



**Instituto Politécnico de Viseu**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

**Unidade Científico Pedagógica:** Enfermagem de Reabilitação

**Investigador Principal:** Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

**Investigador Colaborador:** Maria Augusta Gonçalves Alves Rua

**Curso:** Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE APÓS ACIDENTE**  
**VASCULAR CEREBRAL**

**Instrumento de Colheita de Dados**

**Esclarecimento Prévio**

Ao realizar este estudo pretendemos avaliar a qualidade de vida do doente após Acidente Vascular Cerebral.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade, não existe respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião.

As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação. Neste contexto, não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

A sua participação é muito importante para este estudo, se por qualquer razão, não quiser participar, tem todo o direito de o fazer e agradecemos de igual modo a sua atenção.

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração.

Viseu, Novembro de 2011  
Pela Equipa de Investigação



SECÇÃO I

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. **Idade** \_\_\_\_\_ anos

2. **Sexo**

Masculino

Feminino

3. **Estado civil**

Solteiro (a)

Casado (a)

Viúvo (a)

Divorciado (a)

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

4. **Zona de residência**

Urbana

Rural

5. **Habilitações literárias**

Não sabe ler nem escrever

Menos de 4 anos de escolaridade

4 anos de escolaridade (4ª classe)

4-6 anos de escolaridade

7-9 anos de escolaridade

Curso superior

Outro. Qual? \_\_\_\_\_

6. **Situação laboral**

Empregado (a)

Activo (a)

Com baixa

Desempregado (a)

Reformado (a)

Doméstica



## 7. Condições habitacionais

- Moradia
  - Com escadas
  - Sem escadas
- Apartamento
  - Com elevador
  - Sem elevador
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_

## SECÇÃO II

<b>CARATERIZAÇÃO CIRCUNSTANCIAL E CLÍNICA</b>
---

**Data do AVC** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Data da alta** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. Tipo de AVC

- Isquémico
- Hemorrágico
- Outro. Especificar \_\_\_\_\_

### 2. Tempo de internamento

- Até 7 dias
- De 7 a 14 dias
- Mais que 14 dias

### 3. Lado (local) da lesão

- Hemisfério direito
- Hemisfério esquerdo
- Tronco cerebral / cerebelo
- Outro \_\_\_\_\_



#### **4. Fatores de risco**

- Hipertensão arterial
- Diabetes Mellitus
- Doença cardíaca
- Hipercolesterolemia
- Tabagismo
- Etilismo
- Obesidade
- Outro (s). Qual (ais)? \_\_\_\_\_

#### **5. Durante o internamento iniciou o programa de Reabilitação?**

- Sim
- Não

5.1. Se a resposta foi Sim, por quem foi realizado o programa de Reabilitação?

- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Outro. Especifique \_\_\_\_\_

5.2. Se a resposta foi Sim, qual o número de sessões de reabilitação realizadas  
\_\_\_\_\_

#### **6. Foi processado Ensino Formal de preparação para a alta?**

- Não
- Sim.

Se sim, a quem foi dirigido:

- Ao doente
- Ao cuidador
- Ambos
- Outros. Quem? \_\_\_\_\_

6.1. Se a resposta foi Sim, quem planeou e realizou o ensino?

- Enfermeiro generalista
- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional



**7. Após a alta continua o processo de Reabilitação?**

Sim

Não

Se a resposta foi Sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_

**SECÇÃO III**

**FUNCIONALIDADE DA FAMÍLIA (ESCALA DE APGAR FAMILIAR)**

(Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo, 1988)

**1. Está satisfeito(a) com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o(a) preocupa?**

Quase sempre

Algumas vezes

Quase nunca

**2. Está satisfeito(a) como a sua família discute os assuntos?**

Quase sempre

Algumas vezes

Quase nunca

**3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?**

Quase sempre

Algumas vezes

Quase nunca

**4. Está satisfeito(a) com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex.: amor, irritação, pesar)?**

Quase sempre

Algumas vezes

Quase nunca

**5. Está satisfeito(a) com o tempo que passa com a sua família?**

Quase sempre

Algumas vezes

Quase nunca



SECÇÃO IV

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL / ESCALA DE BARTHEL**

(Sequeira, 2007)

Atividades de Vida Diária

***Alimentar***

- Independente (a comida é providenciada) (10)
- Precisa de alguma ajuda (por exemplo, para cortar os alimentos, barrar a manteiga, etc.) (5)
- Totalmente dependente (0)

***Higiene Pessoal***

- Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos) (5)
- Necessita de ajuda com o cuidado pessoal (0)

***Urinar***

- Contigente (10)
- Acidente ocasional (máximo uma vez em 24 horas) (5)
- Incontigente ou cateterizado e incapacitado de cuidar da algália (0)

***Evacuar***

- Contigente (10)
- Acidente ocasional (uma vez por semana) (5)
- Incontigente (ou precisa que lhe façam um enema) (0)

***Transferência (cama/cadeira e vice versa)***

- Independente (15)
- Alguma ajuda (verbal ou física) (10)
- Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se (5)
- Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se (0)

***Mobilidade/Deambulação***

- Independente (alguns tem ajuda de uma bengala) (15)
- Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) (10)
- Independente, em cadeira de rodas incluindo cantos, etc... (5)
- Imobilizado (0)



***Ir à casa de banho***

- Independente (10)
- Precisa de alguma ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho (5)
- Totalmente dependente (0)

***Vestir***

- Independente (incluindo botões, fechos e atacadores) (10)
- Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda (5)
- Totalmente dependente (0)

***Tomar Banho***

- Independente (5)
- Dependente, necessita de alguma ajuda (0)

***Escadas***

- Independente para subir ou descer (10)
- Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando) (5)
- Incapaz (0)

**SECÇÃO V**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

A lista que se segue refere alguns problemas que as pessoas podem enfrentar no seu dia-a-dia. Leia cada item com atenção e coloque uma cruz no quadrado por baixo do **sim** se tiver esse problema, e do **não** se não tiver.

Se tiver dúvidas entre o sim e o não coloque a cruz na resposta que neste momento se aplicar ao seu caso. É importante que responda a todas as questões.



**Escala Perfil de Saúde Nottingham**  
(Ferreira e Melo, 1999)

Estou sempre cansado(a) .....	SIM	NÃO		Tenho dificuldades em vestir-me .....	SIM	NÃO
Tenho dores durante a noite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Estou a ficar sem forças .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo me desanima .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tenho dificuldade em estra de pé durante muito tempo (p. ex., em frente ao lava-loiça ou à espera do autocarro) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SIM	NÃO			SIM	NÃO
Tenho dores insuportáveis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		As dores não me largam .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomo comprimidos para dormir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Levo muito tempo a adormecer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já nem sei o que é sentir-me bem com a vida .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sinto que sou um peso para as outras pessoas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SIM	NÃO				
Sinto-me nervoso(a), tenso(a) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Lembre-se que se tiver dúvidas entre o <i>sim</i> e o <i>não</i> deve colocar a cruz na <u>resposta que se aplicar melhor</u> ao seu caso neste momento.</b>		
Tenho dores quando mudo de posição ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sinto-me só .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	SIM	NÃO			SIM	NÃO
Só consigo caminhar dentro de casa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		As preocupações não me deixam dormir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldades em baixar-me .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sinto que não vale a pena viver .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tudo me custa a fazer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Durmo mal de noite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SIM	NÃO				
Acordo muito cedo e tenho dificuldade em voltar a adormecer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			SIM	NÃO
Não consigo mesmo andar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tem sido difícil dar-me com as pessoas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Custa-me estar com outras pessoas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Preciso de ajuda para andar quando estou fora de casa (p. ex., uma bengala ou o braço de alguém) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SIM	NÃO				
Os dias parece que nunca mais acabam ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			SIM	NÃO
Tenho dificuldades em subir ou descer escadas ou degraus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tenho dores ao subir ou descer escadas ou degraus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dificuldades em chegar às coisas ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sinto-me deprimido(a) ao acordar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SIM	NÃO		Tenho dores quando estou sentado(a) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho dores ao andar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ultimamente perco a paciência com facilidade .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<b>Agora, por favor volte ao princípio e verifique se respondeu “<u>Sim</u>” ou “<u>Não</u>” a todas as questões.</b>		
Sinto que não posso contar com ninguém .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	SIM	NÃO				
Passo a maior parte da noite acordado(a) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sinto que estou a perder o controlo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tenho dores quando estou de pé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Terminou o seu inquérito, pelo que agradecemos a sua  
colaboração!