Não aplicável			
Incontinente	7	35.0	2	6.2	9	17.3	2.7	-2.7		
Controlo Urinário										
Continente	9	45.0	23	71.9	32	61.6	-1.9	1.9		
Acidente ocasional	3	15.0	7	21.9	10	19.2	-0.6	0.6		
Incontinente	8	40.0	2	6.2	10	19.2	3.0	-3.0		
Utilização dos sanitários										
Independente	11	55.0	23	71.9	34	65.4	-1.2	1.2		
Necessita de ajuda	3	15.0	7	21.9	10	19.2	-0.6	0.6		
Dependente	6	30.0	2	6.2	8	15.4	2.3	-2.3		
Transferências										
Independente	10	50.0	20	62.6	30	57.6	-0.9	0.9		
Necessita de alguma ajuda	2	10.0	9	28.1	11	21.2	-1.6	1.6		
Necessita de muita ajuda	2	10.0	1	3.1	3	5.8	Não aplicável			
Dependente	6	30.0	2	6.2	8	15.4	2.3	-2.3		
Mobilidade										
Independente	8	40.0	21	65.7	29	55.8	-1.8	1.8		
Necessita de alguma ajuda	5	25.0	8	25.0	13	25.0	0.0	0.0		
Independente em cadeira de rodas	3	15.0	1	3.1	4	7.7	Não aplicável			
Imóvel	4	20.0	2	6.2	6	11.5	Não aplicável			
Subir e descer escadas										
Independente	8	40.0	19	59.4	27	51.9	-1.4	1.4		
Necessita de ajuda	4	20.0	10	31.2	14	26.9	-0.9	0.9		
Dependente	8	40.0	3	9.4	11	21.2	2.6	-2.6		
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				

Traduzindo qualitativamente os resultados obtidos no Quadro 17, podemos observar que, o grupo mais representativo diz respeito aos doentes independentes (40.4%), seguido pelos doentes com incapacidade grave (28.8%), sendo que o menos representativo engloba os doentes que apresentam uma incapacidade ligeira (5.8%).

Particularizando esta análise em função do género, podemos constatar que existe um predomínio dos homens em todos os grupos, exceto no grupo dos doentes que apresentam incapacidade grave, nesse grupo verificámos um claro predomínio das mulheres (45.0% vs 18.8%). Sendo que neste último, verificámos ainda através da análise dos valores residuais, que se evidenciam diferenças estatisticamente significativa.

Quadro 17 – Caracterização dos níveis de incapacidade funcional nas ABVD dos doentes em função do género

Níveis de Incapacidade	Género		Total		Residuais		
	Feminino N	%	Masculino N	%	N	%	Fem. Masc.
Incapacidade grave	9	45.0	6	18.8	6	28.8	2.0 -2.0
Incapacidade moderada	4	20.0	9	28.1	13	25.0	-0.7 0.7
Incapacidade ligeira	1	5.0	2	6.2	3	5.8	-0.2 0.2
Independente	6	30.0	15	46.9	21	40.4	-1.2 1.2
Total	20	100.0	32	100.0	52	100,0	

Em síntese: Podemos afirmar que as maiorias dos doentes são independentes nas ABVD: “alimentação”, “vestir”, “controlo intestinal”, “controlo urinário”, “utilização de sanitários”, “transferências”, “mobilidade” e “subir e descer escadas”. As dependências dos doentes recaem sobre as ABVD “banho” e “higiene pessoal”. Verificámos que as mulheres apresentam níveis de incapacidade funcional superiores aos homens em todas as dimensões do IB. Foi também possível verificar em termos globais que o grupo mais representativo diz respeito aos doentes independentes (40.4%) e que as mulheres apresentam níveis de incapacidade funcional globais superiores.

Caraterização da Incapacidade Funcional dos doentes nas AIVD

A última parte do ICD pretendia avaliar o grau de incapacidade dos doentes na realização das AIVD, e à semelhança do que se realizou anteriormente proceder-se-á a uma análise dos resultados obtidos em todas as tarefas avaliadas (cf. Tabela 19).

Analisando os dados referentes à AIVD “**cuidar da casa**”, podemos constatar que o grupo mais representativo é o que diz respeito aos doentes incapazes de realizar qualquer tarefa (36.5%), sendo que 21.2% dos doentes, conseguem cuidar da casa sem ajuda. Analisando as estatísticas em função do género, podemos inferir a maioria dos doentes, tanto masculinos como femininos são incapazes de fazer qualquer tarefa, embora em termos percentuais, com ligeiro predomínio das mulheres (45.0% vs 31.3%), no que respeita aos doentes que cuidam da casa sem ajuda verifica-se um predomínio masculino (28.1% vs 10.0%). Porém pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

No que diz respeito à AIVD “**lavar a roupa**”, inferiu-se que a maioria dos doentes é incapaz de lavar a roupa (59.6%) e apenas 17.3% o consegue fazer. Processada a análise em função do género podemos observar que a maioria dos doentes, tanto masculinos como femininos são incapazes de lavar a roupa, embora mais uma vez, se verifique em termos percentuais um predomínio dos doentes femininos (65.0 vs 56.2%), nos restantes grupos regista-se um predomínio masculino. Também nesta AIVD, verificámos que não se encontram diferenças estatisticamente significativas.

No que refere à AIVD “**preparar a comida**”, podemos observar que a maioria dos doentes é incapazes de preparar refeições (57.7%), apenas 19.2% conseguem planear, preparar e servir sem ajuda. Particularizando esta análise em função do género, verificámos que existe uma equidade na sua distribuição no grupo mais representativo, havendo, ao contrário das AIVD anterior, um ligeiro predomínio das masculino (59.4% vs 55.0%). Porém pela análise dos valores residuais ajustados não verificamos em nenhum dos grupos diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito à AIVD, “**ir às compras**”, verificámos que, o grupo mais representativo diz respeito aos doentes são incapazes de ir às compras (38.5%), sendo que apenas 23.1% dos doentes é capaz de o fazer sem ajuda. Particularizando esta análise em função do género, podemos constatar que metade das mulheres são incapazes de ir às compras (50.0%), verificámos ainda que existe um predomínio dos homens no grupo dos doentes que fazem as compras sem ajuda (28.1% vs 15.0%). De acordo com os valores residuais não existem diferenças estatísticas significativas nos grupos.

Relativamente à AIVD “**uso do telefone**”, inferiu-se que o grupo mais representativo diz respeito aos doentes que o usam sem dificuldade (32.7%), por sua vez o menos representativo engloba os doentes que são incapazes de o usar (19.2%). Fazendo uma análise desta AIVD, em função do género, podemos inferir que existe um predomínio das mulheres no grupo dos doentes que são incapazes de usar o telefone (35.0% vs 9.3%) com significância estatística, conforme resultado do valor residual. Nos restantes grupos assistimos a um predomínio dos homens.

No que diz respeito à AIVD “**uso de transporte**”, o grupo mais representativo diz respeito aos doentes que viajem em transportes públicos ou conduzem (38.5%), sendo que 21.1% dos doentes são incapazes de usar o transporte. Uma análise detalhada em função do género, permite inferir que existe, à semelhança da AIVD anterior, um predomínio das mulheres no grupo dos doentes que são incapazes de usar o transporte (45.0% vs 6.2%), com significância estatística, conforme resultado do valor residual.

Analisando os dados referentes à AIVD “**uso do dinheiro**”, podemos constatar que o grupo mais representativo é o que engloba os doentes que pagam as contas e vão ao banco (38.5%), por sua vez, 32.7% dos doentes são incapazes de usar o dinheiro. Tal como nas duas AIVD previamente analisadas, também aqui, podemos constatar que existe um predomínio das mulheres no grupo dos doentes que são incapazes de utilizar o dinheiro (50.0% vs 21.9%), e de acordo com os valores residuais existem diferenças estatísticas significativas neste grupo.

No que diz respeito à AIVD “**responsável pelos medicamentos**”, verificámos que, a maioria dos doentes é incapaz de se responsabilizar pela medicação (53.8%), sendo que apenas 25.0% dos doentes é responsável pela medicação. Particularizando esta análise em função do género, podemos verificar que, tal como na amostra total, a sua expressão, se encontra associada ao grupo mais representativo, com predomínio em termos percentuais para as mulheres (70.0% vs 43.8%). Porém pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela 19 – Caracterização níveis de funcionalidade dos doentes nas das dimensões do ILB em função do género

Variáveis	Género		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Fem.	Masc
Cuidar da casa										
Cuida da casa sem ajuda	2	10.0	9	28.1	11	21.2	-1.6	1.6		
Faz tudo exceto o trabalho pesado	1	5.0	4	12.5	5	9.6	Não aplicável			
Só faz tarefas leves	6	30.0	5	15.6	11	21.2	1.2	-1.2		
Necessita de ajuda todas as tarefas	2	10.0	4	12.5	6	11.5	Não aplicável			
Incapaz de fazer qualquer tarefa	9	45.0	10	31.3	19	36.5	1.0	-1.0		
Lavar a roupa										
Lava a sua roupa	3	15.0	6	18.8	9	17.3	-0.3	0.3		
Só lava pequenas peças	4	20.0	8	25.0	12	23.1	-0.4	0.4		
Incapaz de lavar a roupa	13	65.0	18	56.2	31	59.6	0.6	-0.6		
Preparar comida										
Planeia, prepara e serve sem ajuda	4	20.0	6	18.8	10	19.2	0.1	-0.1		
Prepara se lhe derem os ingredientes	1	5.0	2	6.2	3	5.8	Não aplicável			
Prepara pratos pré-cozinhados	4	20.0	5	15.6	9	17.3	0.4	-0.4		
Incapaz de preparar refeições	11	55.0	19	59.4	30	57.7	-0.3	0.3		
Ir às compras										
Faz as compras sem ajuda	3	15.0	9	28.1	12	23.1	-1.1	1.1		
Só faz pequenas compras	3	15.0	3	9.5	6	11.5	Não aplicável			
Faz as compras acompanhado	4	20.0	10	31.2	14	26.9	-0.9	0.9		
É incapaz de ir às compras	10	50.0	10	31.2	20	38.5	1.4	-1.4		
Uso do telefone										
Usa-o sem dificuldade	6	30.0	11	34.4	17	32.7	-0.3	0.3		
Só liga para lugares familiares	4	20.0	7	21.9	11	21.2	-0.2	0.2		
Necessita de ajuda para o usar	3	15.0	11	34.4	14	26.9	-1.5	1.5		
Incapaz de usar o telefone	7	35.0	3	9.3	10	19.2	2.3	-2.3		
Uso de transporte										
Viaja em transporte público ou conduz	5	25.0	15	46.9	20	38.5	-1.6	1.6		
Só anda de táxi	-	0.0	4	12.5	4	7.7	Não aplicável			
Necessita de acompanhamento	6	30.0	11	34.4	17	32.7	-0.3	0.3		
Incapaz de usar o transporte	9	45.0	2	6.2	11	21.1	3.3	-3.3		
Uso do dinheiro										
Paga as contas, vai ao banco	5	25.0	15	46.9	20	38.5	-1.6	1.6		
Só em pequenas quantidades de dinheiro	5	25.0	10	31.2	15	28.8	-0.5	0.5		
Incapaz de utilizar o dinheiro	10	50.0	7	21.9	17	32.7	2.1	-2.1		
Responsável pelos medicamentos										
Responsável pela medicação	3	15.0	10	31.2	13	25.0	-1.3	1.3		
Necessita que lhe preparem a medicação	3	15.0	8	25.0	11	21.2	-0.9	0.9		
Incapaz de se responsabilizar pela medicação	14	70.0	14	43.8	28	53.8	1.8	-1.8		
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0				

Traduzindo qualitativamente os resultados obtidos, no Quadro 18, podemos constatar que o grupo mais representativo diz respeito aos doentes com incapacidade grave (55.8%), seguido pelo grupo que engloba os doentes que apresentam incapacidade moderada (32.7%) e apenas 11.5% dos doentes são independentes.

Fazendo uma análise dos níveis de incapacidade funcional, em função do género, com base no mesmo quadro, podemos observar que a maioria dos doentes, tanto masculinos como femininos apresentam incapacidade grave, embora em termos percentuais se verifique um predomínio dos doentes femininos (60.0% vs 53.1%). Podemos ainda verificar que existe, em termos percentuais e comparativamente às mulheres, um predomínio dos homens no grupo dos doentes independentes (12.5% vs 10.0%).

Pela análise dos valores residuais ajustados verificamos que em nenhum dos grupos as diferenças são estatisticamente significativas.

Quadro 18 – Caracterização dos níveis de incapacidade funcional nas AIVD dos doentes em função do género

Níveis de incapacidade	Género		Total		Residuais		
	Feminino N	%	Masculino N	%	N	%	Fem. Masc.
Independente	2	10.0	4	12.5	6	11.5	-0.3 0.3
Incapacidade moderada	6	30.0	11	34.4	17	32.7	-0.3 0.3
Incapacidade grave	12	60.0	17	53.1	29	55.8	0.5 -0.5
Total	20	100.0	32	100.0	52	100.0	

Em síntese: Podemos afirmar que os doentes inquiridos apenas são independentes na realização das AIVD nas seguintes dimensões: “uso do telefone”, “uso de transporte” e “uso do dinheiro”. Apresentando ainda incapacidades severas nas restantes AIVD. As mulheres apresentam níveis de incapacidade superiores aos homens em todas as AIVD exceto na atividade “preparar a comida”. Foi possível constatar que a maioria dos doentes apresenta níveis de incapacidade funcional globais graves na realização das AIVD. Particularizando esta análise em função do género, verificámos que as mulheres apresentam níveis de incapacidade funcional globais superiores.

5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

No subcapítulo anterior, efetuámos a caracterização descritiva da nossa amostra. Com a elaboração deste subcapítulo, pretendemos avaliar as relações existentes entre algumas das variáveis independentes com a incapacidade funcional nas ABVD, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos desta investigação.

Para tal fizemos uso da estatística inferencial, que nos permite, “generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população” Fortin (2009, p. 440).

Neste sentido, por uma questão de organização estrutural, subdividimos a análise inferencial dos resultados da seguinte forma:

- Influência das variáveis de contexto sociodemográfico do doente sobre os seus níveis de incapacidade funcional;
- Influência das variáveis de contexto clínico do doente sobre os seus níveis de incapacidade funcional;
- Influência das variáveis de suporte informal do doente sobre os seus níveis de incapacidade funcional;
- Sentido da associação entre os níveis de incapacidade funcional nas AIVD e as ABVD;

Influência das variáveis de contexto sociodemográfico do doente sobre os seus níveis de incapacidade funcional

Nesta seção serão analisadas as influências que algumas das variáveis sociodemográficas dos doentes (género, grupo etário, estado civil, habilitações literárias, rendimento familiar e tempo despendido até à unidade de referencia) têm na sua incapacidade funcional.

Género vs Incapacidade Funcional

Para testar a relação entre estas variáveis utilizamos o teste U de Mann-Whitney, o qual compara o centro de localização de duas amostras, como forma de detetar diferenças entre as duas populações correspondentes (feminino e masculino) ao nível da incapacidade funcional. Os resultados expressos no Quadro 19, mostram que não existe efeito significativo entre as

variáveis ($p=0.057$). No entanto e particularizando a análise em função das ordenações médias (OM), podemos inferir que os doentes femininos apresentam OM inferiores (21.63) aos masculinos (29.55), o que em bom rigor indicia que as mulheres apresentam níveis de incapacidade funcional superiores.

Quadro 19 – Resultados do Teste de U Mann Whitney: Incapacidade Funcional em função do género do doente.

Género	N	O.M.	U	p
Feminino	20	21.63	222.500	0.057
Masculino	32	29.55		

Grupo etário vs Incapacidade Funcional

Foi nosso interesse conhecer a possível relação entre os grupos etários e a incapacidade funcional dos doentes, nesse sentido, foi aplicado um teste de Kruskal-Wallis. Pelos resultados expressos na Tabela 20, constata-se que o grupo etário com idade igual ou superior a 80 anos apresenta níveis de incapacidade funcional superiores (20.19), por sua vez o grupo etário com menores níveis de incapacidade funcional diz respeito aos doentes com idade igual ou inferior a 59 anos (42.00). Podendo desta forma assumir-se que à medida que o grupo etário se torna mais elevado aumenta também a incapacidade funcional. Pela análise da referida tabela constatamos ainda a existência de diferenças bastante significativa ($p=0.006$).

Estado civil vs Incapacidade Funcional

Tornou-se também importante conhecer se existem diferenças significativas na relação entre a incapacidade funcional e o estado civil, nesse sentido, foi aplicado mais uma vez o teste de Kruskal-Wallis, salientando-se que nesta análise o grupo dos “divorciados/separados” não foi considerado, em virtude de não ter qualquer representatividade. Pelos resultados expressos na Tabela 20, verificámos a existência de significância estatística entre as variáveis ($p=0.014$), sendo que são os doentes com o estado civil de “Viúvo” os que apresentam maior incapacidade funcional; surgindo no pólo oposto os doentes “Casados ou em união de facto”, que apresentam menor incapacidade funcional.

Habilitações literárias vs Incapacidade Funcional

Recorremos ao teste de Kruskal-Wallis para conhecer a influência que as habilitações literárias têm na incapacidade funcional dos doentes. Relativamente aos resultados inerentes às habilitações literárias e tendo em conta a baixa representatividade dos grupos “3º ciclo e secundário” com 7 doentes, e “Bacharelato/Licenciatura” com 2 doentes, e de forma a encontrar resultados mais consistentes, sentimos a necessidade de os agrupar num grupo que denominados de “ \geq 3º ciclo”. Testamos esta relação, com aplicação do teste de Kruskal-Wallis. Como se pode observar através da análise da Tabela 20, existe associação estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo ($p=0.006$). Uma análise detalhada através das OM, permite-nos inferir que, o grupo que apresenta maior incapacidade funcional diz respeito aos doentes que não sabem ler nem escrever (15.13), por sua vez o grupo com melhores resultados é o grupo dos doentes que concluíram o pelo menos o 3º ciclo (39.78). Podemos ainda concluir que à medida que aumenta a literacia dos doentes diminui a sua incapacidade funcional.

Rendimento familiar vs Incapacidade Funcional

No intuito de se verificar se o rendimento familiar (que tal como referido anteriormente, engloba os rendimentos familiares mensais globais) influencia a incapacidade funcional, procedemos à realização de um teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados são apresentados na Tabela 20. Mais uma vez e à semelhança das anteriores variáveis, inferimos que existe efeito significativo entre as variáveis ($p=0.003$). Particularizando agora a nossa análise da incapacidade funcional, em função das OM, podemos constatar que o grupo que apresenta maiores incapacidades funcionais diz respeito aos doentes que apresentam um rendimento familiar entre os 250 e 500€ (15.93), situação inversa apresentam os doentes cujos rendimentos familiares é superior a 1000€ (42.00). Podemos ainda inferir que após o primeiro grupo, à medida que aumentam os rendimentos familiares, diminui a incapacidade funcional dos doentes.

Tempo despendido até à unidade de referência vs Incapacidade Funcional

Para conhecermos a influência da variável “tempo despendido na deslocação à unidade de saúde de referência” sobre a incapacidade funcional utilizámos o teste de Kruskal-Wallis.

Salientamos que que nesta análise o grupo dos doentes que “demoram mais de duas horas” não foi considerado, em virtude de não ter qualquer representatividade. De acordo com os resultados expostos na Tabela 20 e ao contrário das variáveis anteriores, não foram encontradas significâncias estatísticas ($p=0.137$) que nos permitam inferir relações entre as variáveis. Contudo, apesar de as diferenças não terem significância estatística, as OM indicam-nos que são os doentes que demoram uma hora na deslocação que apresentam maiores incapacidades (14.17), situação inversa, inferimos no grupo dos doentes que demoram 20 minutos, apresentando incapacidades funcionais inferiores (36.50).

Tabela 20 – Teste de Kruskal-Wallis: grupos etários, estado civil, habilitações literárias, rendimentos familiares e tempo despendido até à unidade de referência em função da Incapacidade Funcional do doente

Variáveis	N	O.M	χ^2	p
Grupos etários				
≤59	2	42.00	12.621	0.006
60-69	1	38.79		
70-79	17	29.26		
≥ 80	26	20.19		
Estado Civil				
Solteiro	4	28.25	8.601	0.014
Casado/União de facto	27	31.80		
Viúvo	21	19.36		
Habilitações Literárias				
Não sabem ler nem escrever	8	15.13	12.376	0.006
<4 Anos escolaridade	24	25.46		
1º e 2º ciclo	11	26.18		
≥3º Ciclo	9	39.78		
Rendimentos Familiares				
Inferior a 250€	1	23.97	13.906	0.003
De 250-500€	15	15.93		
De 501-1000€	17	26.56		
>1000€	19	42.00		
Tempo de despendido na deslocação à unidade de saúde de referência				
10 Minutos	23	25.61	5.526	0.137
20 Minutos	7	36.50		
30 Minutos	19	25.84		
1 Hora	3	14.17		

Síntese: A generalidade dos resultados obtidos é de confirmação de efeitos significativos das variáveis de contexto sociodemográficos sobre a incapacidade funcional dos doentes. Apenas não foram encontradas significâncias estatísticas que nos permitam inferir relações entre as variáveis “género” e “tempo de despendido na deslocação à unidade de saúde de referência”. Salientamos ainda que, obtivemos valores estatisticamente bastante significativos nas variáveis “grupos etários” ($p=0.006$), “habilitações literárias” ($p=0.006$) e “rendimentos familiares” ($p=0.003$).

Influência das variáveis de contexto clínico do doente sobre os seus níveis de incapacidade funcional

Nos quadros e tabelas que se seguem pretende-se verificar empiricamente a influência das variáveis de contexto clínico (tipo de AVC, episódio anterior de AVC, prática de atividade física, internamento em U-AVC, reabilitação durante o internamento, após a alta e a duração do programa de reabilitação), sobre a Incapacidade Funcional dos doentes.

Tipo de AVC vs Incapacidade Funcional

Com a análise que a seguir se apresenta pretendemos indagar se o tipo de AVC tem efeito na incapacidade funcional dos doentes. Para atingir esse objetivo recorreremos ao uso do teste de U Mann Whitney. Pela análise dos seus resultados (cf. Tabela 21), podemos inferir que existe associação entre estas variáveis ($p=0.049$). Fazendo uma análise da incapacidade funcional em função do tipo de AVC, constatamos que os doentes que sofreram AVCH apresentam incapacidades funcionais superiores.

Episódio Anterior de AVC vs Incapacidade Funcional

No que respeita à existência prévia de um AVC, tendo por base a Tabela 21, podemos inferir que ao contrário da análise anterior, não existe efeito significativo entre esta variável e a incapacidade funcional ($p=0.250$). No entanto, apesar deste resultado, é possível afirmar através da análise das OM, que os doentes com antecedentes de AVC apresentam níveis de incapacidade funcional superiores (23.00).

Tabela 21 – Resultados do Teste de U Mann Whitney: tipo de AVC, atendentes de AVC em função da incapacidade funcional do doente

Variáveis	N	O.M	U	p
Tipo de AVC				
Isquémico	42	28.45	128.000	0.049
Hemorrágico	10	18.30		
AVC anterior				
Sim	16	23.00	232.000	0.250
Não	36	28.06		

Prática de atividade física vs Incapacidade Funcional

Com objetivo de perceber a se a prática de atividade física influencia a incapacidade funcional, procedemos à realização de um teste U de Mann-Whitney, cujos resultados são apresentados na tabela 22. Podemos inferir que existe uma associação entre as variáveis ($p=0.001$). Analisando agora detalhadamente os valores das OM em função da incapacidade funcional, podemos constatar que os doentes que não praticam atividade física apresentam níveis de incapacidade funcional superiores (23.01).

Internamento em U-AVC vs Incapacidade Funcional

Era nosso objetivo conhecer a possível relação entre o internamento numa U-AVC e a incapacidade funcional dos doentes, nesse sentido, foi aplicado um teste U de Mann-Whitney. Analisando os seus resultados (cf. Tabela 22), é possível constatar a não existência de um efeito desta variável sobre a incapacidade funcional ($p= 0.750$). Contudo, podemos inferir que os doentes que não estiveram internados numa U-AVC apresentam níveis de incapacidade funcional ligeiramente superiores (26.03), através da interpretação das OM.

Reabilitação durante o internamento vs Incapacidade Funcional

Com a análise que a seguir se apresenta pretendemos averiguar se a “reabilitação durante o internamento”, teve influência na capacidade funcional dos doentes. Para atingir esse propósito, utilizámos um teste de U de Mann-Whitney. Os resultados deste teste à semelhança dos anteriores, permitem observar, a não existência de um efeito desta variável sobre a incapacidade funcional ($p=0.130$). No entanto, atendendo aos resultados das OM (cf. Tabela

22), é possível constatar que os doentes que realizaram reabilitação no internamento apresentam níveis de incapacidade funcional inferiores (37.75).

Reabilitação após a alta hospitalar vs Incapacidade Funcional

Recorremos ao teste de U Mann Whitney para conhecer a influência que a reabilitação após a alta tem na incapacidade funcional dos doentes. Tendo por base a Tabela 22, somos levados a inferir, à semelhança das últimas duas variáveis, que não existe associação entre elas ($p=0.238$). Porém, através de uma análise meticulosa das OM, podemos constatar que os doentes que não frequentaram programas de reabilitação apresentam níveis de incapacidade funcional superiores (23.34).

Tabela 22 – Resultados do Teste de U Mann Whitney: prática de atividade física, internamento U-AVC, reabilitação durante o internamento e após a alta em função da incapacidade funcional do doente

Variáveis	N	O.M.	U	p
Prática de atividade física				
Sim	11	39.50	82.500	0.001
Não	41	23.01		
Internamento U-AVC				
Sim	18	27.39	290.000	0.750
Não	34	26.03		
Reabilitação durante o internamento				
Sim	4	37.75	51.000	0.130
Não	48	25.56		
Reabilitação após a alta				
Sim	33	28.32	253.500	0.238
Não	19	23.34		

Duração dos programas de reabilitação vs Incapacidade Funcional

Para perceber a relação entre esta variável e a Incapacidade Funcional foi aplicado um teste de Kruskal-Wallis (cf. Quadro 20). Nesse sentido, a sua análise permitiu constatar que, existe efeito significativo entre as variáveis ($p=0.028$).

Particularizando agora a análise da incapacidade funcional em função dos vários grupos, podemos inferir que os doentes que apresentam maiores níveis de incapacidade funcional são

aqueles, cujo programa de reabilitação durou menos de um mês (7.86), por sua vez os que apresentam menores níveis de incapacidade funcional são aqueles, cujo programa durou entre quatro e seis meses (21.44). Analisando detalhadamente estes resultados, podemos ainda verificar que existe uma relação direta entre a duração do programa de reabilitação e a diminuição da incapacidade funcional, isto é, à medida que aumenta a duração do programa diminui a incapacidade funcional dos doentes. No entanto esta relação só é válida até os seis meses, depois dessa altura, verificamos uma regressão.

Quadro 20 – Resultados do Teste Kruskal-Wallis: duração do programa de reabilitação em função da incapacidade funcional dos doentes

Duração programa reabilitação	N	O.M	χ^2	p
<1 Mês	7	7.86	9.129	0.028
2-3 Meses	11	19.23		
4-6 Meses	8	21.44		
≥7 Meses	7	17.57		

Síntese: Tendo em conta os resultados obtidos sobre a influencia das variáveis de contexto clínico na incapacidade funcional, podemos afirmar que nas variáveis “tipo de AVC”, “prática de atividade física”, “duração do programa de reabilitação”, existe efeito significativo. Salientamos ainda que, obtivemos valores estatisticamente bastante significativos na variável “prática de atividade física” (p=0.001)

Influência das variáveis de suporte informal do doente sobre os seus níveis de incapacidade funcional

Aquando da elaboração do ICD pareceu-nos pertinente perceber de que forma as variáveis de suporte informal (Existência de CI, Género, situação laboral e grupos etários do CI) poderiam ou não influenciar a incapacidade funcional dos doentes, nesse sentido efetuamos os Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis.

Existência de CI vs Incapacidade Funcional

Para se perceber a associação existente entre a “existência de CI” e a incapacidade funcional dos doentes, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a Tabela 23,

verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,772$) entre as duas variáveis em estudo. Apesar de não podermos generalizar os nossos resultados, podemos inferir que os doentes que têm CI apresentam níveis de incapacidade funcional ligeiramente superiores.

Género do CI vs Incapacidade Funcional

No que respeita à variável “género do CI”, (cf. Tabela 23), podemos inferir através dos resultados do Teste U de Mann-Whitney que, não existe associação entre esta variável e a incapacidade funcional ($p=0.719$). Contudo, através das OM, podemos constatar que, os doentes que têm CI femininos apresentam níveis de incapacidade funcional superiores.

Situação laboral do CI vs Incapacidade Funcional

No intuito de se verificar se a situação laboral do CI se afigurava como variável predisponente da incapacidade funcional, precedemos também à realização de um teste de Mann-Whitney, cujos resultados são apresentados na tabela 23. Como se pode constatar, o teste estatístico demonstra que, não existe efeito significativo entre as variáveis em estudo ($p=0.547$). No entanto, podemos inferir que os doentes que têm CI reformados apresentam níveis de incapacidade funcional superiores.

Tabela 23 – Resultados do Teste de U Mann Whitney: existência, género e situação laboral do CI em função da incapacidade funcional dos doentes

Variáveis	N	O.M.	U	p
Presença de CI				
Sim	21	25.79	310.500	0.772
Não	31	26.98		
Género do CI				
Feminino	16	10.72	35.500	0.719
Masculino	5	11.90		
Situação Laboral				
CI reformado	8	9.94	43.500	0.547
CI não reformado	13	11.65		

Grupos etários do CI vs Incapacidade Funcional

Foi nosso interesse conhecer a possível relação entre os grupos etários dos CI e a incapacidade funcional dos doentes, nesse sentido, aplicámos um teste de Kruskal-Wallis. Como podemos constatar analisando o Quadro 21, esta relação não se revela estatisticamente significativa ($p=0.254$).

Apesar destes resultados, observando os valores das OM, podemos inferir, o grupo de doentes com maiores incapacidades funcionais é o que agrupa os CI com idade igual ou superior a 80 anos (3.25), no noutro extremo surgem os doentes que apresentam CI com idade inferior ou igual a 59 anos (12.50). O que, em bom rigor indicia que, à medida que o grupo etário se torna mais elevado, aumenta também a incapacidade funcional dos doentes.

Quadro 21 – Resultados do Teste Kruskal-Wallis: Idade do CI em função da incapacidade funcional dos doentes

Grupo etário do CI	N	O.M	χ^2	P
≤59 Anos	12	12.50	4.075	0.254
60-69 Anos	2	11.00		
70-79 Anos	5	9.75		
≥ 80 Anos	2	3.25		

Síntese: Tendo em conta os resultados obtidos podemos afirmar que em nenhuma das variáveis em estudo obtivemos diferenças estatisticamente significativas. Salientamos ainda que, foi possível verificar através das suas OM que estas influenciam os níveis de incapacidade funcional dos doentes.

Sentido da associação entre os níveis de incapacidade funcional nas AIVD e as ABVD

Um dos objetivos da nossa investigação é verificar existe associação entre os níveis de incapacidade funcional das AIVD e das ABVD, nesse sentido foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis.

Incapacidade funcional nas AIVD vs Incapacidade Funcional

Pela análise do Quadro 22, podemos inferir que existe diferença estatística altamente significativa entre as variáveis ($p=0.000$). Fazendo uma análise pormenorizada das OM,

podemos constatar que o grupo que apresenta menores níveis de incapacidade funcional na realização das ABVD engloba os doentes independentes nas AIVD (42.00), por sua vez, os doentes que apresentam maior incapacidade funcional nas ABVD, são os que apresentam incapacidade grave nas AIVD (16.62). Podemos inferir que incapacidade nas ABVD vai aumentando à medida que aumenta a incapacidade das AIVD.

Quadro 22 – Resultados do Kruskal-Wallis: incapacidade funcional na realização das AIVD em função da incapacidade funcional dos doentes

Níveis de Incapacidade	N	O.M.	χ^2	p
Independente	6	42.00	30.249	0.000
Incapacidade moderada	17	37.88		
Incapacidade grave	29	16.62		

Síntese: tendo em conta os resultados obtidos podemos afirmar que os níveis de incapacidade funcional nas AIVD influenciam os níveis de incapacidade funcional dos doentes. Salientamos ainda que, obtivemos valores estatisticamente altamente significativos ($p=0.000$).

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo, reveste-se de grande importância, uma vez que, possibilita uma análise crítica relativamente aos resultados obtidos, procurando dar um sentido mais amplo às respostas, correlacionando-as com outros conhecimentos (Lakatos & Marconi, 2006)

Como foi referido anteriormente, o nosso estudo teve como objetivos caracterizar os doentes com AVC do ponto de vista sócio-demográfico, clínico e de suporte informal, identificar os seus níveis de incapacidade funcional, bem como os fatores determinantes dessa incapacidade funcional (nas determinantes sócio-demográficas, clínicas e de suporte informal) e verificar o sentido da associação entre os níveis de incapacidade funcional nas AIVD e as ABVD.

A discussão dos resultados será efetuada tendo por base o quadro conceptual atual, a nossa experiência profissional e investigações realizadas sobre esta temática e com a aplicação dos mesmos instrumentos de avaliação.

- **Caracterização sociodemográfica da amostra**

Género

A nossa amostra é constituída por 52 doentes que são maioritariamente do género masculino (61.5%). Os estudos revelam que a incidência do AVC é superior no género masculino comparativamente ao género feminino (ASA, 2010). Estes resultados também são corroborados por Marques (2012) e Correia (2015) ao revelarem a prevalência dos participantes do género masculinos nos seus estudos (60% vs 70.8%).

Grupos Etários

No nosso estudo, 50% dos doentes apresentam uma idade igual ou superior a 80 anos. A

literatura é unânime ao afirmar que o AVC é primariamente uma doença característica da idade avançada e que o risco de AVC aumenta consoante a idade, sendo que cerca de 40% dos doentes têm idade superior a 65 anos (Humphrey, Gibson & Jones, 2010; SPAVC citado por Ricardo, 2012). Esta tendência também se verifica nos resultados obtidos por Coelho (2011) e Gonçalves (2011), em que o grupo etário mais representativo era o que se situava entre os 81 e os 91 anos e que existem mais casos à medida que a idade vai aumentando.

Outra realidade que tem vindo a preocupar a comunidade científica é o aumento do número de AVC nos grupos etários mais jovens. Os nossos resultados mostram que 3.8% dos doentes apresentam uma faixa etária igual ou inferior a 59 anos e eram homens. Na opinião de Sarnowski et al. (2013), cerca de 10% dos AVCI ocorrem antes dos 45 anos. Em 2015 o INSA publicou um artigo sobre a evolução e tendência da incidência do AVC, tendo verificado um aumento anual significativo da taxa de incidência nos homens entre os 35 e 44 anos (Sousa et al., 2014). Apesar da taxa de prevalência nos jovens ser muito inferior à dos idosos, esta realidade assume especial importância se tivermos em conta a esperança média de vida que estes doentes têm no momento do AVC. Esta realidade contribui para uma elevada morbidade, perda de qualidade de vida e muitos anos potenciais de vida perdidos, podendo estar relacionado com o aumento do sedentarismo (Rodrigues, 2014).

Estado Civil

No que respeita ao estado civil 51.9% dos doentes são casados ou vivem em união de facto, o que é corroborado pelos resultados semelhantes obtidos nos estudos de Cordeiro (2011), Pereira (2014) e Correia (2015). Quanto à distribuição por género, a nossa amostra revela que maioritariamente as mulheres são viúvas (60%), e os homens casados (62.5%), o que também foi verificado nos estudos realizados por Rua (2012) e Marques (2012),

Habilitações Literárias

O nível de escolaridade da amostra estudada, é relativamente baixo, uma vez que, 15.4% não sabem ler nem escrever, 46.2% possuem menos de quatro anos de escolaridade e somente 3.8% concluíram o ensino superior. Estes resultados vão de encontro aos estudos efetuados por Coelho (2011) e Marques (2012) com percentagens de 39.3% e 40.4% respetivamente e inferiores aos obtidos por Pereira (2014) e Correia (2015) com percentagens de 55.6% e

69.4% respetivamente. A taxa média de analfabetismo em Portugal situa-se nos 5.2% (INE, 2011), percentagem inferior à obtida na nossa investigação.

Rendimentos Familiares

Verificámos que 36.5% da nossa amostra apresentava rendimentos familiares mensais globais superiores a 1000€. A média nacional de rendimentos mensais por agregado familiar, em 2011 posicionou-se nos 1466€ (INE, 2011), o que vai de encontro aos nossos resultados bem como às conclusões obtidas por Correia (2015).

Os resultados apresentados são referentes aos rendimentos mensais do agregado familiar e não ao rendimento individual do doente.

Nesse sentido, sabemos que 30.8% dos doentes residem com o conjugue e 28.8% com os filhos, ou seja 59.6% da amostra reside com familiares, o que faz aumentar o valor correspondente aos rendimentos familiares.

Tempo despendido na deslocação até à unidade de saúde de referencia

Dos doentes inquiridos 44.2% referem demorar menos de 10 minutos até à sua unidade de saúde de referência, neste caso a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Também Carvalho, Mateus, Rodrigues, Monteiro e Lobo (2013), no seu estudo sobre a acessibilidade e equidade nos CPS, concluíram que a maioria dos participantes despendia menos de 15 minutos na deslocação.

É de realçar que na nossa amostra, o meio de transporte mais utilizado na deslocação à unidade de saúde é a viatura própria por parte dos doentes (55.8%).

- **Caracterização clínica da amostra**

Tipo de AVC

Na amostra estudada, o tipo de AVC predominante foi o AVCI (80.8%). Estes resultados estão em consonância com os valores encontrados na literatura, onde os AVCI correspondem

a 75-85% do total de AVC (Alto Comissariado da Saúde, 2007). Também Feigin et al. (2009) numa revisão sobre a epidemiologia do AVC, concluiu que a proporção percentual de AVCI varia entre 67 e 81%.

Episódio de AVC anterior

Os nossos resultados mostram que 69.2% da amostra estudada não tinha nenhum episódio anterior de AVC. Cerveira (2011) e Santos (2013) nos seus estudos concluíram que 82.90% e 75.0% da amostra, respetivamente, não tinham tido nenhum AVC.

No entanto importa salientar 30.8% da amostra já tiveram AVC anteriormente, o que se traduz em resultados superiores aos dos autores supracitados. Para Santos (2013), 25% da amostra estudada já tinha sofrido AVC, enquanto que na investigação de Cerveira (2011) esta percentagem foi de 17.1%. Estes resultados, que podem ser explicados em parte pelo envelhecimento da amostra inquirida, pelas pluri-patologias, co-morbilidades inerentes ao envelhecimento, pela relutância em adotar estilos de vida saudáveis e pelos baixos rendimentos que podem dificultar a adesão ao regime terapêutico. Outro fator que pode estar na base desta realidade é a fraca/inadequada prevenção secundária.

Prática de atividade física

Dos doentes inquiridos 78.8% não praticavam nenhuma atividade física. Também Gonçalves (2011) obteve taxas de sedentarismo semelhantes. Estes resultados são alvo de preocupação, pois a literatura é unânime ao afirmar que a prática de atividade física é indispensável para a prevenção de inúmeras patologias. Há fortes probabilidades de estarmos perante uma população com hábitos sedentários, cuja perceção de saúde e respetivos benefícios que advém da prática de atividade física ainda não são valorizados por parte dos doentes e seus familiares.

Internamento em U-AVC

A DGS estimava que em 2012, 50% dos doentes internados por AVC tiveram acesso a unidades especializadas e em 2015 este valor deveria duplicar (DGS, 2013). Tendo por base esta premissa, ficámos surpreendidos pelos resultados obtidos, pois apenas 34.6% dos doentes estiveram internados numa U-AVC. Esta disparidade de resultados pode ser devido ao

desconhecimento da população dos sinais de alerta típicos do AVC (assimetria da face, perda de força motora num dos membros e alterações da fala) não sendo tomadas as medidas imediatas de atuação e retardando o encaminhado para as U-AVC (Shaughnessy & Michael, 2009). Também a reduzida capacidade da U-AVC da ULSG (nos anos a que se reporta o estudo, a dotação era de oito camas) e a inexistência do protocolo da Via Verde do AVC na ULSG (só entrou em vigor em 2017) poderão estar na génese destes resultados.

Reabilitação durante o internamento

Verificámos que apenas 7.7% dos doentes realizaram reabilitação durante o internamento hospitalar. Este resultado deixou-nos um pouco inquietos, uma vez que pensávamos que esta intervenção especializada seria uma prática assegurada durante o internamento. Após análise da literatura não conseguimos encontrar estudos que corroborem os nossos resultados, mas tendo conhecimento da realidade da ULSG, esta situação pode ser explicada pelo facto de nos anos 2014 e 2015 não existirem EEER na U-AVC e no serviço de Medicina, o EEER não exercia funções em horário completo.

Reabilitação após a alta hospitalar

A alta hospitalar não significa a total recuperação do doente e por isso é fundamental garantir a continuidade de cuidados, no nosso estudo 63.5% dos doentes frequentaram programas de reabilitação após a alta hospitalar. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Cerveira (2011) e Coelho (2011), com percentagens de 68,60% e de 75% respetivamente. Por sua vez, Correia (2015) obteve uma taxa de continuidade de 48.6%.

Podemos ainda verificar que na amostra inquirida existe uma disparidade entre os géneros, apenas 55.0% das mulheres realizaram reabilitação após a alta, enquanto que nos homens esta percentagem foi de 68.8%. Esta disparidade também se encontra patente na investigação realizada por Cerveira (2011). A reduzida adesão aos programas de reabilitação por parte das mulheres deixa-nos apreensivos, uma vez que, este grupo apresenta níveis de incapacidade funcional superiores. A ilusão de melhoras e o papel que a mulher assume no seio familiar a quem “cabe a prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, (...) e a

responsabilidade de cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes” (Cordeiro, 2011, p.69).
pode estar na base destes resultados, podem estar na base destes resultados.

Duração do programa de reabilitação

De acordo com a ESO (2008), recomenda-se a continuação da reabilitação após alta durante o primeiro ano após AVC. Mais uma vez assistimos a uma disparidade de resultados, uma vez que, apenas 21.2% dos doentes inquiridos frequentaram programas de reabilitação com uma duração igual ou superior a sete meses. Sendo que a maioria (33.3%), frequentou programas de reabilitação, com uma duração entre dois e três meses.

Após análise da literatura não conseguimos encontrar estudos que corroborem os nossos resultados. No entanto Antunes (2012), inquiriu a amostra sobre o número de sessões de reabilitação após a alta hospitalar. Estas variam entre zero e 200 sessões, tendo obtido uma média de 62.66 sessões de reabilitação.

• Caracterização de suporte informal da amostra

Para Petronilho (2007) a família continua a ser o pilar principal no apoio aos doentes que se encontrem numa situação de doença, sendo um agente ativo na preservação da vida e da dignificação que todo o ser humano merece. Neste contexto a figura do CI assume um papel indispensável no processo de recuperação, sendo, portanto fundamental analisar e discutir o perfil do CI.

Apenas 40.4% dos doentes apresentam CI. A maioria dos CI são mulheres (76.19%), com faixa etária igual ou inferior a 59 anos, (57.2%), e situação laboral ativa (61.9%).

A reduzida percentagem de CI existentes pode ser explicada analisando algumas características dos doentes. Nesse sentido importa referir que, 15.4% dos doentes residem sozinhos, sendo difícil emergir a figura do CI e 25.0% estão institucionalizados em lares, onde beneficiam de apoio das redes formais. Por outro lado, o baixo nível de escolaridade da amostra, pode dificultar a consciencialização/percepção para as necessidades de cuidados com a saúde (Marques et al., 2006).

Os nossos resultados são semelhantes aos encontrados na bibliografia consultada. Gomes e Diz (2013), num estudo que intitularam de “Ser cuidador informal de idosos com AVC; efeitos individuais, familiares e sociais”, obtiveram uma amostra composta por 46 CI, em que 84.8% eram mulheres, com média de idades de 62.9 anos. Também Marques (2005), tinha uma amostra com média de idades de 61.06 anos, em que 60% eram mulheres. Almeida (2016), no seu estudo obteve uma amostra de CI, com medida de idades de 53.73 anos e 50.8% tinham uma situação laboral ativa.

- **Níveis de incapacidade funcional da amostra**

Iremos agora proceder à discussão sobre os níveis de incapacidade funcional dos doentes nas Atividades Básicas de Vida Diárias e Atividades Instrumentais de Vida Diárias, após aplicação do IB e ILB respetivamente. Iniciaremos fazendo uma abordagem aos níveis globais de incapacidade dos doentes, seguida de uma interpretação das incapacidades nas várias atividades e finalmente uma interpretação dos resultados de acordo com o género dos doentes.

Neste estudo, pôde verificar-se que, 40.4% dos doentes são independentes, e 28.8% apresentam incapacidade grave na realização das ABVD. Também Coelho (2011), obteve resultados semelhantes, 46 % são independentes e 20% apresentam incapacidades graves. Por sua vez Silva (2013), obteve uma amostra em que 44.9% dos doentes são independentes e apenas 2.8% apresentam incapacidades graves.

Particularizando agora os resultados pelas várias atividades do IB, foi possível inferir que os doentes apresentam maiores incapacidades nas atividades “banho” e “higiene pessoal”, sendo independentes nas restantes. Estes reduzidos níveis de incapacidade funcional, podem ser explicados pela realização de programas de reabilitação, pelo reduzido nível complexidades das ABVD, pelas eficazes estratégias de coping utilizados pelos doentes e pelo avanço dos estudos que procuram promover a qualidade de vida dos doentes e a sua independência funcional.

Particularizando agora a nossa análise pelo género dos doentes, podemos inferir que as mulheres apresentam incapacidades funcionais superiores aos homens em todas as atividades, com especial predomínio nas atividades, “vestir”, “controlo intestinal”, “utilização dos sanitários”, “transferências” e “subir e descer escadas”. Também Silva (2013) concluiu que o nível de incapacidade nas ABVD é maior nos doentes femininos. Estas diferenças entre

géneros poderão estar associadas a fatores clínicos, como a idade, a fraca condição física pré e pós AVC, o estado depressivo após o mesmo, na capacidade de adaptação de padrões e de novas estratégias de coping para cada um dos géneros (Lai et al 2010; Zalihic et al 2010, citados por Sousa 2011).

No que respeita à análise dos níveis de incapacidade funcional na realização das AIVD, verificámos que a maioria dos doentes (55.8%) apresentam uma incapacidade grave, 32.7% apresentam uma incapacidade moderada e apenas 11.5% são independentes.

Pela análise das diversas atividades do ILB, pode-se observar um predomínio do estado “incapaz”, em todas as AIVD exceto nas atividades “uso do telefone”, “uso de transporte” e “uso do dinheiro”. Estes resultados, parecem apontar para níveis de incapacidade superiores nas tarefas que exigem maior esforço físico, podendo ser justificados por um conjunto de fatores (ambiente onde o doente esta inserido, estilo de vida, aspetos demográficos, contexto social, económico e cultural) que comprometem a sua capacidade de realizar as AIVD (Sousa et al., 2012). Também Silva (2013), no seu estudo, concluiu que as AIVD onde existiam menores incapacidade funcionais eram o “uso do telefone”, o “uso do transporte”, o “uso do dinheiro” e a “gestão da medicação”, sendo o estado “incapaz” predominantes nas restantes AIVD.

Particularizando os nossos resultados pelo género dos doentes, e à semelhança das ABVD, assistimos a um predomínio dos níveis de incapacidade funcional nas mulheres, embora com menor disparidade entre os géneros. Apresentado níveis de incapacidade funcional superiores em todas as AIVD exceto na atividade “preparar comida”. Estes resultados podem ser explicados pela idade avançada das mulheres, e pela atitude mais positivista dos homens. A nossa experiência profissional no âmbito dos CSP, permite-nos afirmar que os homens possuem uma atitude e comportamentos menos negativista face às incapacidades. Também Silva (2013) obteve estes resultados.

- **Incapacidade Funcional e Determinantes Sociodemográficas**

Incapacidade funcional e género

Ao relacionarmos a incapacidade funcional com o género verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,057$), contudo são as mulheres que apresentam

níveis superiores de incapacidade funcional. Estes resultados são corroborados com os obtidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, ao concluírem não haver diferença estatisticamente significativa na evolução da independência funcional de acordo com o género, embora os níveis de incapacidade funcional fossem também superiores nas mulheres (Portugal, 2009). Um estudo realizado por Cerveira e Ferreira (2011) revelou a não influência do género na incapacidade funcional, mas com níveis superiores no género feminino.

Incapacidade funcional e grupo etário

No nosso estudo verificámos que a incapacidade funcional é influenciada pelo grupo etário ($p=0.006$). Verificámos ainda que à medida que o grupo etário se torna mais elevado, aumenta também a incapacidade funcional.

Estes resultados são corroborados por Borges (2013) e Correia (2015), que nos seus estudos também concluíram que a incapacidade funcional é influenciada pelo grupo etário, sendo a capacidade funcional inversamente proporcional à idade.

Incapacidade funcional e estado civil

Em relação à influência do estado civil, os resultados desta investigação, mostram que esta determinante influencia a incapacidade funcional ($p=0.014$). Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Borges (2013) e Girão (2015), ao verificarem que o estado civil influenciou os níveis de incapacidade funcional dos doentes.

Foi ainda possível inferir que, os doentes casados apresentam menores níveis de incapacidade funcional, e os viúvos maiores níveis de incapacidade funcional. Maciel e Guerra (2007) no seu estudo sobre a influência dos fatores biopsicossociais na incapacidade funcional concluíram que, os idosos casados apresentavam menores níveis de incapacidade funcional. Por sua vez, Brink, (2004) e Cunha et al., (2007) afirmam que a viuvez constitui um fator de risco para a dependência nas AVD e mobilidade, apresentando este grupo uma probabilidade 3.3 vezes superior de se tornarem dependentes. Estes resultados traduzem a importância crescente que a família tem vindo a assumir na recuperação do doente.

Incapacidade funcional e habilitações literárias

As habilitações literárias influenciam significativamente a incapacidade funcional ($p=0.006$). Também Girão (2015), no seu estudo sobre “Determinantes da incapacidade funcional em doentes com AVC” concluiu que a incapacidade funcional era influenciada pelas habilitações académicas. Vários autores consultados, corroboram estes resultados (Oliveira, 2003; Cunha et al, 2007; Burnay, 2011; Borges 2013).

Podemos ainda concluir à medida que diminui o nível de instrução dos doentes, aumentam os seus níveis de incapacidade funcional, ou seja o baixo nível educacional influência de forma negativa na recuperação funcional. Esta relação poderá ser justificada pelo fato de o baixo nível de escolaridade dificultar a consciencialização das necessidades de cuidados de saúde ao longo da vida, a adesão ao tratamento e a manutenção de estilos de vida saudáveis (Marques et al., 2006). Por outro lado, esta associação, pode ser sugestiva, de que os ensinamentos/técnicas de prevenção nem sempre são os mais adequados à capacidade de compreensão e assimilação dos doentes, nesse sentido deve-se optar por técnicas individualizadas e ajustadas às necessidades de cada doente.

Incapacidade funcional e os rendimentos familiares

Segundo a OMS (2006) todos os doentes devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem a consecução desse objetivo. Após analisarmos a amostra concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os rendimentos mensais e a incapacidade funcional ($p=0.003$). Os doentes com rendimentos mais elevados apresentam menores níveis de incapacidade funcional e que o aumento dos rendimentos familiares traduz uma diminuição da incapacidade funcional. Esta associação pode ser explicada pelo facto, de os doentes com maiores recursos financeiros terem acesso facilitado a determinado tipo de cuidados, equipamentos ou outros serviços minimizando desta forma o impacto da doença. Furtado e Pereira (2010), corroboram esta ideia ao afirmarem que as características socioeconómicas do doente condicionam a exposição a situações que podem comprometer o estado de saúde, afetam os estilos de vida e têm também influência no acesso aos cuidados de saúde.

Incapacidade funcional e o tempo de deslocação até à unidade de referencia

O conceito de acesso aos cuidados de saúde é um pilar fundamental do SNS, nesse sentido, a Lei de Bases da Saúde prevê a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica, onde quer que vivam, bem como a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços (Portugal, 2008). Os nossos resultados corroboram esta premissa, visto termos, verificado que não existe associação estatística entre a variável tempo de deslocação até à unidade de referência e a incapacidade funcional ($p=0.137$). Resultados idênticos foram obtidos por Furtado e Pereira (2010) e por Carvalho et al., (2013).

Embora possamos inferir, que à medida que aumenta o tempo despendido na deslocação, aumenta a incapacidade funcional dos doentes. As barreiras geográficas existentes (zona montanhosa e rural), o deficitário estado de conservação das vias de acesso, a pouca cobertura de transportes públicos, podem estar na base desta diferenciação entre os doentes. Estes resultados devem conduzir a uma alteração das políticas de saúde, devendo-se adotar estratégias de proximidade com as populações.

- **Incapacidade Funcional e Determinantes Clínicas**

Incapacidade funcional e o tipo de AVC

Os nossos resultados revelaram existirem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de AVC e a incapacidade funcional ($p=0.049$). Este facto vai de encontro à realidade atualmente aceite pela comunidade científica, em que o AVCH apresenta pior prognóstico comparativamente ao AVCI, traduzindo-se em maiores complicações, maior taxa de mortalidade e morbidade, bem como maiores custos financeiros associados (Parente et al., 2000). Nos estudos realizados por Cerveira (2011) e Girão (2015) atestaram a existência de relação entre o tipo de AVC e a incapacidade funcional dos doentes.

Incapacidade funcional e episódio anterior de AVC

No nosso estudo não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre a ocorrência de AVC anterior e a Incapacidade Funcional dos doentes ($p=0.250$), embora os

doentes com antecedentes de AVC tenham revelado níveis de incapacidade ligeiramente superiores. Também Borges (2013), concluiu que não existe significância estatística entre as variáveis, no entanto pode também concluir que os doentes com antecedentes de AVC apresentam níveis de incapacidade funcional superiores.

Incapacidade funcional e prática de atividade física

Verificámos que a prática de exercício físico influencia a incapacidade funcional dos doentes ($p=0.001$), e que os doentes que praticam atividade física apresentam níveis de incapacidade funcional inferiores. É conhecido que a atividade física tem uma importância destacada na vida dos doentes e que as suas vantagens não se limitam apenas a uma diminuição direta da incapacidade funcional, mas encontra-se também associada à correção de muitos dos fatores de risco vascular (HTA, DM, dislipidémia, obesidade) (SPAVC, 2011). Figliolino et al., (2009), nos seus estudos, obtiveram resultados extremamente positivos nos doentes que praticam exercícios físicos, uma vez que, apresentaram melhor equilíbrio, marcha e independência nas ABVD. Consequentemente a inatividade física contribui para a instalação de patologias crónicas degenerativas e maximizam o declínio das funções físicas, tendo como consequência a instalação de processos incapacitantes (Virtuoso, 2008).

Incapacidade funcional e internamento em U-AVC

No nosso estudo, o internamento numa U-AVC não influenciou significativamente a incapacidade funcional ($p=0.750$), contudo os doentes que estiveram internados na U-AVC apresentaram níveis de incapacidade funcional inferiores.

As U-AVC visam iniciar precocemente o tratamento e a neuro-reabilitação, reduzindo a incapacidade funcional e as complicações pós AVC, bem como o tempo de internamento. (DGS, 2001). No entanto, ausência de um profissional altamente qualificado como o EEER na U-AVC da ULSG associado à instabilidade clínica destes doentes (que adiou o início da reabilitação), pode estar na base destes resultados. Por outro lado, o reduzido número de doentes que constituem a amostra associado ao facto de apenas 34.6% terem sido internados em U-AVC, poderá ter originado este tipo de resultado.

Incapacidade funcional e reabilitação durante o internamento

A ESO (2008), defende que a reabilitação deve ser iniciada o mais precocemente possível, e de forma intensiva, para que se obtenham benefícios funcionais. Tendo por base esta realidade esperávamos obter outros resultados, na nossa investigação, a reabilitação durante o internamento não influenciou significativamente a incapacidade funcional ($p=0.130$), mas os dados revelaram que o atraso no início da reabilitação influencia negativamente a capacidade funcional dos doentes.

Estes resultados não refletem a opinião de diversos autores consultados, todos são unânimes quanto à influência desta variável na diminuição da incapacidade funcional. Contudo não podemos omitir o facto de existirem muitos fatores possíveis de contribuírem para estes resultados, a inexistência de EEER na U-AVC e a sua reduzida disponibilidade no serviço de medicina, a severidade clínica subjacente, o tipo de AVC, a localização e dimensão da lesão, a reduzida percentagem de doentes que realizaram reabilitação durante o internamento (7.7%) e a reduzida dimensão da nossa amostra.

Incapacidade funcional e reabilitação após a alta hospitalar

A reabilitação visa potenciar uma recuperação e reintegração do doente, e conseqüente diminuição do grau de deficiência, de incapacidades e desvantagens, capacitando-o desta forma para melhorar as suas funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais (Martins, 2002). Apesar deste pressuposto não foi possível estabelecer uma relação entre a realização de programas de reabilitação após a alta hospitalar e a incapacidade funcional ($p=0.238$). Contudo, os doentes que frequentaram programas de reabilitação após a alta hospitalar apresentaram menores índices de incapacidade funcional. Também Gonçalves (2011), no seu estudo sobre “Dependência Funcional dos Idosos Pós AVC”, concluiu que não há relação estatisticamente significativa entre as variáveis.

Existem algumas justificações para estes resultados, nomeadamente a motivação dos doentes e da família, a idade do doente, a qualidade da reabilitação e o início tardio da reabilitação (OMS, 2003). Nesse sentido, importa referir que a maioria dos doentes apresenta uma faixa etária igual ou superior a 80 anos, não tiveram acesso a programas de reabilitação durante o internamento e iniciaram a reabilitação apenas um mês após o AVC.

No que respeita ao programa de reabilitação, salientamos que apenas quatro doentes tiveram sessões de reabilitação por parte de EEER durante o internamento (doentes internados no CHUC) e não tivemos conhecimento que algum doente após alta fosse reabilitado por EEER. Podendo ser esse mais um fator limitador do sucesso da reabilitação, uma vez que os EEER são elementos cruciais na avaliação, tratamento e reavaliação, perspetivando a maximização de resultados tendo em consideração aspetos comuns a todos os doentes e ao mesmo tempo atendendo à singularidade de cada um (OE, 2010).

Incapacidade funcional e duração do programa de reabilitação

Segundo a ESO (2008), tendo por base uma metanálise realizada por Legg e Langhorne (2004), “a reabilitação contínua após alta durante o primeiro ano após AVC reduz o risco de deterioração funcional e melhora as atividades da vida diária” (2008, p.73).

Tendo em conta os resultados obtidos, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a duração do programa de reabilitação e a incapacidade funcional ($p=0.028$), ou seja, à medida que aumenta a duração do programa de reabilitação, a incapacidade funcional diminui. Esta situação acontece quando o programa de reabilitação tem uma duração até 6 meses, sendo superior a incapacidade aumenta.

Estes resultados são corroborados por Menoita (2012), ao afirmar que se verifica uma recuperação ascendente entre os primeiros três a seis meses. Também Rabelo e Neri (2006) concluíram que a curva que representa a trajetória da recuperação das funções físicas e cognitivas afetadas pelo AVC atinge o máximo, aproximadamente seis meses após o início da reabilitação. Ainda segundo os mesmos autores, a velocidade da recuperação e o grau de adaptação variam de doente para doente e dependem da gravidade das lesões e do empenho destes no processo de reabilitação.

De acordo com a ESO (2008), este retrocesso na evolução pode estar associado ao aparecimento de depressões pós-AVC. Nesta linha de pensamento, a desmotivação dos doentes é um dos fatores mais importantes, pois, além da debilidade física, emerge também uma labilidade emocional (Costa & Duarte, 2002). Outros fatores capazes de influenciar negativamente a recuperação a longo prazo, são a falta de perseverança dos doentes, a incapacidade para a gestão de emoções/expectativas e para aprender novas habilidades (Carvalhido & Pontes 2009). Ainda segundo os mesmos autores, é nesta altura que os doentes pós-AVC vivenciam outro momento marcante na sua reabilitação funcional, o regresso à vida

laboral ativa, deparando-se com uma nova realidade e incapacidades até então desconhecidas, a este momento alguns doentes chamam de “segunda alta”. Por outro lado, com a estagnação da recuperação, os doentes podem tornar-se menos ativos, uma vez que reabilitação se resume a exercícios de manutenção, o que, muitas vezes, se torna monótono. (Costa & Duarte, 2002).

- **Incapacidade Funcional e Determinantes de Suporte Informal**

Incapacidade funcional e presença de CI

De acordo com Andrade (2009), a única forma de proporcionar a continuidade dos cuidados, será através de um CI, sobre o qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida do doente. Na nossa investigação, a presença de CI não influenciou significativamente a incapacidade funcional ($p=0.772$). Também Pinto (2011), nos seus estudos, concluiu que a presença de CI, não influenciou a incapacidade funcional dos doentes.

Conscientes de que os resultados não podem ser generalizados, verificamos ainda que os doentes quem têm CI apresentam níveis de incapacidade funcionais ligeiramente superiores. Este resultado poderá assentar na premissa de que o CI ao invés de potenciar as capacidades do doente para a realização das ABVD, acaba por substituí-lo na sua realização, superprotegendo-o. Estas atitudes podem ser devidas “a uma inadequada preparação para o papel de CI, ou mesmo uma insuficiente educação para a continuidade dos cuidados (alimentação, higiene, vestuário, medicação, extensão da doença)” (Levine et al., 2006, Rotondi et al., citados por Pinto 2011, p38).

Incapacidade funcional e género do CI

O género do CI não influenciou a incapacidade funcional dos doentes ($p=0.719$). Não obstante desse facto, podemos inferir que os doentes que têm CI masculinos apresentam menores níveis de incapacidade funcional. A justificação para estes resultados pode residir nas conclusões do estudo de Marques (2005), onde os CI masculinos evidenciaram menor sobrecarga emocional, menores implicações na sua vida pessoal, menor sobrecarga financeira, maiores mecanismos de eficácia e controlo.

Incapacidade funcional e grupos etários do CI

Pela análise dos dados relativos à relação entre os grupos etários dos CI e a incapacidade funcional dos doentes, verificámos que não se estabeleceu uma relação estatística ($p=0.028$). Estes resultados são idênticos aos obtidos por Santos (2008) e Ferreira (2011). Contudo através da análise das OM, podemos inferir que à medida que o grupo etário do CI se torna mais elevado aumenta também a incapacidade funcional dos doentes. Estes resultados podem ser justificados pela maior disponibilidade física, e mental dos CI jovens, uma vez que, a prestação de cuidados constitui, uma tarefa árdua, desgastante e de elevada sobrecarga (Cochrane, citado por Mendonça, 2000).

Incapacidade funcional e situação laboral do CI

Constatamos que não existe relação estatisticamente significativa entre a situação laboral do CI e a incapacidade funcional dos doentes ($p=0,547$). No entanto os resultados indicam que doentes que têm CI reformados apresentam níveis de incapacidade funcional superiores. Estes resultados são compreensíveis, se tivermos em conta as características dos CI, a maioria dos CI reformados é devido ao limite de idade, com as complicações inerentes do aumento da idade. Por outro lado, os CI que não se encontram reformados, delegam a tarefa de cuidar a outras instituições (rede formal), sendo estes cuidados prestados por profissionais qualificados.

• Sentido da associação entre os níveis de incapacidade funcional nas AIVD e as ABVD

Verificámos que existem diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$) e que à medida que aumenta a incapacidade na realização das AIVD aumenta também a incapacidade funcional dos doentes. Resultados idênticos foram obtidos por Silva (2013). Por sua vez Araújo et al. (2007) concluiu que o IB apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o ILB. Podemos então assumir que o declínio da capacidade funcional se apresenta de forma hierárquica, iniciando-se pela dificuldade nas AIVD.

Observamos níveis de incapacidade mais elevados nas AIVD do que nas ABVD, o que corrobora os estudos realizados por Calenti et al., (2010), Freitas et al (2012) e Barbosa et al., (2014). A justificação para estes resultados, pode residir na complexidade superior das AIVD,

exigindo maior integridade física e cognitiva do que as ABVD (Calenti et al., 2010; Santos, 2011). Por outro lado, a incapacidade das AIVD, encontrada nos doentes, poderá por vezes estar relacionada com a inexistência da prática regular de atividade e não associada a uma incapacidade real (Sequeira, 2010).

Assim, alguns autores (Aires et al., 2009; Maciel& Guerra, 2007) sugerem mesmo a utilização das AIVD como marcadores para detetar o início do declínio da capacidade funcional.

7 – CONCLUSÃO

Estudar a Incapacidade Funcional e quais os seus determinantes nos doentes com AVC, foi o ponto de partida para a concretização desta investigação. A procura de respostas para os objetivos revelou-se uma prioridade, globalmente concretizada, contribuindo para o desenvolvimento da investigação uma atualizada revisão da literatura.

Tendo em conta aqueles que foram os resultados obtidos e a sua discussão, podemos retirar algumas conclusões, reconhecer algumas das limitações do estudo, deixar algumas sugestões, bem como implicações para a prática clínica que se entendam pertinentes tendo em vista a promoção da evolução funcional do doente com AVC.

Sabemos que o AVC é a principal causa de incapacidade, gerador de inúmeras sequelas, não só a nível físico, mas também a nível psicológico e emocional, para além de afetar o meio social em que o doente está inserido (Carvalho, 2009). A sua recuperação é um processo moroso, altamente influenciável e que se prolonga mesmo após a resolução das mudanças estruturais causadas pelo AVC. Foi neste sentido que se tornou imperativo para nós, esclarecer os determinantes capazes de influenciar a incapacidade funcional dos doentes.

A presente investigação assente no paradigma quantitativo, em corte transversal, descritivo e correlacional, do tipo não experimental, mostrou que existem inúmeros determinantes que influenciam a incapacidade funcional dos doentes ao longo deste processo.

Traçando o perfil da amostra estudada no que diz respeito aos determinantes **sociodemográficos**, concluímos que dos 52 doentes que colaboram no estudo, a maioria são do género masculino, com uma faixa etária igual ou superior a 80 anos, casados ou em união de facto, com menos de quatro anos de escolaridade, a residir com o cônjuge, com um rendimento familiar mensal global superior a 1000€, não têm apoio de nenhuma Instituição de Solidariedade Social, são reformados por limite de idade

No que diz respeito à caracterização **clínica**, podemos referir que a maioria dos doentes sofreram AVCI, nunca tinham sofrido AVC, o fator de risco mais comum foi a HTA, não praticam nenhuma atividade física, não estiveram internados em nenhuma U-AVC, e não

fizeram reabilitação durante o internamento. Após a alta hospitalar realizaram reabilitação que teve início um mês após o AVC, com uma duração entre dois e três meses, tendo decorrido a mesma numa Unidade de Medicina Física e Reabilitação.

No que concerne à caracterização de **suporte informal**, podemos referir que, dos 21 CI que constituíram a amostra, a maioria são mulheres, com uma faixa etária igual ou inferior a 59 anos, casados ou em união de facto, são descendentes diretos dos doentes inquiridos, apresentam rendimentos mensais entre os 250 e 500€ e uma situação laboral ativa

Sendo o objetivo principal deste estudo identificar os fatores determinantes da incapacidade funcional dos doentes com diagnóstico de AVC, iremos apresentar apenas os determinantes com significado estatístico:

Os determinantes de contexto sociodemográfico que influenciam a incapacidade funcional dos doentes são o grupo etário, o estado civil, as habilitações literárias e o rendimento familiar.

Os doentes que apresentam maiores níveis de incapacidade funcional são os englobam o grupo etário com idade igual ou superior a 80 anos, viúvos, com baixas habilitações literárias e com rendimentos mensais inferiores. Concluímos ainda que à medida que o grupo etário se torna mais elevado aumenta a incapacidade funcional dos doentes. Por outro lado, foi possível concluir que à medida que aumenta a literacia e os rendimentos mensais dos doentes diminui a sua incapacidade funcional.

Os determinantes de contexto clínico, que se revelaram significativos foram o tipo de AVC prática de atividade física e duração do programa de reabilitação

Os doentes que apresentam níveis de incapacidade funcional superiores são os que sofreram AVCH e que não praticam nenhuma atividade física. Podemos ainda concluir que existe uma relação direta entre a duração do programa de reabilitação e a diminuição da incapacidade funcional, ou seja, à medida que aumenta a duração do programa diminui a incapacidade funcional, exceção para os doentes cujo programa de reabilitação teve uma duração igual ou superior a sete meses. Esse período marca o início de um declínio da capacidade funcional.

Os determinantes de suporte informal não influenciam a incapacidade funcional dos doentes. No entanto, concluímos que os níveis de incapacidade funcional são superiores quando existe um CI, com uma faixa etária igual ou superior a 80 anos, do género feminino e reformado

Propusemo-nos também a identificar os níveis de incapacidade funcional dos doentes com AVC nas ABVD e nas AIVD.

Após aplicação do IB, concluímos que, a maior percentagem dos doentes, eram independentes e cerca de um terço apresentava incapacidade grave. Fazendo a análise pelas atividades, os doentes apresentam maiores níveis de incapacidade funcional nas ABVD “banho” e “higiene pessoal”.

No que respeita às AIVD, pela aplicação do ILB, podemos concluir que a maioria dos doentes apresenta incapacidade funcional grave. No âmbito das atividades podemos concluir que os doentes apenas são independentes na realização das AIVD “uso do telefone”, “uso de transporte” e “uso do dinheiro”, apresentando incapacidades severas nas restantes atividades.

Concluímos desta forma, que a maioria dos doentes apresenta níveis de incapacidade funcional superiores na realização das AIVD, traduzindo-se, numa sequência na qual o doente experimenta em primeiro lugar incapacidades nas AIVD seguido das incapacidades nas ABVD.

Propusemo-nos ainda verificar o sentido da associação entre os níveis de incapacidade funcional nas AIVD e nas ABVD. Concluímos que esta relação se revelou estatisticamente significativa, o que significa que a incapacidade nas ABVD vai aumentando à medida que aumenta a incapacidade das AIVD.

A identificação destes determinantes tem interesse expressivo para a prática clínica, uma vez que possibilita a adoção de estratégias preventivas capazes de minimizar as consequências advindas do AVC, possibilitando a antecipação de necessidades e de reajustes no contexto comunitário, quer para o doente, como também para a família e em última instância para a comunidade que o envolve.

Um resultado que nos deixou bastante apreensivos, prende-se com a inexistência de relação significativamente estatística entre os determinantes, “reabilitação durante o internamento”, “reabilitação após a alta hospitalar” e a incapacidade funcional. No entanto, os valores médios mais elevados situam-se nos doentes que realizaram programas de reabilitação significando menores níveis de incapacidade funcional. A justificação para estes resultados pode residir no facto de nos anos 2014 e 2015 não existirem EEER na U-AVC e no serviço de Medicina, o EEER não exercia funções em horário completo (atualmente esta lacuna está ultrapassada, com a alocação de vários EEER nestes serviços). A inexistência de recursos

especializados poderá estar na base de incapacidades instaladas, dificultando assim o processo de reabilitação do doente.

Limitações e sugestões do Estudo

Como em todos os estudos científicos, existem alguns fatores que condicionam ou limitam o processo de investigação pelo que importa refletir sobre esses aspetos para uma melhoria nas próximas investigações

Apesar do esforço desenvolvido, na análise dos principais determinantes no impacto da incapacidade funcional, de se ter construído um ICD o mais completo possível, não foi de todo exequível abordar todos esses determinantes. Teria sido pertinente ter abordado outros aspetos, nomeadamente nos determinantes relacionadas com o suporte informal: a razão para cuidar do doente, a carga horária diária de cuidados, a existência de um cuidador secundário, a intensidade dos cuidados, a avaliação da funcionalidade familiar, a perceção do estado de saúde que o CI tem do doente, o estado de saúde do CI, a existência de incapacidade funcionais do CI (aplicando o IB e o ILB). Também nos determinantes clínicos, seria importante avaliar o hemisfério e território cerebral afetado pelo AVC e a realização ou não de trombólise.

No que respeita à amostra houve o esforço de reunir o maior número de elementos possível, mas tendo em conta os critérios de inclusão obtivemos uma amostra relativamente reduzida. A amostragem não probabilística não permite a mesma possibilidade de todos os elementos da população serem selecionados para constituir a amostra, o que implica limitações quando se fazem generalizações. No entanto, face ao enquadramento do tempo disponível e ao facto de todos os dados terem sido recolhidos através da aplicação do formulário, estamos cientes que uma amostra de 52 doentes só foi possível devido a um grande empenho e trabalho da nossa parte.

Contudo, e apesar de todas as dificuldades e limitações sentidas procurou-se ao máximo reduzir a possibilidade de enviesamento dos resultados obtidos. As limitações foram ultrapassadas e houve um processo de crescimento pessoal e profissional.

Por estarmos cientes das nossas limitações, sugerimos a realização de investigações nesta área, mais abrangente, com uma amostra maior, realizando um estudo longitudinal, de forma que a sua representatividade seja generalizada à população e para se investigar mais detalhadamente as relações entre os determinantes da incapacidade funcional pós-AVC.

Porém, como demonstrámos, estes resultados confirmam o que está registado em termos de literatura específica, os quais, foram sendo expostos ao longo deste trabalho.

Sugerimos também que se deve dar prioridade às atividades que visem a promoção da saúde e a prevenção da doença, recomendando um adequado controlo dos fatores de risco para o AVC e a promoção de estilos de vida que garantam uma melhor qualidade de vida. Assim, um maior e adequado investimento no controlo dos fatores de risco pode atenuar o impacto direto e indireto que a ocorrência de um AVC pode ter sobre o doente e a sociedade.

Outro fator que despoletou apreensão prende-se com a baixa percentagem de doentes que realizaram reabilitação durante o internamento. Nessa linha de pensamento achamos indispensável a realocação dos recursos humanos existentes, em áreas cruciais de ação e a criação de programas de reabilitação estruturados e uniformizados por parte dos EEER na ULSG. Estas medidas iriam permitir por um lado o início precoce da reabilitação, minimizando a instalação de incapacidades, por outro lado permitiriam ultrapassar a frágil coordenação e articulação existente atualmente na ULSG na área da reabilitação. Providenciando uma resposta atempada e adequada às necessidades dos doentes, facilitando o seu regresso ao domicílio e posteriormente à vida laboral ativa.

O regresso ao domicílio é uma fase de transição, geradora de stress e ansiedade, pelo que é importante acompanhar os doentes e a suas famílias. Acreditamos que a criação de uma rede formal (CSP, Cuidados saúde diferenciados, IPSS, Segurança Social, Autarquias, agentes de autoridade) seria uma mais valia em todo este processo. Devendo o EEER assumir o papel de elo de ligação entre os cuidados de saúde diferenciados, os CSP, e restantes organismos.

De facto, este papel de elo de ligação e de facilitador na fase de transição está inerente à nossa prática, uma vez que devemos assegurar o apoio e suporte emocional às famílias e aos CI, capacitando-os para a integração do doente no seio da família. Só desta forma é possível que os doentes permaneçam nos seus domicílios com uma maior funcionalidade, facilitando a sua integração social.

Para a possível implementação destes objetivos/metapas, sugerimos a criação e posterior implementação de um núcleo de EEER na ULSG. Onde enfermeiros dos CSP e dos cuidados diferenciados possam criar mecanismos de partilha de conhecimentos, implementação de programas estruturados de reabilitação, a uniformização de técnicas, e posteriormente a avaliação dos mesmos.

Importa lembrar que, se não houver continuidade dos cuidados de reabilitação, estes doentes irão perder capacidades adquiridas, agravamento do quadro clínico, desenvolvimento de outros fatores de risco e conseqüente aumento do risco de reinternamentos. É nessa ótica que se torna indispensável dotar os CSP, nomeadamente a UCSP de Seia de um EEER. Desta forma sugerimos que se aposte na criação de programas de reabilitação no CSP.

Implicações práticas

Os resultados obtidos vieram na sua maioria corroborar o conhecimento científico existente sobre esta temática. No entanto pensamos ter contribuído para a compreensão deste fenómeno complexo que é a incapacidade funcional do doente pós AVC.

A implementação de medidas baseadas na evidência, tende a reduzir custos económicos e humanos originados pela ocorrência de AVC. Nesta ótica e considerando que cada vez mais são encontradas causas predisponentes para um AVC, é importante que se adotem medidas preventivas, e programas de promoção de comportamentos saudáveis. Porque tal como referido anteriormente a melhor forma de tratar um AVC é prevenindo-o (Sá, 2009).

Na minha perspetiva enquanto enfermeiro a exercer funções no âmbito dos CSP e futuro EEER, devo assumir-me como elemento facilitador e dinamizador na aplicação de programas, que visem a adoção de estilos de vida saudáveis com vista à diminuição da taxa de AVC e como elemento especializado com o know-how necessário para reduzir a incapacidade funcional gerada pelo AVC nos doentes e suas famílias.

Para tal, deve ser organizada uma consulta de enfermagem para os doentes com risco de doenças cardiovasculares e para os doentes pós-AVC. Antes da instalação desta patologia, pretende-se, avaliar o risco cardiovascular global e desenvolver um conjunto de medidas que visem a sua redução (adoção de estilos de vida saudáveis, alimentação equilibrada, gestão terapêutica, encaminhamento para outros profissionais de saúde). Aos doentes com AVC deve ser feita a avaliação da sua capacidade funcional e assim propor medidas/intervenções visem a capacitação dos doentes e a diminuição da taxa de recidivas. Sendo que a família assume um papel indispensável ao longo de todo o processo, o de parceira dos cuidados, pois como defende Petronilho (2007), é o pilar principal no apoio aos doentes e um agente ativo na preservação da vida e da dignificação que todo o ser humano merece.

O EEER assume em contexto comunitário, um papel determinante, na medida em que é um elemento nuclear na recuperação ou manutenção da capacidade funcional, permitindo ao

doente o desenvolvimento de habilidades e capacidades funcionais, a recuperação e o desenvolvimento da autonomia, a reintegração familiar e social, sem nunca excluir o do seu contexto sociofamiliar (OE, 2010). A reabilitação pode ser, então, considerada como um processo de intervenção multifatorial, de acordo com um programa estruturado, na tentativa de melhorar e manter as necessidades de cada doente, tendo como objetivo, em alguns casos a recuperação, noutros a diminuição da incapacidade funcional.

As estratégias de intervenção devem priorizar o início da reabilitação o mais precocemente possível, promovendo o envolvimento do doente e da família. Neste sentido, importa referir também, que a reabilitação tem uma tendência crescente para ser realizada no domicílio.

Concluir um trabalho, irá gerar nos seus autores uma dualidade de sentimentos. Por um lado, surge certamente a encantadora sensação de se ver o seu esforço compensado, por termos atingido os objetivos inicialmente propostos, algo que durante muito tempo pareceu tão distante e difícil de concretizar, por outro, começa a surgir a inquietação provocada pela tomada de consciência de que ainda há muito para esclarecer sobre a temática em estudo.

Fica ainda, expressa a vontade de divulgar os resultados apurados nesta investigação na comunidade científica e, em particular, junto dos profissionais e responsáveis da ULSG. No sentido de fazer deste estudo um instrumento impulsor para a valorização do trabalho elaborado pelos EEER.

Referências bibliográficas

- Aires, M., Paz, A. A. e Perosa, C. T. (2009). Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto alegre, 30 (3).
- Almeida, A. C. S. D. (2016). Nível de sobrecarga e dificuldades do cuidador informal: cuidar a pessoa dependente. (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3051/1/ALMEIDA,%20AnaCatarinaSilva%20DM.pdf>.
- Alves LC, Leite IC, Machado CJ. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *CiencSaudeColet*.
- American Stroke Association. (2011). Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare professionals from the American Stroke Association. *Stroke*.
- American Stroke Association. (2016). Heart disease and stroke statistic - 2016 Update: a report from the American Heart Association. *Circulation*.
- Aminoff, M., Greenberg, D. & Simon, R. (2005). *ClinicalNeurology* (6ª edição). Boston: McGraw-Hill/Appleton & Lange.
- Andrade, F. M. M. (2009). O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho). Acedido em <http://hdl.handle.net/1822/10460>.
- André, C. - Manual de AVC. Rio de Janeiro. Revinter, 2006.
- Antunes, P. (2012). Impacto do AVC no estado de saúde do individuo (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de saúde de Viseu). Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1969>.

- Araújo, Isabel. Paúl Constança. Martins Manuela (2010) Cuidar no paradigma da des institucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. Acedido em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400005.
- Araújo, Isabel Maria; Paúl, Constança; Martins, Maria Manuela (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio. Revista Referência. II.^a Série – nº 7 – Outubro de 2008.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Qualidade de Vida. vol. 25, nº 2.
- Araújo, O. (2009). Idosos dependentes impacte positivo do cuidar perspectiva da família. Enfermagem em revista Sinais Vitais, nº 86.
- Asplund, J. Karvanen, S. Giampaoli, P. Jousilahti, M. Niemelä, G. Broda, G. Cesana, J. Dallongeville, P. Ducimetriere, A. Evans, J. Ferrières, B. Haas, T. Jorgensen, A. Tamosiunas, D. Vanuzzo, P. G. Wiklund, J. Yarnell, K. Kuulasmaa, and S. Kulathinal. (2009). “Relative risks for stroke by age, sex, and population based on follow-up of 18 european populations in the MORGAM project,” Stroke, vol. 40.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (2010). Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. Acedido em: http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/PNS2011_2016.pdf.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. Revista Da Faculdade de Medicina de Lisboa, 8 (4), 199 – 204.
- Aziz, N. (et al.). (2007). Therapy based rehabilitation services for patients living at home more than one year after stroke. A Cochrane review. Cochrane database of systematic reviews.
- Bangalore, S., Schwamm, L., Smith, E. E., Singh, I. M., Liang, L., Fonarow, G. C., & Bhatt, D. L. (2014). Secondary Prevention after Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. Am J Med. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.03.011
- Baptista, B., Beuter, M., Girardon-Perlini, N., Brondani, C., Budó, M., & Santos, N. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Revista Gaúcha de Enfermagem, 33 (1).

- Barbosa, B. R., de Almeida, J. M., Barbosa, M. R., & Rossi-Barbosa, L. A. R. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8).
- Barbosa, M. (2012). Custos e efetividade da reabilitação após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática (Dissertação de Mestrado da Faculdade Economia Universidade Coimbra). Acedido em <http://hdl.handle.net/10316/21495>.
- Bobath, B (2001). Hemiplegia em adultos: Avaliação e tratamento. São Paulo: Editora Manole.
- Borges, S. (2013). Fatores determinantes na Independência Funcional em doentes Pós Avc estudo comparativo (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1968>
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In: Paúl, C. e Fonseca, A. M. (Eds.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Brainin, M., Teuschl, Y. & Kalra, L. (2007). Acute treatment and long-term management of stroke in developing countries. *The Lancet Neurology*.
- Braunwald, E., Fauci, A., Kasper, D., S., Hauser, S., L., Longo, D., L., Jameson, J., L., (2002). *Acidente Vascular Encefálico*. Harrison - Manual de Medicina Interna (pp. 142-147). Rio de Janeiro :McGraw-hill 15ª edição.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra. Formasau.
- Brereton, L., & Nolan, M. (2000). "You do know he's had a stroke, don't you?" Preparation for family care-giving: the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4).
- Brown, A. & King, D. (2011). Urgências Neurológicas. In: Sheely. *Enfermagem de Urgência da teoria á prática*. Loures: Lusociência.
- Burnay, R. M. P. P. (2011). A passagem à reforma: Um estudo exploratório sobre mulheres profissionalizadas na sociedade portuguesa (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Acedido em <https://run.unl.pt/handle/10362/5638>.

- Cao, V., Chung, C., Ferreira, A. Nelken, J., Brooks, D., & Cott, C. (2010). Changes in Activities of wives Caring for their Husbands Following Stroke. *Physiother Canada*.
- Calenti, Millán JC, Tubío J, Pita-Fernández S, GonzálezAbraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, Maseda A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *ArchGerontolGeriatr*.
- Calil, S. R.; Santos, T. A; Braga, D. M.; Labronici. D. D. (2007). Reabilitação por meio da dança: uma proposta fisioterapêutica em pacientes com sequelas de AVC. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 15, n. 3.
- Cancela, D. M. G. (2008). O Acidente Vascular Cerebral - Classificação, Principais Consequências E Reabilitação. Trabalho (Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto). Acedido em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>.
- Cardoso, Maria José da Silva Peixoto de Oliveira (2011). Promover o bem-estar do familiar cuidador programa de intervenção estruturado. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto. Acedido em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9756/1/Promover%20bemestar%20FC_Program%20de%20interven%C3%A7%C3%A3o%20estruturado.pt.
- Carvalhais, M., & Souza, L. (2013). Qualidade dos cuidados domiciliares. *Saúde E Soc.*, 22, 160–172. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/15.pdf>.
- Carvalhido, T., & Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saúde Do Porto*, 6, 140–150. Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1278/2/140-150_FCS_06_-23.pdf.
- Carvalho, M. I. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, São Paulo. Acedido em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2781/1816>.

- Carvalho, Mateus, Rodrigues, Monteiro, Lobo (2013). Acessibilidade e equidade nos cuidados de Saúde: relação com a qualidade de vida e satisfação. Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado. 1ª Edição.
- Castro, S. C. P. (2008). Como aprende o cuidador principal do doente oncológico em fase terminal a cuidar no domicílio. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto). Acedido em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19379/2/TeseSusana.pdf>.
- Cerveira, J. (2011) Independência funcional nos doentes com AVC: determinantes sociodemográficas e clínicas (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1616>.
- Chaves, Márcia Loureiro F. (2008). Rotinas em Neurologia e Neurocirurgia. Porto Alegre: artemed.
- Coelho, R. (2011). Determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1669>.
- Coutinho, C. P. (2011). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática. (Almedina, Ed.). Lisboa.
- Correia, Ricardo Miguel Lourenço. (2015). Incapacidade funcional em doentes com acidente vascular cerebral seis meses após a sua ocorrência. (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3029>.
- Costa, A. M. da; Duarte, E. (2002). Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquémico (AVCI). Revista Brasileira Ciência e Movimento, Brasília, v. 10, n. 1.
- Costa, R. (2010) Fatores preditores do estado da saúde em indivíduos vítimas de AVC (Dissertação de Mestrado da Universidade de Aveiro). Acedido em: <http://hdl.handle.net/10773/3896>.
- Crews, D. E. (2007). Senescence, aging and disease. Journal of Physiological Anthropology.

26.

- Cunha, Cristina; Monteiro, Elsa; Ribeiro, Graça; Amaral, Maria; Martins, Teresa (2007). A Importância da Enfermagem de Reabilitação no Cuidar de Idosos. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu. 168 p. Trabalho de Investigação realizado no I curso de pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, apresentado à Escola Superior de Saúde de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu.
- Dalvandi, A., Heikkila, K., Maddah, S., Khankeh, H., & Ekman, S. (2010). LifeexperiencesafterstrokeamongIranianstrokesurvivors. *International NursingReview*, 57(2).
- Duarte, J. C. (2011). Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência (Programa de Doutoramento em Saúde Mental, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Acedido em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>.
- Duncan, P., Zorowitz, R., Bates, B. Choi, J., Glasberg, J., Graham, G., Katz, R., Lamberty, K. &Reker, D. (2005). Management of adultstrokerehabilitationcare: a clinicalpracticeguideline. *Stroke*. In American Heart Association. Acedido em: <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100.full>.
- Del Duca, G.F. Silva, M. C. D. &Halla, P. C. (2009). Incapacidade funcional para atividades básica e instrumentais da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 43(5).
- Egea, M., Pérez, E., & Castillo, P. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *GEROKOMOS*, 19(1).
- Elsen, Ingrid; Althoff, Coleta R.; Manfrini, Gisela C.(2001). Saúde da Família: desafios Teóricos. Brasil: Família Saúde e Desenvolvimento. Acedido em <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:fi7sMLafgEJ:ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/download/5048/3817+&hl=pt>>.
- European Stroke Initiative. (2003). AVC isquémico. Profilaxia e tratamento (in: Recomendações. Tradução portuguesa - Ed. Grupo de Estudos das Doenças Vasculares Cerebrais da Sociedade Portuguesa de Neurologia)
- European Stroke Organization. (2008). Executive Committee and the ESO Writing Committee (2008). Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. *CerebrovascDis. Basel*. Vol. 25 (5): 457–507.

- European Stroke Organisation (2009). Recomendações para o tratamento do AVC isquémico. Heidelberg. Acedido em WWW: <URL:http://www.esostrok.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf>.
- Farias N, Buchalla CM. (2005). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*.
- Feigin V. L., Lawes C. M. M., Bennett D. A., Zorowitz R. D. e Anderson C. S. (2009). Epidemiology of Stroke. In *Stroke recovery and rehabilitation*. Stein J. et al.(editores). New York. Demos Medical Publishing. ISBN-13: 978-1-933864-12-9.
- Ferreira, Alexandra; Marques, Jorge. (2011). Fase aguda do AVC isquémico- a importância da Neuroprotecção e da Reabilitação Precoce. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE. Acedido em: www.chbargarvio.minsaude.pt/.../18737/Qualidade_de_vida_apos_avc.pdf
- Ferro, J. Verdelho (2000) “Acidentes vasculares no território vertebro-basilar” In: Antunes, J. e Ferro, J. *Acidentes Vasculares Cerebrais: diagnóstico e tratamento*. Laboratórios UCB. 45-56
- Ferro, José Maria (2006). Prevenção secundária do AVC. *Pathos*. Lisboa. Nº 7, (Julho/Agosto, 2006).
- Ferro, J. Fonseca, A. & Henriques, I. (2008). Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico. Lisboa. in *The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee*.
- Fialho, A. V. M., Freitas, C. H. A., Jorge, M. S. B. & Vieira, C. P. B. (2011). Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3).
- Fiedler MM, Peres KG. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores 1ª edição.

- Figueiredo, Maria H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência.
- Figliolino, J. A. M.; et al. (2009). Exercício Físico em Idosos e sua Relação com Equilíbrio, Marcha e Atividade de Vida. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*
- Fonseca FB, Rizzotto MLF. (2008). Construção de instrumento para avaliação sócio funcional em idosos. *Texto Contexto Enferm.*
- Fortin, M. F. (2003). O processo de investigação: Da concepção à realização. (Lusociência, Ed.) (3ª). Loures.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis Júnior WM, Rocha SV, Brito T. (2012). A Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm.*
- Furtado, C., & Pereira, J. (2010). Equidade e acesso aos cuidados de saúde - Intervenções. Ensp-Unl. Lisboa. Acedido em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/EA1.pdf>.
- Gauthier, B. (2003). *Investigação social: Da problemática à recolha de dados*. Loures: Lusociência.
- Garber, C. E., Blissmer, B., Deschenes, M. R., Franklin, B. A., Lamonte, M. J., & Lee, I.-M. (2010). Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory, Musculoskeletal, and Neuromotor Fitness in Apparently Healthy Adults: Guidance for Prescribing Exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*.
- Gibbon, B., Gibson, J., Lightbody, C. E., Radford, K., & Watkins, C. (2012). Promoting rehabilitation for stroke survivors. *Nurse Times*, 108(47).
- Girão, S. M. M. (2015). Determinantes da incapacidade funcional em doentes com AVC. (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/141>.

- Goldstein, L.B., et al., (2011). Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*.
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de Reabilitação um contributo para a satisfação do cliente*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Abel Salazar – Universidade do Porto. Acedido em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7275/2/Tese%20DoutoramentoBarbara.pdf>.
- Gonçalves, C. (2011). *Dependência funcional dos idosos pós acidente vascular cerebral* (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1629>.
- Greve, J. (2007). *Tratado de medicina de reabilitação*. São Paulo: Roca.
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2013) *Causas de morte 2013 - Portugal, Lisboa*. Acedido em file:///C:/Users/user/Downloads/26Causas%20Morte_2013.pdf
- Haase, V. G., & Lacerda, S. S. (2004). Neuroplasticidade, variação interindividual e recuperação funcional em neuropsicologia. *Temas em Psicologia*, 12(1).
- Hesbeen, Walter (2010) – *A Reabilitação*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8383-43-5.
- Hill, M., & Hill. (2005). *A. Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Humphred, P., Gibson J. e Jones S. (2010). Reducing the risk of stroke. In *Acute stroke nursing*. Jane Williams, Lin Perry & Caroline Watkins (editors). Oxford. WileyBlackwell – A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.
- J. C. Khoury, D. Kleindorfer, K. Alwell, C. J. Moomaw, D. Woo, O. Adeoye, M. L. Flaherty, P. Khatri, S. Ferioli, J. P. Broderick, and B. M. Kissela. (2013). Diabetes mellitus: A risk factor for ischemic stroke in a large biracial population, *Stroke*, vol. 44.
- J. F. Meschia, L. B. Goldstein, C. D. Bushnell, R. J. Adams, L. J. Appel, L. T. Braun, S. Chaturvedi, M. a. Creager, A. Culebras, R. H. Eckel, R. G. Hart, J. a. Hinchey, V. J. Howard, E. C. Jauch, S. R. Levine, W. S. Moore, J. V. Nixon, and T. a. Pearson. (2011). Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association, vol. 42.

- Johnstone, M. (1986). Tratamento domiciliar do paciente hemiplégico: vivendo dentro de um esquema. 1ª Edição. São Paulo, Editora Atheneu.
- Kelley, R. E. (2006). Ischemic demyelination. Neurological research.
- Kelly-Hayes, M. (2000). Avaliação Funcional. In Hoeman, S. P. Enfermagem de Reabilitação Aplicação e Processo, (2ª ed). Loures: Lusociência.
- Lakatos, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade (2006). Metodologia científica. 4ª Edição, São Paulo: Editora Atlas.
- Lage, Maria Isabel Gomes de Sousa. (2007). Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto).
- Lawton, M. P. e Brody, M. H. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist, 9.
- Leite, Valéria (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico - motora. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. Vol. 39, nº 1.
- Lima, C. (2003). A mulher acometida de acidente vascular cerebral – cuidados de enfermagem no processo de reabilitação. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará.
- Lindgren. (2014). Stroke Genetics: A Review and Update. vol. 16, no. 3.
- Lindgren, I, Jonsson AC, Norrving B, Lindgren A. (2007). Shoulder pain after stroke: a prospective population-based study. Stroke.
- Longo D, Kasper D, Jameson J, Fauci A, Hauser F, Loscalzo J. (2011 Medicina Interna de Harrison. 18 edição.
- Lordão Andrade Barros, S., Santos Passos, N. R., & Silveira Netto Nunes, M. A. (2013). Breve estudo do estado da arte sobre acidente vascular cerebral. Gestão, Inovação e Tecnologias, 3(1), 129-143.
- Maciel, A. & Guerra RO. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes do Brasil. Rev. bras. Epidemiol.
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional Evolution. Ed. Med. J. p. 61-65.

- Mancussi, A. C. (2006). Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1),
- Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Pereira DS, Martins MAA, Tirado MGA. (2007). Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Rev. Bras. Fisioter.*
- Marques, F. (2012). Independência funcional do doente pós AVC (dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1619>
- Marques, S. (2005). Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral. *Interações: Sociedade e as novas modernidades.*
- Marques, S., Rodrigues, R. & Kusumota, L. (2006). Os idosos após acidente vascular cerebral: Alterações no relacionamento familiar. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(3), 364-371.
- Marques, Sónia Catarina Lopes (2007). Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral. Coimbra: Formasau.
- Martins, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva (2002). Uma Crise Acidental na Família – O Doente com AVC. Processos familiares/aceitação/dependência. Coimbra: Formasau.
- Martins, R. (2004). Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu. Universidade de Extremadura.
- Martins, R. (2006). A importância do AVC para a população portuguesa. *Saúde Pública*, Acedido em www.spavc.org/Imgs/content/article_42/spmai.pdf.
- Martins, T. (2006) Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra. Formasau.
- Mata, A., & Rodriguez, T., (2012) Autoeficácia do cuidador informal de idosos In Pereira, F., (coord.) Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos. Viseu, 1ª ed. Psicosoma
- Maroco, J. (2011). Análise estatística com o SPSS statistics. Pero Pinheiro: Report Number.

- McGinnes, A., Easton, S., Williams, J., Neville, J. (2010). The role of the community stroke rehabilitation nurse. *British Journal Of Nursing (BJN)*, 19(16), 1033-1038.
- Medeiros, M. S. M., Lima E., Martins R. A., Júnior L. A. G. e Medeiros R. F. (2002). Treinamento de força em sujeitos portadores de acidente vascular cerebral. *Revista Digital Vida & Saúde, Juiz de Fora, V. 1, N. 3, dez./jan.*
- Mendes, L. M. D.; & Ribeiro, S. I. D. (2007). A reabilitação no processo de cuidados de Enfermagem. *Nursing*.
- Mendonça, et al. (2000) - Avaliação das Necessidades dos Prestadores Informais de Cuidados de Saúde. In Marques, S. (2005). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC; Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Editora Lusociência
- Morais, H., Soares, A., Oliveira, A., Carvalho, C., Silva, M., & Araujo, T. (2012). Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Moura, Andreia Cristina Marques. Soares, Cátia Verónica Vieira; Niza, Cristina quadros; Rodrigues, Eduarda Carina Pereira; Valente, Nedy Fernandes; Silva, Tiago Manuel Horta Reis. (2009). *Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Pessoas dependentes Pós AVC*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Mumma, Christina M.; Nelson, Audrey (2000). Modelos Teóricos para a Prestação de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In HOEMAN, Shirley P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação 2ª Edição*. Lusociência. Lisboa
- National Institutes of Neurological Disorders and Stroke (2013). *Brain Basics: Preventing Stroke*. Acedido em: www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/preventing_stroke.
- National Stroke Association. (2012). *Rehabilitation Therapy after Stroke*. Acedido em: <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=rehab>.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde: Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel.

- Nunes, M. C. R. et al (2009). Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(5).
- O'Donnell M, Xavier D, Liu L et al. (2010). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*
- O'Sullivan, S.B; Schimtz, T.J. F. (2010). *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 5 ed. Barueri: Manole.
- Oliveira, C. (2003) O contexto familiar e social do doente com Acidente Vascular Cerebral. *Enfermagem 31/32*, 2ª série Lisboa: Associação Portuguesa Enfermeiros.
- Oliveira, V. (2006). A importância das unidades de AVC: A realidade do AVC em Portugal. *Revista Fatores de Risco*.
- Oliveira, V. (2012). Acidente Vascular Cerebral em Portugal–O Caminho para a Mudança. *Acta Medica Portuguesa*.
- Ordem dos Enfermeiros, (2010). Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação – Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 20 de novembro de 2010. Acedido em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Parecer N. °12/2011 Parecer sobre Atividades de Vida Diária. Obtido em 20 de 12 de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf.
- Organização Mundial de Saúde. (1980). International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. In: Saúde OMD. Genebra.
- Organização Mundial De Saúde. (1989). – Classificação Internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens. Secretariado Nacional de Reabilitação. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Lisboa.

- Organização Mundial de Saúde. (1986). Carta de OTTAWA, 1 a Conferência Int. Sobre Promoção Da Saúde, vol. 1, no. 1, p. 1.
- Organização Mundial de Saúde (2001). International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial De Saúde (2004). – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Direção Geral de Saúde. Lisboa
- Organização Mundial da Saúde Manual. (2009). STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial Saúde. (2015). Health Topics: Stroke, Cerebrovascular. Acedido em http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/.
- Paixão, C. M. Rechenheim, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- Parente F., Fernandes A., Pinheiro B., Isidoro A., Barbosa V., Torres S. e Ferreira A. P. (2000). Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico – Impacto Clínico e Social - Uma experiência num Hospital Distrital, Trabalho apresentado no 6º Congresso Nacional de Medicina Interna. Porto. Acedido em: http://www.spmi.pt/revista/vol09/v09_n3_avc_hemorragico.pdf.
- Paschoal, S. M. P. (2007). Autonomia e independência. In: Netto, M. P. (Ed.). Tratado de gerontologia. 2.ª Edição. São Paulo, Atheneu.
- Pereira, A.; Poupá, C. – Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word. Lisboa: Sílabo, 2004.
- Pereira, I., & Silva, A. (2012). Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. Pensar Enfermagem.
- Pereira, F. (2011). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Dissertação de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Petronilho, F (2007). Preparação do regresso a casa. Coimbra: Editora Formasau.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (Sílabo, Ed.) Lisboa.
- Phipps, W. J., Sandy, J.K., Marek, J.F. (2003) *Enfermagem Médico-Cirúrgica, conceitos e prática clínica*. 6ª edição. Loures, Lusociência.
- Pinto, E. M. E. M. (2011) *Independência funcional e regresso ao domicílio: variável chave para enfermagem de reabilitação*. Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Pires, G. (2014). *O perfil do utente com Acidente Vascular Cerebral* (Dissertação de Mestrado da Escola Superior de Tecnologias do Porto). Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.22/4545>.
- Portugal. (1979). Decreto-Lei 56/79 Lei do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa, Diário da República, I Série (15) Setembro, p. 2357 15 Acedido em: <https://dre.pt/application/dir/pdfgratis/1979/09/21400.PDF>.
- Portugal. (1990). Decreto- Lei 48/90 Lei de Bases da Saúde, de 24 de Agosto 1990. Diário da República, I Série (195) Acedido em: http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1668&tabela=leis.
- Portugal. (2016a). Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio de 2016. Diário da República. 2.ª série, N.º 94. Acedido em: <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/74443131/details/2/maximized?serie=II&day=2016-05-16&date=2016-05-01&dreId=74443109>.
- Portugal, Alto Comissariado da Saúde. (2007). *Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2001). *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção de Serviços de Planeamento, 2001/08/23. Acedido em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pdf>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral de Saúde. (2004). *Viver após um Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Colecção: Autocuidados na Saúde e na Doença – Guias para as pessoas idosas. Volume 2. Acedido em www.dgs.pt.

- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde Portugal (2006). Programa Nacional para as Doenças Cardiovasculares Orientações Programáticas. Acedido em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-15dgcg-de-05092003-pdf.aspx>.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde (2010). Acidente Vascular Cerebral: Itinerários Clínicos. Lisboa: Lidel.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde Portugal. (2013). Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Acedido em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2013.aspx>
- Regulamento nº 125/2011 (2011, fevereiro 18). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. [Portugal]. Diário da República 35(2), pp 8658-8659. Acedido em http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0865808659.pdf.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde Portugal. (2016b). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares Orientações Programáticas. Acedido em www.dgs.pt.
- Portugal, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). Carta social - Rede de serviços e equipamentos sociais. Lisboa. Acedido em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2009.pdf>.
- Rabelo, Dóris Firmino; Neri Anita Liberalesso. (2006) Bem-estar subjectivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. Estudos de Psicologia, nº 11 (2).
- Ribeiro, O. P.; Carvalho, F. M.; Ferreira, L. M. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. Revista Millenium, Instituto Politécnico de Viseu, Novembro de 2008.
- Ricardo, R. (2012). Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação (Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde de Bragança). Acedido em <http://hdl.handle.net/10198/7680>.

- Rocha, S. (2008). Doença Cerebrovascular Isquémica Aguda - Avaliação de Protocolo de Trombólise. Acedido em: http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/756/mestrado_sararochapd.pdf.
- Rodrigues, J. M. G. (2014). Estudo dos fatores de risco de AVC no doente jovem no distrito de Castelo Branco (Universidade da Beira Interior).
- Rua, M. (2012). Qualidade de vida do cliente após Acidente Vascular Cerebral (Dissertação de Mestrado do Instituto politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1659>.
- Ryerson, S. (2010). Hemiplegia. In UMPHRED, D. Reabilitação Neurológica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Sá, M. J. (2009). AVC - A Primeira Causa de Morte em Portugal. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde.
- Samuels, M. L., & Witmer, J. A. (2003). Statistics for the Life Sciences. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Samuels, Owen B.; Stern, Barney J (2001) O Acidente Vascular Cerebral Isquémico e os Acidentes Isquémicos Transitórios. In HEFTA, Joseph [et al.] – CardiologiaemCuidadosPrimários. Algés: Euromédice.
- Santos, C. A. M. dos S. (2011). Rede nacional para os cuidados continuados integrados - O Idoso, a alta e a capacidade funcional. Universidade Católica Portuguesa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/12011>.
- Sapeta, Ana Paula (2000). A família face ao doente terminal hospitalizado – o caso particular do HAL. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra.
- Sarnowski B, Putaala J, Grittner U, Gaertner B, Schminke U, Curtze S, Huber R, Tanislav C, Lichy C, Demarin V, Basic-Kes V, Ringelstein E, Neumann-Haefelin T, Enzinger C, Fazekas F, Rothwell P, Dichgans M, Jungehulsing G, Heuschmann P, Kaps M, Norrving B, Rolfs A, Kessler C, Tatlisumak T. (2013). Lifestyle risk factors for ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults in the Stroke in Young Fabry Patients study.

- Scottish Government Health Directorate. (2005). Self care, carers, volunteering and the voluntary sector: towards a more a collaborative approach. Acedido em: <http://www.sehd.scot.nhs.uk/NationalFramework/Documents/electivecare/Selfcare230505.pdf>.
- Sequeira, C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família (Tese de Doutoramento do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto).
- Sequeira, C. 2010. Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. 1ª. Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Shaughnessy M. e Michael K. (2009). Stroke in Older Adults. In Stroke recovery and rehabilitation. Stein J. et al.(editores). New York. Demos Medical Publishing.
- Silva, E. J. A. (2010). Reabilitação após o AVC. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, área: Medicina comunitária. Acedido em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao%20aps%20o%20AVC.pdf>.
- Silva, F. M. M. (2013). Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. (Dissertação de Mestrado da Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde). Acedido em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4900/1/DM_16084.pdf.
- Silva, S. (2012). Programa “Via Verde do AVC”: analysis of the impacto on stroke mortality (Dissertação de Mestrado da Universidade Católica Portuguesa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/11838>.
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2008). Acedido em <http://www.spavc.org/pt/>.
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2011). Acedido em <http://spavc2013.lvengine.net/Imgs/pages/FRV%20AVC%20Jan%202011.pdf>.
- Sociedade Portuguesa Do Acidente Vascular Cerebral. (2012). Fatores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais. Acedido em: http://spavc2013.lvengine.net/Imgs/pages/1404Factores_Risco_AVC%202006.pdf.

- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2016). Acedido em <http://www.spavc.org/engine.php?cat=1>.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2012). Factos e números 2011– Relatório anual do observatório nacional da diabetes. Lisboa
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2010). Reabilitação cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrada. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Sousa, L.; Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). Envelhecer em Família (2ª ed.). Porto: AMBAR.
- Sousa, M., B., M.; (2011). Avaliação da Qualidade de vida em doentes com AVC. Universidade Fernando Pessoa FCS/ ESS. Porto
- Sousa Uva, M., Antunes, L., Rodrigues, A., Pinto, D., Nunes, B., & Dias, C. M. (2014). Acidente Vascular Cerebral: evolução e tendência da taxa de incidência na população sob observação da rede Médicos-Sentinela de 1990 a 2012. In iv Congresso Nacional de Saúde Pública, 2-3 outubro 2014. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Squire, Anne. (2005). Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática. Loures: Lusociência.
- Tannouri, A. J. R. (2006). Campanha de prevenção do AVC: doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis. Acedido em <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CC0435.pdf>.
- Teles, M. & Gusmão, C. (2012). Avaliação funcional de paciente com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl- Meyer- Revista Neurociências.
- Virtuoso, Júnior JS, Guerra RO. (2008). Fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda. Rev Assoc Med Bras.
- Williams J. e Pryor, J. (2010). Rehabilitation and recovery processes. in Acute stroke nursing. Jane Williams, Lin Perry & Caroline Watkins (editores). Oxford. WileyBlackwell - A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.

Zalihic A, Markotic V, Mabic M, Cerni-Obrdalj E, Zalihic D, Pivic G, OstojicLj. (2010). Differences in quality of life after stroke and myocardial infarction. *PsychiatrDanub* 22(2): 241-8.

Zurro, M. Pérez, & J. G. Badia. (2014). *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia*. Elsevier Health Sciences Spain.

Anexos

Anexo I – Instrumento Colheita de dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem de Reabilitação

INVESTIGADOR ORIENTADOR: Professor Doutor Carlos Albuquerque

INVESTIGADOR CO-ORIENTADOR: Professora Doutora Ana Andrade

INVESTIGADOR COLABORADOR: José Reduto

CURSO: V Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Incapacidade Funcional em Doentes com Diagnóstico de Acidente
Vascular Cerebral**

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Viseu, Março 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

**Incapacidade Funcional em Doentes com Diagnóstico de Acidente
Vascular Cerebral**

Nota de Esclarecimento

Antes de começar a responder às questões que integram este instrumento de pesquisa, pretendemos informá-lo que:

- O estudo tem como objetivo principal identificar os fatores determinantes da incapacidade funcional dos doentes com diagnóstico de AVC em 2014 e 2015 residentes no concelho de Seia;
- Vimos por este meio solicitar a sua colaboração e autorização para participar neste estudo;
- As suas respostas serão apenas utilizadas pela equipa que realiza o estudo, de acordo com o objetivo da presente investigação;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- Será garantida a confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o seu nome no questionário

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração

Obrigado pela sua
colaboração

P'la Equipa de
Investigação

Prof. Doutor Carlos
Albuquerque

Prof. Doutora Ana
Andrade

Enf.º José Reduto

Seção A – Caracterização sociodemográfica

Assinale-se com uma cruz as hipóteses que correspondem à situação

1. Grupos etários:

≤ 59 Anos	<input type="checkbox"/>	60-64 Anos	<input type="checkbox"/>
65-69 Anos	<input type="checkbox"/>	70-74 Anos	<input type="checkbox"/>
75-79 Anos	<input type="checkbox"/>	80-84 Anos	<input type="checkbox"/>
85-90 Anos	<input type="checkbox"/>	≥90 Anos	<input type="checkbox"/>

2. Género:

Feminino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------	--------------------------

3. Estado civil:

Solteiro	<input type="checkbox"/>	Viúvo	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>	Divorciado/separado	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>		
Outro	<input type="checkbox"/>	Qual? _____	

4. Coabitação:

Só	<input type="checkbox"/>	Conjuge	<input type="checkbox"/>
Filhos	<input type="checkbox"/>	Lar	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	Qual? _____	

5. Habilitações literárias:

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>	Inferior a 4 anos de escolaridade	<input type="checkbox"/>
1º Ciclo	<input type="checkbox"/>	2º Ciclo	<input type="checkbox"/>
3º Ciclo	<input type="checkbox"/>	Secundário	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>

6. Rendimento familiar:

Inferior 250 euros	<input type="checkbox"/>	250 – 500 euros	<input type="checkbox"/>
501 - 1000 euros	<input type="checkbox"/>	≥1001 Euros	<input type="checkbox"/>

7. Situação Laboral:

Reformado	<input type="checkbox"/>	Ativa	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	-------	--------------------------

8. Motivo da Reforma: _____

9. Tem cuidador Informal:

Sim Não

10. Apoio de uma instituição de solidariedade social:

Sim Não

11. Que tipo de apoio recebe:

Alimentação Higiene pessoal
 Higiene da habitação Realização de tratamentos/pensos
 Outro Qual? _____

12. Âmbito do Apoio:

Segurança Social Centro de dia
 Serviço de Apoio domiciliário Serviço domiciliário do Centro de Saúde
 Outro Qual? _____

Seção B – Caracterização Clínica

Assinale-se com uma cruz as hipóteses que correspondem à situação

13. Tipo de AVC:

Isquémico Hemorrágico
 Outro

14. Em que ano ocorreu o AVC:

2014 2015

15. Episódio de AVC anterior:

Sim Não

16. Episódio de AIT anterior:

Sim Não

17. Hábitos de risco:

Alcoolismo Tabagismo
 HTA Diabetes
 Dislipidemia Outros _____

18. Ano de inicio hábitos tabágicos _____**19. Número de cigarros por dia:**

≤ 5 6-10
 11-16 17-22
 ≥ 23

20. Prática alguma atividade física:

Sim Não

21. Qual: _____**22. Internamento uma Unidade de AVC:**

Sim Não

23. Se sim, onde: _____**24. Reabilitação fase aguda**

Sim Não

25. Frequência de programa de reabilitação após alta hospitalar:

Sim Não

26. Local:

Unidade Convalescença Unidade Média Duração
 Unidade Longa Duração Unidade de Medicina Física
 Outro Qual? _____

27. Quanto tempo após o AVC:

Menos 7 dias 1 Mês

2 Meses

3 Meses

28. Tempo de duração do programa de reabilitação:

Inferior 1 Mês

Entre 2 a 3 Meses

Entre 4 e 6 Meses

Entre 7 e 12 Meses

Mais de 13 Meses

Seção C – Caracterização do Cuidador Informal**Apenas se preenche esta seção caso a resposta na questão 9 tenha sido, Sim****Assinale-se com uma cruz as hipóteses que correspondem à situação****29. Grupo etário do cuidador informal:**

≤59 Anos

60-64 Anos

65-69 Anos

70-74Anos

75-79 Anos

80-84 Anos

85-90 Anos

≥90 Anos

30. Género:

Feminino

Masculino

31. Grau de parentesco:

Conjuge

Vizinho/a

Filho/a

Amigo/a

Outro

Qual? _____

32. Estado civil:

Solteiro

Viúvo

Casado

Divorciado/separado

União de facto

Outro

Qual? _____

33. Rendimento:

Inferior 250 euros

250 – 500 euros

501 - 1000 euros

≥1001 Euros

34. Situação Laboral:

Reformado Ativa

35. Motivo da reforma: _____

Seção D – Acessibilidade aos Cuidados de Saúde

Assinale-se com uma cruz as hipóteses que correspondem à situação

36. Unidade de cuidados de saúde de referência para vigilância de estado de saúde:

Centro de Saúde Serviço de Urgência
 Outro Qual _____

37. Tempo despendido da desolação de casa até à unidade de referencia:

10 minutos 20 minutos
 30 minutos 1 hora
 ≥2 horas

30 Que meio de transporte utiliza (pode colocar mais que uma resposta)

Taxi Transporte Público
 Transporte próprio Ambulância
 Outro Qual _____

31 Em caso de urgência, onde se dirige:

ULS Guarda CHUC
 CHTV Outro
 Qual _____

32 Tempo despendido até o Serviço Urgencia mais próximo:

10 minutos 20 minutos
 30 minutos 1 hora
 ≥ 2 horas

33 Que meio de transporte utiliza para se deslocar ao Serviço de Urgência:

Taxi Transporte Público
 Ambulância Viatura Própria
 Outro Qual _____

Seção E – Atividades Básicas de Vida Diária
Índice de Barthel

Assinale-se com uma cruz as hipóteses que correspondem à situação

Variável	Pontuação
Alimentação	Independente – 10 <input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda ou dieta modificada – 5 <input type="checkbox"/>
	Incapaz – 0 <input type="checkbox"/>
Banho	Independente – 5 <input type="checkbox"/>
	Necessita de Ajuda – 0 <input type="checkbox"/>
Higiene Pessoal	Independente – 5 <input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda – 0 <input type="checkbox"/>
Vestir	Independente – 10 <input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda – 5 <input type="checkbox"/>
	Incapaz – 0 <input type="checkbox"/>
Controlo Intestinal	Continente – 10 <input type="checkbox"/>
	Acidente Ocasional – 5 <input type="checkbox"/>
	Incontinente – 0 <input type="checkbox"/>
Controlo Urinário	Continente – 10 <input type="checkbox"/>
	Acidente Ocasional – 5 <input type="checkbox"/>
	Incontinente – 0 <input type="checkbox"/>
Utilização dos Sanitários	Independente – 10 <input type="checkbox"/>
	Necessita de Ajuda – 5 <input type="checkbox"/>
	Dependente – 0 <input type="checkbox"/>
Transferência	Independente – 15 <input type="checkbox"/>
	Alguma Ajuda - 10 <input type="checkbox"/>
	Muita Ajuda – 5 <input type="checkbox"/>
	Totalmente Dependente – 0 <input type="checkbox"/>
Mobilidade	Independente – 15 <input type="checkbox"/>
	Ajuda Verbal – 10 <input type="checkbox"/>
	Independente em cadeiras de rodas – 5 <input type="checkbox"/>
	Imóvel – 0 <input type="checkbox"/>
Subir e Descer escadas	Independente – 10 <input type="checkbox"/>
	Necessita de Ajuda – 5 <input type="checkbox"/>
	Incapaz – 0 <input type="checkbox"/>
TOTAL	

Seção F – Atividades Instrumentais de Vida Diária

Índice Lawton-Brody

Assinale-se com uma cruz as hipóteses que correspondem à situação

Variável	Pontuação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda – 1 <input type="checkbox"/>
	Faz tudo exceto o trabalho pesado – 2 <input type="checkbox"/>
	Só faz tarefas leves -3 <input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda para todas as tarefas - 4 <input type="checkbox"/>
	Incapaz de fazer qualquer tarefa – 5 <input type="checkbox"/>
Lavar a roupa	Lava a sua roupa – 1 <input type="checkbox"/>
	Só lava pequenas peças – 2 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de lavar a roupa – 3 <input type="checkbox"/>
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda – 1 <input type="checkbox"/>
	Prepara se lhe derem os ingredientes – 2 <input type="checkbox"/>
	Prepara pratos pré-cozinhados – 3 <input type="checkbox"/>
	Incapaz de preparar refeições – 4 <input type="checkbox"/>
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda – 1 <input type="checkbox"/>
	Só faz pequenas compras – 2 <input type="checkbox"/>
	Faz as compras acompanhado – 3 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de ir às compras – 4 <input type="checkbox"/>
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade – 1 <input type="checkbox"/>
	Só liga para lugares familiares – 2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de ajuda para o usar – 3 <input type="checkbox"/>
	Incapaz de usar o telefone – 4 <input type="checkbox"/>
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz – 1 <input type="checkbox"/>
	Só anda de táxi – 2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de acompanhamento – 3 <input type="checkbox"/>
	Incapaz de usar o transporte – 4 <input type="checkbox"/>
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc – 1 <input type="checkbox"/>
	Só em pequenas quantidades de dinheiro – 2 <input type="checkbox"/>
	Incapaz de utilizar o dinheiro – 3 <input type="checkbox"/>
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação – 1 <input type="checkbox"/>
	Necessita que lhe preparem a medicação – 2 <input type="checkbox"/>
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação-3 <input type="checkbox"/>
TOTAL	

Anexo II – Pedido de autorização para efetuar colheita de dados

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde da Guarda

Seia, 17 de Março de 2016

Assunto: Pedido de autorização para acesso á base de dados, para realização de estudo de investigação.

No âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ano letivo 2015/2016, a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viseu, estamos a desenvolver um estudo intitulado **“Incapacidade Funcional em Doentes com Acidente Vascular Cerebral.”**

Neste sentido vimos solicitar a Vossa Excelência, autorização para aceder á base de dados dos Serviços de Urgência do Hospital Sousa Martins e Hospital Nossa Sra. De Assunção, da ULS da Guarda. Destas apenas pretendemos estudar os doentes que deram entrada nos Serviços de Urgência, que residem no Concelho de Seia, no período de 2014 e 2015 e que lhes foi atribuído o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral.

O estudo é realizado pelo Enfermeiro José Reduto sob orientação e colaboração da Professora Doutora Ana Andrade e Professor Doutor Carlos Albuquerque. Este estudo é pioneiro na instituição e por isso de elevada importância, pois poderemos constatar a evolução dos utentes que tenham sofrido AVC, o grau de incapacidade funcional que apresentam bem como que cuidados de reabilitação que lhes foram prestados.

Os objetivos deste estudo são: identificar a independência funcional dos participantes e saber quais os determinantes que influenciam a sua independência funcional. Trata-se de um estudo de carácter quantitativo, do tipo não experimental, transversal, descritivo e correlacional.

A realização do estudo supracitado irá decorrer durante o ano 2016, perspectivando-se o início da colheita de dados logo após aprovação da comissão de ética. A aplicação do instrumento de colheita de dados irá decorrer no domicílio do doente.

Os dados recolhidos com o respetivo questionário são absolutamente confidenciais e anónimos e serão utilizados apenas para realização do estudo em causa.

Em anexo segue o Instrumento de Colheita de Dados, o Consentimento informado, o Pré-projecto bem como o Cronograma.

Pede deferimento

Com os melhores cumprimentos.

José Reduto

A handwritten signature in blue ink that reads "José Augusto Alves Reduto" followed by a flourish.

Contacto: Av. Luis Vaz de Camões, Edf. Jardim II, 2º Frente, 6270-484 Seia

Telemóvel: 967731331 – email: ze_reduto@hotmail.com

Anexo III- Autorização do Concelho de administração da ULS Guarda



saida 04120*16-05-24 11:44

Ex.^{mo}. Senhor

Enfermeiro José António Alves Reduto Morgado

Avenida Luís Vaz de Camões

Edifício Jardim II, 2º Centro

6270-484 Seia

Sua referência

Sua comunicação de:

Nossa referência

Data:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de estudo subordinado ao tema "Incapacidade Funcional em Doentes com Diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V.Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda, nada temos a opor ao desenvolvimento do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor Clínico

(Dr. Luís Gil Barreiros)

LGB/IM

ULSG.Imp.002.00

Anexo IV – Declaração de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Vº Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “**Incapacidade Funcional em Doentes com Acidente Vascular Cerebral.**”

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo:

_____ (localidade), __/__/____

Nome _____

Assinatura do participante

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade __/__/____

Morada _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:

Nome do investigador

Assinatura _____