

Tatiana Margarida de Jesus Jorge

A Auto-percepção do Indivíduo Vítima de AVC sobre a sua Qualidade de Vida

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018

Tatiana Margarida de Jesus Jorge

A Auto-percepção do Indivíduo Vítima de AVC sobre a sua Qualidade de Vida

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018

Tatiana Margarida de Jesus Jorge

A Auto-percepção do Indivíduo Vítima de AVC sobre a sua Qualidade de Vida

(Tatiana Margarida de Jesus Jorge)

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte integrante dos requisitos para
obtenção do grau de Licenciatura em
Enfermagem.

Resumo

A investigação é um contributo indispensável para a melhoria da qualidade na prática de enfermagem.

A enfermagem necessita de uma base de sustentação, com princípios metodológicos e científicos que lhe confirmem particularidade, rigor e objectividade. (Roxo, 2004)

Neste contexto, e de modo a finalizar a Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, surgiu então a problemática: "A auto-percepção do indivíduo vítima de AVC sobre a sua Qualidade de Vida."

Esta investigação apresenta como objectivos: conhecer a percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida e identificar que limitações o indivíduo percebe no pós AVC.

Neste sentido, optou-se por desenvolver um estudo quantitativo de carácter descritivo de natureza transversal, com base numa amostra não probabilística acidental constituída por 38 indivíduos vítima de AVC.

A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário, constituído por 26 questões fechadas, sobre como o indivíduo avalia a sua qualidade de vida e ainda se consegue satisfazer as suas necessidades básicas.

Como tal, pretende-se com o término desta investigação, atingir os objectivos a que nos propomos e aclarar tanto quanto possível a temática em questão.

Palavras-chave: Auto-percepção, Qualidade de vida, Doente, Acidente Vascular Cerebral.

Abstract

Research is a vital contribution to the improvement of quality in the practice of nursing. Nursing requires a support base, with methodological and scientific principles that you give particularity, accuracy and objectivity.

In this context, and in order to complete the Degree in nursing, Faculty of Health Sciences at the University Fernando Pessoa, there appeared appeared the problematic: "the self-perception of the individual victim of stroke on your quality of life."

This investigation presents as a aims: the perception of the individual about your quality of life and identify what limitations the individual perceives in post stroke.

In this sense, we decided to develop a quantitative study of descriptive character of transversal nature, on the basis of a non-probability sample consists of 38 individuals accidental victim of stroke.

The data collection was carried out through the application of a questionnaire, consisting of 26 questions closed, on how the individual evaluates the quality of your life and you can still meet your basic needs.

As such, with the completion of this investigation, the objectives that we set ourselves and clarify as much as possible the subject in question.

Keywords: Self Perception, Quality of Life, Patients e Stroke.

Dedicatória

Embora quando olhe para trás, me lembre de uma criança a prestar cuidados ao avô...hoje tenho a certeza que alcancei o caminho que já me pertencia muito antes de saber o que são auto-cuidados ou o significado da visão holística em enfermagem.

Assim, dedico este Projeto de Graduação ao meu avô, Jorge, porque em vida teve um papel preponderante na minha infância.

E, porque, a vida tem planos para nós que superam os nossos sonhos... dedico também este projecto de investigação, às duas pessoas mais importantes pra mim, aquelas que sempre acreditam em mim e me dão a força de que preciso para conquistar tudo o que quero.

Isto é para eles...

...para que a minha mãe se orgulhe

e o meu pai me veja.

Agradecimentos

Em forma de reconhecimento pelo apoio, disponibilidade e pelo auxílio que me foi demonstrado direta ou indiretamente e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e académico, culminando no término da licenciatura em Enfermagem, gostaria de agradecer:

- á Universidade Fernando Pessoa, por me ter proporcionado os melhores anos da minha vida.
- ás equipas multidisciplinares, principalmente ás equipas de enfermagem com quem tive o gosto de trabalhar nos ensinios clínicos que realizei;
- ao meu orientador, Professor António Mota, pela disponibilidade, conhecimentos transmitidos e por todo o apoio para a conclusão deste trabalho;
- aos meus amigos, que me acompanharam nos bons e maus momentos de todo um percurso académico;
- ao meu irmão, que sempre acreditou que eu era capaz e me encorajou para atingir os meus objetivos;
- aos meus pais, Patrícia e Carlos, pelo apoio, incentivo e sacrifício incondicional em todos os momentos.

“Se nunca abandonas o que é importante para ti, se te importas tanto, a ponto de estares disposto a lutar para obtê-lo, asseguro-te que a tua vida estará plena de êxito. Será uma vida dura, porque a excelência não é fácil; mas valerá a pena”.

Richard Bach

Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVCI- Acidente Vascular Cerebral Isquémico

AVCH- Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVD's- Atividades de Vida Diárias

DCV- Doenças Cerebrovasculares

DGS- Direção Geral de Saúde

HSA- Hemorragia Subaracnoíde

HIC- Hemorragia Intracerebral

ICN- International Council Nurses

OMS- Organização Mundial de Saúde

p.- Página

pp.- Páginas

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

rtPA- Ativador tecidual do plasminogénio

%- Percentagem

Índice

0. Introdução	15
I. Fase Conceptual	17
1.1 Definição e Delimitação do Tema	17
1.2 Pergunta de Partida.....	18
1.3 Questões Pivô.....	18
1.4 Objetivo Geral	19
1.5 Objetivos Específicos	19
1.6 Enquadramento Teórico	20
1.7 Conceitos.....	20
1.7.1 Conceito de Auto-Percepção	20
1.7.2 Conceito de Qualidade de vida	21
1.7.3 Conceito de Acidente Vascular Cerebral	22
1.8 Acidente Vascular Cerebral.....	22
1.9 Tratamento	25
1.10 Papel do Enfermeiro	26
II. Fase Metodológica	29
2.1 Tipo de Estudo	29
2.2 População Alvo, Amostra e Processo de Amostragem	31
2.3 Variáveis	32
2.4 Instrumento de Colheita de Dados.....	32
2.5 Pré-teste.....	33
2.6 Tratamento e Análise de Dados.....	34
2.7 Considerações Éticas	34

III. Fase Empírica	36
3.1 Apresentação e Análise de dados	36
3.2 Discussão dos dados.....	52
IV. Conclusão	59
V. Bibliografia.....	61
VI. Anexos	66

Índice de gráficos

Gráfico 1- Distribuição da amostra em relação à idade dos inquiridos.	36
Gráfico 2- Distribuição da amostra em relação ao género dos inquiridos.	37
Gráfico 3- Distribuição da amostra em relação do estado cívil dos inquiridos.	37
Gráfico 4- Distribuição da amostra em relação ao número de filhos dos inquiridos.	38
Gráfico 5- Distribuição da amostra em relação á situação familiar dos inquiridos.	38
Gráfico 6- Distribuição dos défices neurológicos após AVC.	39
Gráfico 7- Sente alguma dificuldade em respirar?	40
Gráfico 8- Quanto á vontade de comer e beber, sente que esta se encontra alterada?	40
Gráfico 9- Consegue cortar/partir os alimentos em bocados manuseáveis e levar a comida á boca?	41
Gráfico 10- No uso de sanitário, considera que precisa de ajuda de terceiros?	42
Gráfico 11- Para se deslocar necessita de algum dispositivos auxiliares de marcha (bengala, canadianas, andarilho)?	42
Gráfico 12- Consegue praticar alguma actividade física?	43
Gráfico 13- No seu dia-a-dia costuma sentir cansaço fácil após algumas tarefas?	43
Gráfico 14- No que diz respeito á qualidade de sono e repouso, sente alguma dificuldade em adormecer após o AVC?	44
Gráfico 15- Recorre a terapêutica medicamentosa para conseguir dormir e repousar?	45
Gráfico 16- Tem autonomia para se vestir e despir, de acordo com a situação e o clima?	45

Gráfico 17- Quanto às suas necessidades de higiene corporal e oral, consegue manter um padrão contínuo de higiene, isto é, o corpo limpo e bem cuidado?.....	46
Gráfico 18- Numa Situação de perigo pensa que, teria capacidade para proteger-se ou manter-se a salvo?	47
Gráfico 19- Após o AVC foi fácil integrar-se novamente na sociedade?	47
Gráfico 20- Sente-se capaz de agir e tomar decisões após AVC, tendo em conta as suas crenças (religiosa, cultural e de saúde) e os seus valores?	48
Gráfico 21- Relativamente ao exercício profissional (se for o caso), acha que consegue exercer a sua profissão activamente?.....	49
Gráfico 22- No caso de já se encontrar reformado(a), sente vontade de procurar actividades com o objetivo de conviver e divertir-se?	49
Gráfico 23- Após alta clínica e tendo em conta o estado após AVC, foi difícil para si adaptar-se às condições da sua habitação?	50
Gráfico 24- Quando se vê ao espelho, como se sente com a sua imagem?.....	51
Gráfico 25- Em modo geral, como percepciona a sua autonomia na realização das actividades de vida diárias?	51
Gráfico 26- Como avalia globalmente a sua qualidade de vida na actualidade?.....	52

0. Introdução

O Acidente Vascular Cerebral é uma patologia que resulta da lesão das células cerebrais, quer pela necrose ou danos reversíveis das mesmas. Este evento neurológico pode ser de dois tipos, Isquémico se causado pela falta de oxigénio e nutrientes consequência de um bloqueio do fluxo normal do sangue; ou Hemorrágico se ocorrer a rutura de uma artéria, que dará origem a uma hemorragia.

O AVC é a primeira causa de morte em Portugal. Atinge cada vez mais pessoas da faixa etária jovem, constituindo assim um grave problema de saúde pública. E é também a principal causa de incapacidade para a vida, porém tem vindo a decrescer, devido a prevenção (...) diminuído assim, a taxa de mortalidade e no mesmo período de tempo, aumentando os internamentos em 1,6%. Em 2014, ocorreram em Portugal 105 219 óbitos, sendo que 11 808 se deveram a AVC`s, isto é, aproximadamente 11%. (Ramos, 2018)

A qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser considerada como o valor atribuído à vida, influenciado pelas deteriorações funcionais; as perceções e condições sociais que são induzidas pela doença, pelo seu agravamento e tratamento; organização política e económica do sistema de saúde. (Campos e Neto, 2008)

Sendo hoje a qualidade de vida um propósito pretendido por qualquer pessoa em qualquer contexto, cada vez mais como um valor a preservar, dando sentido à vida vivida; a sua “quantificação”, tanto quanto é possível como diagnóstico, permite intervir com a finalidade de alcançar melhores níveis de saúde, assim como também permite concluir pela eficiente (ou deficiente) prestação de cuidados de saúde, quando avaliada como resultado.

Após uma reflexão profunda sobre esta problemática, procurou-se que este estudo fosse de utilidade social, de forma a colocar em prática os conteúdos aprendidos ao longo do curso e desenvolvendo competências ao nível do processo de investigação e do tema a elaborar.

Assim, o presente trabalho insere-se no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e o tema abordado é ” a auto-percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida”.

É um projeto que advém do interesse pessoal e profissional em elaborar uma investigação que esclareça um pouco como o indivíduo vítima de AVC percebe a sua qualidade de vida, no sentido de melhorar cuidados de enfermagem, adaptando-os às necessidades específicas desta população. Esta é a finalidade da nossa investigação.

Então, “Qual a auto-percepção do indivíduo vítima de AVC sobre a sua Qualidade de Vida?”. Assim, delineamos para esta investigação os objetivos: conhecer a auto-percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida e identificar quais as limitações que o mesmo percebe no pós AVC.

Tendo em conta a problemática e os objetivos supra citados optou-se pela utilização de um estudo quantitativo, do tipo descritivo, transversal. Para dar sequência ao processo de investigação os dados foram colhidos através de um questionário constituído por uma série de perguntas fechadas que direcionadas ao tema em questão, têm como objetivo recolher a informação possível e pretendida.

Assim este trabalho encontra-se dividido em três fases distintas: a primeira parte, referente à Fase Conceptual, composta pelo enquadramento teórico sobre o AVC, onde se conjungam conceitos e algumas classificações que fundamentam o estudo; uma segunda parte que integra a Fase Metodológica, onde é descrita a metodologia adotada, bem como os métodos e instrumentos de colheita de dados e o meio da pesquisa caracterizando o indivíduo, e por fim, a Fase Empírica, que inclui a análise e tratamento de dados obtidos, e a respetiva discussão dos resultados.

A pesquisa bibliográfica foi realizada através de livros, internet e também da análise de outros projetos de graduação ou trabalhos previamente elaborados e publicados que digam respeito à temática a investigar.

I. Fase Conceptual

Conceptualizar refere-se a um método, a uma forma ordenada de definir os elementos de um processo de investigação. No decorrer desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe a documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma concepção clara do problema. (Fortin, 2009, p.49)

Em concordância, Watson (*cit. in* Marques 2007), afirma que:“as perspectivas teóricas das temáticas a estudar servem de suporte ao desenvolvimento de uma investigação”.

1.1 Definição e Delimitação do Tema

Naturalmente que para haver investigação é necessário, antes de mais, começar por delimitar um campo de interesse preciso, e assim encontrar um problema que mereça e possa ser investigado.

No entanto, qualquer “investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado. Um problema de investigação, é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação” (Adebo, *cit in*. Fortin, 2009, p.48).

O tema definido para a problemática a estudar são os doentes com AVC, dando ênfase á percepção que detêm sobre a sua qualidade de vida. A delimitação deste tema baseou-se no nosso fascínio pela área da Neurologia, em especial o AVC.

Deste modo, e devido á sua complexidade, o investigador pretende aprofundar os seus conhecimentos quanto á percepção de um individuo vitima de AVC, no que diz respeito á mudança do seu estado de saúde, ou no seu papel das relações, expectativas e capacidades.

1.2 Pergunta de Partida

Toda a investigação parte sempre de uma questão, ou seja, uma pergunta de partida. Assim, é mais importante formular uma pergunta acertiva do que obter a resposta á mesma.

Uma pergunta de partida é uma interrogação precisa, relativa a um domínio que se pretende explorar e susceptível de fornecer novos saberes.

Para Fortin (2009, pp. 72-73):

“é uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado interrogativo e não equívoco que precisa os conceitos-chave, específica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica.”

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008) a investigação é algo que se procura, é um caminhar para um melhor conhecimento. Porém, deve ser aceite com todas as hesitações, desvios e incertezas que implica.

Perante os pressupostos, a investigação, procura dar resposta á questão que se segue:

“Qual a auto-percepção do indivíduo vítima de AVC sobre a sua qualidade de vida?”

Brink e Wood (2001) referem que “Qualquer questão delimita um tema de estudo, precisa a população e os conceitos e comporta uma questão pivô”.

1.3 Questões Pivô

Estas questões são mais específicas comparativamente á pergunta de partida, claras e reportam-se a um nível de investigação determinado, pois reclamam respostas diferentes.

Segundo Polit et al. (2004, p.109): “a formulação de perguntas de investigação permite ao investigador restringir o estudo e não ir para além dos seus objectivos.”

Como tal, foram elaboradas as seguintes questões:

- Qual a percepção de qualidade de vida para o indivíduo vítima de AVC?
- Que alterações o indivíduo consegue perceber, no pós AVC?

1.4 Objetivo Geral

Objetivo é um propósito, um alvo ou fim que se pretende atingir, um objeto de uma acção, e também pode ser uma ideia ou sentimento.

O objetivo geral de uma investigação é:

“um enunciado declarativo que precisa de orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. O objetivo harmoniza-se com o grau de avanço dos conhecimentos e escreve-se em termos que indicam o tipo de investigação a empreender, ou seja: denominar, descrever factores, explorar.” (*cit in*. Fortin, 2009, p.100)

Assim o objectivo geral definido para este projeto de investigação, foi: “Compreender como o indivíduo percebe a sua qualidade de vida após AVC”. Pretende-se, com este objectivo, perceber a diferença entre a situação vivida actualmente pelo indivíduo em comparação com o que era antes do evento cerebral.

1.5 Objetivos Específicos

Os objectivos específicos têm por base definir a natureza do trabalho de investigação, o tipo de problema a ser solucionado e também as informações a colher.

Surgem então os seguintes objectivos específicos:

- conhecer a percepção do indivíduo sobre a sua qualidade de vida após AVC;
- Identificar que limitações o indivíduo percebe no pós AVC.

1.6 Enquadramento Teórico

O enquadramento teórico permite não só discernir os conceitos envolvidos e assim destacar as relações entre os mesmos, como também contribuir para o desenvolvimento e compreensão do estudo em causa.

Para Burns e Grove (2001, p.86):

“(...) é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para ter uma ideia precisa sobre o estado actual os conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber.”

Como tal, torna-se pertinente abordar, numa fase inicial, o conceito de auto-percepção e qualidade de vida que são os grandes alicerces deste projeto de investigação.

1.7 Conceitos

A palavra conceito por si só pode significar uma opinião, ideia geral, concepção; ou até mesmo um entendimento, preceito ou síntese. No entanto, num trabalho de investigação os conceitos resumem e categorizam as observações empíricas.

“Servem para ligar o pensamento abstracto e a experiencia sensorial (...) estão na base da investigação porque, unidos entre si por ligações lógicas, servem para formar proposições.” (Fortin, 2009, p.47)

1.7.1 Conceito de Auto-Percepção

Percepção é o acto, efeito ou faculdade de perceber; apreensão do espírito relacionado com a sensação; compreensão ou recebimento. (Moreno, 1961)

Vaza e Colaço (2008, p.889) referem que é também “ a capacidade de apreender algo por meio dos sentidos ou da mente”.

Quando aplicada á arte do cuidar, auto-percepção é um tipo de cognição e também um fenómeno de enfermagem com as seguintes características específicas: registo mental consciente de um estímulo sensorial, consciência de objectos ou de outros dados através dos sentidos; é alguma coisa que é percebida pelo doente ou indivíduo. (Conselho Internacional de Enfermeiras, 2002)

A percepção do indivíduo é construída a partir de algumas normas, valorizadas de acordo com circunstâncias biopsicossociais, económicas, culturais e espirituais da vida do indivíduo. (Ferreira, 2009)

1.7.2 Conceito de Qualidade de vida

A abordagem da qualidade de vida relacionada com a saúde emergiu no contexto da saúde, da psicologia e da economia para abordar as percepções relacionadas com a doença, sobretudo na doença crónica e em diferentes formas de tratamento, patologias e gastos em saúde. Sendo este conceito associado aos processos de saúde/doença, incluindo os critérios de subjetividade, percepção pessoal, multidimensionalidade (Pires, 2009).

Martin e Stockler (1998), sugeram que qualidade de vida deve ser definida em termos de distância entre expectativas individuais e a realidade (sendo que quanto menor a distância, melhor).

Contudo, o conceito de qualidade de vida a adotar ao longo deste trabalho será a descrição da Organização Mundial de Saúde . A OMS definiu qualidade de vida como:

“a percepção que o indivíduo tem do seu lugar na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, em relação com os objetivos, os seus desejos, as suas normas e a suas inquietudes.

É um conceito muito amplo que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física do indivíduo, pelo estado psicológico e pelo seu nível de independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do seu meio” (OMS,1995, p.1403)

1.7.3 Conceito de Acidente Vascular Cerebral

O AVC pode ser definido como uma perda súbita da função cerebral devido a uma lesão vascular. O conceito evoluiu ao longo das últimas décadas para incluir lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e da coagulação, mesmo na ausência de alterações detectáveis nas artérias ou veias.

Portanto, a lesão vascular deve ser entendida num contexto mais amplo das complexas interações entre o endotélio do vaso sanguíneo, constituintes do sangue e variáveis hemodinâmicas.

“O acidente vascular cerebral é uma síndrome caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico que persiste por pelo menos 24horas, reflete o envolvimento focal do sistema nervoso central e é o resultado de um distúrbio na circulação cerebral.” (Greenberg et al., 2005, p.347):

Assim, é uma doença que é facilmente reconhecida pelas alterações físicas, cognitivas e emocionais que normalmente o indivíduo apresenta, e traduz-se em implicações a vários níveis, modificando estilos de vida.

1.8 Acidente Vascular Cerebral

O AVC subdivide-se em três tipos distintos, cada um com taxas de incidência, factores de risco e prognósticos diferentes. O AVCI é o mais frequente, seguido por HIC e HSA.

Spence e Barnett (2013) referem que:

“Mais de 80% dos casos de AVC são isquêmicos e resultam de oclusão vascular, que causa a redução da perfusão cerebral (...) os principais mecanismos fisiopatológicos que levam ao AVCI são a trombose (o coágulo forma-se no interior de um vaso cerebral, mais comumente por formação de coágulo afetando a artéria cerebral média) e embolia (o coágulo forma-se em outra parte do corpo, como o coração, a aorta e as carótidas, e é transportado para o cérebro) (...).”

O AVCH é outra forma de AVC e é menos comum que o AVCI. Ocorre quando há ruptura de um vaso sanguíneo dentro do cérebro (hemorragia intracerebral) ou em torno da membrana que circunda o cérebro (hemorragia subaracnoide). (Buchan et al., 2013)

Para o aparecimento de AVC, qualquer tipo que seja, existem determinados factores de risco que em geral são classificados com modificáveis e não modificáveis, sendo que a idade e a hipertensão arterial são os factores de risco mais relevantes para as doenças cerebrovasculares. Por outro lado a dislipidemia, obesidade e o sedentarismo também são factores de risco, mas de menor importância comparativamente com os que referimos anteriormente. (DGS, 2012)

As DCV constituem a terceira causa de morte no mundo, pois anteriormente estão as cardiopatias em geral e o cancro.

Cunha (2000) reforça a ideia, referindo que embora sejam um motivo de justa e adequada preocupação, as estatísticas demonstram, que a principal causa de morte em Portugal são as DCV.

Para Ferro (2006) “são também uma das patologias mais frequentes como causa de internamento hospitalar (...) e que ocorre mais frequentemente em indivíduos com factores de risco vascular.”

Os factores de risco vascular são características desigualmente distribuídas entre os indivíduos de uma população, que aumentam o risco individual de se vir a sofrer de uma doença vascular, neste caso um AVC.

Em concordância com Spence e Barnett (2013, p.11) “um estilo de vida saudável relacionado com o controle do peso, dieta, exercícios regulares, baixo consumo de álcool e cessação do tabagismo está associado a um menor risco de AVC, particularmente o AVCI.”

De modo geral, os exemplos seguintes mostram a importância dos principais factores de risco do AVC, o seu potencial de redução do risco com consequente diminuição do impacto do AVC para a saúde pública.

A hipertensão é o fator de risco modificável de maior relevância para a doença cerebrovascular, pois é responsável por quase um terço do risco total de AVC.

A hipertensão está indirectamente relacionada com a aterosclerose, porém de forma directa dá origem a doença hipertensiva dos pequenos vasos levando a infarto lacunar ou a hemorragia intracerebral.

O tabagismo é um factor de risco de extrema importância pois potencia o aumento da pressão arterial, da agregação plaquetária, da viscosidade do sangue, ou por causar lesão do endotélio vascular e vasoconstrição.

Após a cessação tabágica, o risco de AVC diminui significativamente, garantindo assim, a oportunidade de reduzir a morbidade e mortalidade e de aumentar a qualidade de vida após um evento cerebrovascular, tendo em conta que existe uma relação acentuada entre o tabagismo e a incidência da hemorragia subaracnoíde.

O consumo de carnes brancas, peixe e frutas reduz o risco de AVC, ao passo que os componentes típicos de uma dieta rica em gordura, como carne vermelha, alimentos fritos, e demasiado sal, está intimamente ligado a um risco aumentado de AVC, pois dá origem a hipertensão, hipercolesterolemia e obesidade.

O exercício físico pode reduzir o risco de AVC através da redução da pressão arterial e do peso corporal, aumento da vasodilatação e também melhora a oxigenação tissidular e aumenta a tolerância à glicose.

Além disso, a actividade física otimiza o desempenho físico, a capacidade funcional e reduz os níveis de marcadores inflamatórios circulantes.

Ainda segundo dados do Ministério da Saúde (2000) o AVC é a primeira causa de morte em Portugal, sendo responsável não só pela elevada morbilidade como também pela diminuição da esperança de vida com qualidade. Tendo em conta que a maior parte dos indivíduos vítima de AVC sobrevivem com inúmeros graus de incapacidade e deficiência.

A incidência de AVC aumenta substancialmente com a idade, atingindo importantes valores após os 55anos. (O'Sullivan, 1993)

Para complementar esta ideia, Jolly e Blanchard (1990), defendem que a idade mais frequente para a ocorrência do AVC é entre os 65 e 85 anos.

1.9 Tratamento

O tratamento do AVC Agudo passa pela imediata referenciação do doente para uma urgência hospitalar, especificamente para uma unidade de AVC.

No AVC Isquémico, o único tratamento eficaz é a reperfusão cerebral (trombólise por via endovenosa com rtPA realizada até 3h após o início do quadro clínico); terapêutica anti-trombótica; controlo dos parâmetros fisiológicos (a hipoxia, a hipertermia, a hipo e a hiperglicemia); prevenção e tratamento de complicações (como pneumonias de aspiração, infeções urinárias, flebotromboses profundas e embolia pulmonar); e por fim aplicar o melhor método de reabilitação. Todas as medidas terapêuticas anteriormente enumeradas para o AVCI aplicam-se igualmente ao AVCH, com exceção dos limiares de tratamento da tensão arterial que são mais baixos no AVC Hemorrágico. (Ferro e Pimentel, 2006)

Como afirmam Ferro e Pimentel (2006):

“Após um AVC é mandatório tomar todas as medidas para evitar a sua repetição ou a ocorrência de outro evento vascular. Em todos os doentes que sofreram AVCI devemos usar uma terapêutica preventiva tripla: medicação antitrombótica, estatina e anti-hipertensor.”

1.10 Papel do Enfermeiro

A Enfermagem defende uma perspectiva holística do ser humano, acompanhando todo o seu ciclo de vida, desde a sua concepção até á morte.

Segundo o REPE (artigo.º4, N.º1), a enfermagem:

“é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”

O papel do enfermeiro baseia-se na prestação de cuidados cuja atenção está direccionada para as actuais necessidades em saúde, dos individuos, famílias e comunidades, em ambientes complexos em constante mudança e interação.

Assim, a definição mais conhecida do Papel do Enfermeiro desenvolvida pela Teórica Virgínia Hendersen, publicada em 1966, pelo ICN, refere que a natureza dos cuidados prestados pelos enfermeiros consiste em:

“assistir o indivíduo, são ou doente, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou a sua recuperação (ou uma morte serena) e que ele desempenharia se tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazer isto de tal maneira que o ajude a ser independente o mais rapidamente possível”.

Posteriormente, a mesma teórica desenvolveu uma lista de catorze necessidades humanas básicas que o enfermeiro assegura quando a pessoa não consegue realizar por si só.

Para Collière (1989) “cuidar é primeiro que tudo um acto de vida”, na medida que visa manter, sustentar e promover a vida da pessoa cuidada.

Cuidar em enfermagem é uma forma de mostrar ao individuo que ele existe para os outros, de reconhecer a sua dignidade, independentemente do seu grau de alteração no que diz respeito às suas capacidades físicas ou psíquicas.

Os cuidados de enfermagem são cuidados de saúde (...) a concepção dos cuidados de enfermagem refere-se não só às acções realizadas, como também ao processo de pensamento seguido pelo enfermeiro no agir com o individuo.

O objetivo dos cuidados de enfermagem é a pessoa em transição e têm como finalidade contribuir para o seu bem-estar, qualquer que seja o seu estado. (Bastos, 2005)

A transição, de acordo com Meleis (2007, p.470), consiste numa “mudança no estado de saúde, ou no seu papel das relações, expectativas ou habilidades” e também “um processo psicológico que envolve adaptação ao evento ou disrupção. (Kralik et al., 2006, p.322).

O papel do enfermeiro no que respeita á promoção de saúde ou prevenção primordial, passa por aplicação de estratégias que visam a população em geral e que previnem o desenvolvimento de factores de risco para AVC e outras doenças vasculares, através da educação para a saúde com ajustes de comportamentos, encorajando um estilo de vida saudável.

Enquanto que na prevenção primária, importa detetar e tratar os principais factores de risco, aqui o enfermeiro passa a activar essas mesmas estratégias em individuos com um ou mais factores de riscos significativos e susceptíveis de serem vitimas de AVC.

Por outro lado, o individuo que já tenha sofrido um AVC e se encontre em contexto hospitalar, está claramente num periodo de transição, pelo que a sua qualidade de vida não voltará a ser a mesma. Como tal, no decorrer do internamento, o enfermeiro avalia a pessoa e desenvolve todo um plano de cuidados, dentro das suas possibilidades e das sequelas do AVC, de forma a substituir ou assistir, supervisionar e ensinar o doente com a finalidade de alcançar a sua autonomia nas suas AVD.

Assim, com o intuito de suprimir as necessidades do doente, o enfermeiro deve assegurar o cumprimento de todas as necessidades que se justifiquem, como por exemplo: comer e beber; a higiene; o vestir-se e despir-se; a incontinência vesical ou intestinal/obstipação; a comunicação e a mobilidade.

Tal como referem Foster e Bennett (2000):

“A capacidade do individuo se comprometer no autocuidado é afetada por factores condicionantes básicos que são: idade; sexo; estado sociocultural; factores de funcionamento dos sistemas de saúde; ambiente familiar; padrões de vida; factores ambientais e de adequação e disponibilidade de recursos (...) factores que estão, claramente presentes no doente com AVC.”

O AVC provoca fenómenos de natureza distintos, nomeadamente a deficiência e a incapacidade. Quanto às deficiências, o individuo vítima de AVC, pode ter várias dimensões afetadas, entre elas as deficiências psicológicas, da linguagem, músculo-esqueléticas, estéticas e das funções gerais e sensitivas.

Estas deficiências levam ao desenvolvimento de incapacidades, estas por sua vez abrangem os comportamentos e as AVD`s: comportamento corporal, locomoção, destreza, restrição da atividade, comunicação e cuidado pessoal (Martins, 2002).

A recuperação funcional é definida como uma melhoria na mobilidade e nas AVD`s; a mesma é influenciada pelo restabelecimento neurológico (reaprender o controle postural normal e padrões mais básicos) e pela reabilitação (por exemplo: técnicas de posicionamentos anti-espásticos). A reabilitação pode ser mais ou menos intensiva, em regime de internamento ou ambulatório, e precocemente tem um papel preponderante na recuperação da qualidade de vida do indivíduo. (Spencer e Barnett, 2013)

Este processo é iniciado, pela equipa multidisciplinar ou apenas o enfermeiro de reabilitação, no momento em que o doente é admitido no hospital, posteriormente, quando o doente se encontrar estabilizado, é realizada uma avaliação, que pode resultar no regresso a casa, na transferência para uma unidade especializada na reabilitação ou outras unidades, conforme as condições de cada caso e as disponibilidades locais.

II. Fase Metodológica

Gil (1991, p.27), define método como “(...) caminho para se chegar a um determinado fim”, e método científico como “(...) um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adoptados para se atingir o conhecimento”.

A fase metodológica consiste na planificação lógica da investigação. É no decorrer da mesma que o investigador define a natureza do desenho, a população em estudo, o tamanho da amostra e precisa os métodos de colheita de dados. Por outro lado, assegura-se da fidelidade e validação dos métodos de colheita de dados, de forma a obter resultados fiáveis e determina um plano de análise estatística desses mesmos dados.

De forma ainda mais sucinta, a metodologia “(...) reporta-se ao conjunto de meios e das actividades próprias para responder ás questões de investigações ou para verificar hipóteses formuladas no decurso da fase conceptual.” (Fortin, 2009, p.211)

2.1 Tipo de Estudo

A fase metodológica inicia-se com o desenho da investigação, onde estão discriminadas todas as etapas realizadas ao longo do processo.

O desenho da investigação, segundo Burns e Grove (*cit. in* fortin, 2009, p.214):

“Além de fornecer um plano, que permite responder as questões (...), o desenho especifica os mecanismos de controlo que servirão para minimizar as fontes potenciais de enviesamentos que colocam em risco de afectar a validade dos resultados em estudo.”

O método de investigação quantitativo, baseia-se na observação de factos, acontecimentos e/ou fenómenos objetivos. Sendo composto por um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis, leva o investigador a percorrer uma série de etapas, desde a definição do problema de investigação, á medida dos conceitos e á obtenção dos resultados.

Para Fortin (2009, pp.29-30):

“A investigação quantitativa apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas. Assim, as características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser medidas e controladas (...) trata-se geralmente de obter resultados susceptíveis de serem utilizados no plano prático e de fornecerem melhorias em situações particulares.”

Relativamente as estratégias utilizadas num estudo quantitativo: “(...) o investigador define as variáveis de forma operacional, recolhe metodicamente dados verificáveis junto dos participantes e analisa-os com ajuda de técnicas estatísticas (...)” (Fortin, 2009)

De acordo com o mesmo autor, a informação pode ser obtida através do questionário em meio natural do inquirido. Este instrumento de colheita de dados requer dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões fechadas, de forma a proporcionar melhor compreensão das mesmas e evitar a introdução de enviesamentos. Tratando-se de um processo de trabalho intensivo, a análise dos dados recolhidos através do questionário, só se tornou possível recorrendo á sua análise estatística descritiva.

Dentro da abordagem quantitativa, o estudo que iremos desenvolver é de carácter descritivo-simples. Este tipo de estudo é utilizado quando se pretende obter mais informações sobre as características de uma população e assim mais conhecimento de um determinado assunto.

“O estudo descritivo simples implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou parte desta mesma população.” (Fortin, 2009, p.237)

Este estudo tem um carácter transversal, pois analisa condições ocorridas num curto espaço de tempo que podem estar relacionadas com a idade, o crescimento, com reações e acontecimentos, com o desenvolvimento pessoal e com estados de saúde.

Para Fortin (2009, p.252), “O estudo transversal tem por objetivo medir a frequência de um acontecimento ou de uma doença e dos seus fatores de risco numa dada população.”, “ (...) Consiste em examinar simultaneamente um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, e relação com um fenómeno presente no momento de investigação.”

2.2 População Alvo, Amostra e Processo de Amostragem

Uma população é definida como um conjunto de elementos (podem ser apenas uma pessoa, um grupo, uma organização, uma cidade) que têm características comuns. Contudo, quando é objecto de um estudo é designada de “População Alvo”.

“A População Alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações. Como raramente se tem a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, examina-se a população acessível. (...) que é a porção da população alvo a que se pode aceder. Tanto quanto possível, ela deve ser representativa da população alvo”. (Fortin, 2009, p.311)

“A amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira.”(Fortin,2009, p.310)

Assim, a amostra vai ser uma fração dessa mesma população sobre a qual o estudo incide, desta forma, a população alvo, a população acessível e a amostra estão intimamente relacionadas.

Tendo em conta a definição destes conceitos, neste processo de investigação, optou-se por um(a):

- população alvo: todos os indivíduos vítimas de AVC;
- população acessível: todos os indivíduos vítimas de AVC residentes na freguesia de Rio Tinto;
- processo amostragem: não probabilístico acidental;
- amostra: 38 indivíduos vítimas de AVC residentes na freguesia de Rio Tinto.

Fortin, (2009, p.321) defende que: “A amostra acidental ou de conveniência é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos. Noutros termos, a amostragem acidental permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo.”

Os critérios de exclusão estipulados para este estudo foram: idosos sem capacidades cognitivas e totalmente dependentes.

2.3 Variáveis

As variáveis são as unidades de base de um estudo de investigação, consistem em características às quais se atribuem valores. Podem ter várias características como refere Fortin (2009, p.171) “Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados.”

Neste estudo consideramos as variáveis de atributo que são geralmente constituídas por características pré-existentes dos participantes, isto é, os dados sócio-demográficos, como a idade, o género e a situação familiar. De certa forma, as variáveis de atributo, podem exercer um efeito sobre uma outra variável, mas não podem ser manipuladas pelo investigador, ao contrário da variável independente.

2.4 Instrumento de Colheita de Dados

A selecção do instrumento de colheita de dados deve adequar-se ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objectivo da pesquisa, às hipóteses levantadas que se queiram confirmar, ao tipo de participantes com que se vai entrar em contacto e outros elementos que possam surgir no campo da investigação. (Lakatos e Marconi, 1996)

Partindo deste pressuposto, o método de recolha de dados pelo qual se optou para este estudo foi o questionário, que se encontra em anexos. Posteriormente, o investigador procedeu à construção de um questionário de forma a responder às suas necessidades particulares, visto que este instrumento de colheita de dados tem por objectivo a recolha de informação factual, não só sobre acontecimentos ou situações conhecidas, como também sobre crenças, sentimentos, conhecimentos, opiniões e atitudes.

Norwood (*cit. in* Fortin, 2009, p.380), defende que o questionário:

“é o método mais utilizado pelos investigadores (...) exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões (...) apresenta uma grande flexibilidade no que respeita á estrutura, à forma e aos meios de recolher a informação.”

O modo de aplicação do questionário selecionado foi o preenchimento durante uma entrevista face a face, também denominado por questionário-entrevista.

Contudo, neste tipo de aplicação, e de forma a evitar enviesamentos, o investigador teve de expôr as questões ao inquirido tal como foram redigidas.

Assim, o questionário elaborado é composto por três partes distintas: a primeira relativa á identificação socio-demográfica do individuo; a segunda aos dados relacionados com a instalação do AVC e a terceira e última é constituída por questões fechadas, em que se pretende saber qual auto-percepção que o individuo vitima de AVC detém sobre a sua qualidade de vida.

2.5 Pré-teste

O pré-teste foi realizado a quatro indivíduos vítimas de AVC residentes na freguesia de Rio Tinto. Este tem como objetivo assegurar apenas a validade do instrumento de colheita de dados definido para o nosso estudo.

Para Fortin (2009, p.386), o pré-teste:

“é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo. Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem.”

Assim, foi necessário proceder a algumas alterações no questionário, pois verificamos que haviam certas dificuldades na compreensão das questões e consecução das respetivas respostas. Os questionários do pré-teste não estão incluídos na amostra final.

2.6 Tratamento e Análise de Dados

Logo após a recolha de dados, através do questionário, é necessário proceder ao seu tratamento, de forma a descobrir se os objetivos propostos foram cumpridos ou não.

De acordo com Polit e Hungler (1995): “os dados colhidos no decorrer da pesquisa não respondem, em si e por si, às questões da pesquisa (...) precisam de ser analisados de alguma forma.”

Deste modo para proceder á análise dos dados optou-se pela análise descritiva, processo pelo qual o investigador trata um conjunto de dados brutos, por meio de técnicas estatísticas, com o objetivo de descrever as características da amostra e responder ás questões de investigação, formuladas na fase conceptual.

Na estatística descritiva, os dados numéricos são traduzidos e apresentados sob a forma de gráficos, de maneira que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor. (Fortin, 2009, p.411)

2.7 Considerações Éticas

Independentemente do tipo de investigação ou a estratégia que utiliza, o investigador terá que resolver determinadas questões de ordem ética, com a finalidade de salvaguardar os direitos de todos os participantes.

“Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação.” (Fortin, 2009, p.180)

Assim, na investigação são definidos alguns princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana:

- o respeito pelo consentimento livre e esclarecido: onde o sujeito tem acesso a toda a informação, conhece e compreende bem o conteúdo em que se envolve;

- o respeito pelos grupos vulneráveis: este exige a ausência de qualquer mau trato ou discriminação e beneficiência da parte do investigador;
- o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais: que envolve o direito à intimidade, ao anonimato da identidade do participante e à confidencialidade do dados obtidos;
- o respeito pela justiça e pela equidade: princípio pelo qual o investigador divide igualmente os benefícios e os inconvenientes da investigação entre todos os participantes;
- o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes: em que o investigador deve ponderar cuidadosamente os riscos que fará correr aos participantes e calcular os benefícios que os mesmos poderão retirar para eles próprios. (Fortin, 2009, p.186)

De acordo com estes direitos fundamentais, toda a informação relativa ao processo de investigação, incluindo a declaração de consentimento informado devidamente assinada pelos inquiridos, cumpriram todos os critérios éticos.

III. Fase Empírica

Na fase empírica são recolhidos, tratados, apresentados e analisados todos os dados ao longo da investigação, de forma a ir de encontro aos objectivos do estudo.

Conforme Fortin (2009, p.56): “a fase empírica corresponde à colheita de dados no terreno, à sua organização e análise (...) Na fase empírica são apresentados e analisados todos os dados recolhidos ao longo do estudo de investigação, para que posteriormente, ocorra a discussão dos mesmos.”

3.1 Apresentação e Análise de dados

Assim, após aplicação dos questionários, as suas respostas foram analisadas e transcritas para o Microsoft Office Excel 2007 para uma melhor compreensão dos resultados.

- **PARTE I – Identificação sócio-demográfica:**

A amostra utilizada neste estudo de investigação é constituída por 38 indivíduos vítimas de AVC e pertencentes à freguesia de Rio Tinto. Após observação da distribuição das idades abaixo evidenciada (grafico 1), verificamos que, a maior parte dos inquiridos tem idade superior a 65 anos, traduzindo-se em 50% da amostra. Sendo que, 37% correspondem aos inquiridos com idade compreendida entre os 46 aos 65 anos e apenas 13% se refere aos inquiridos entre os 26 aos 45 anos.

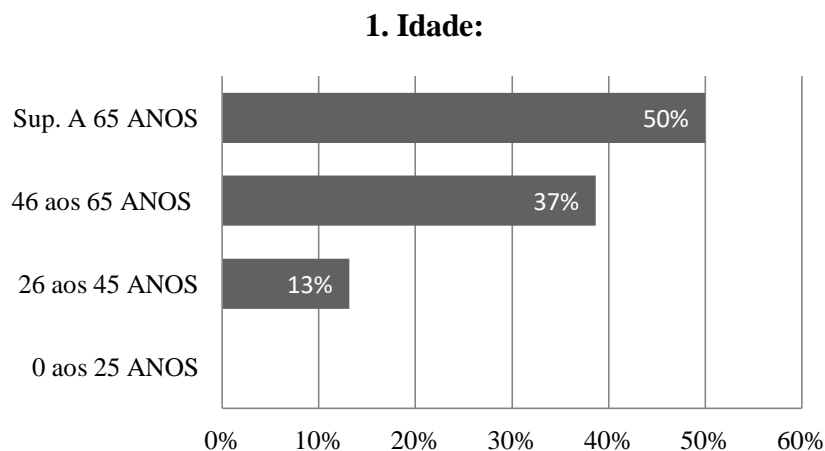


Gráfico 1- Distribuição da amostra em relação à idade dos inquiridos.

Relativamente ao género dos inquiridos, constatou-se que a maioria é do sexo masculino com 66% e apenas 34% do sexo feminino, como se pode verificar no gráfico 2.

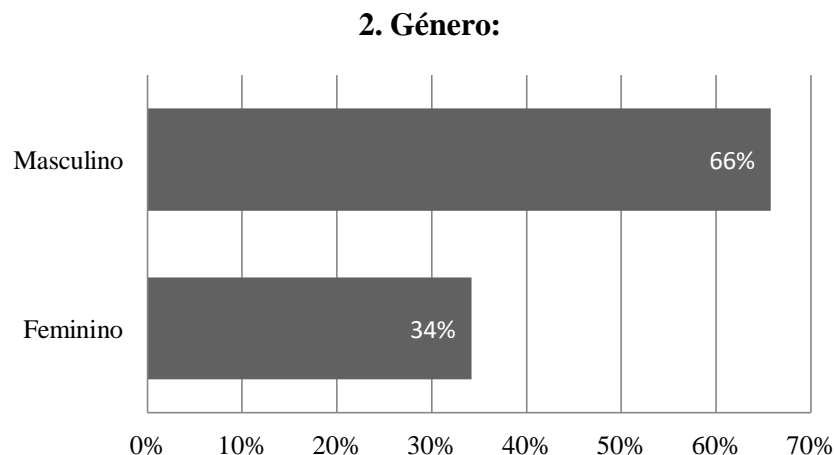


Gráfico 2- Distribuição da amostra em relação ao género dos inquiridos.

No que diz respeito ao estado cívil, confirmou-se que 39% são casados, seguindo-se 37% são viúvos, 8% estão solteiros e em união de facto, 5% referem-se aos separados e apenas 3% dos indivíduos encontram-se divorciados, como apresenta o gráfico 3.

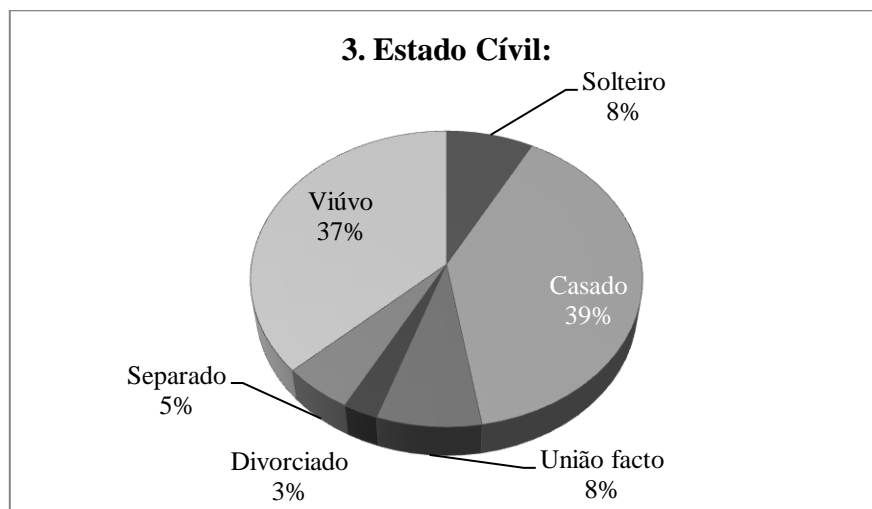


Gráfico 3- Distribuição da amostra em relação do estado cívil dos inquiridos.

No gráfico 4, é possível comprovar que apenas 32% dos indivíduos não têm filhos, o que nos permite concluir que os restantes 68% têm pelo menos um filho. Contudo, no mesmo gráfico conseguimos ver como se distribuiu o número de filhos por indivíduo com resposta positiva.

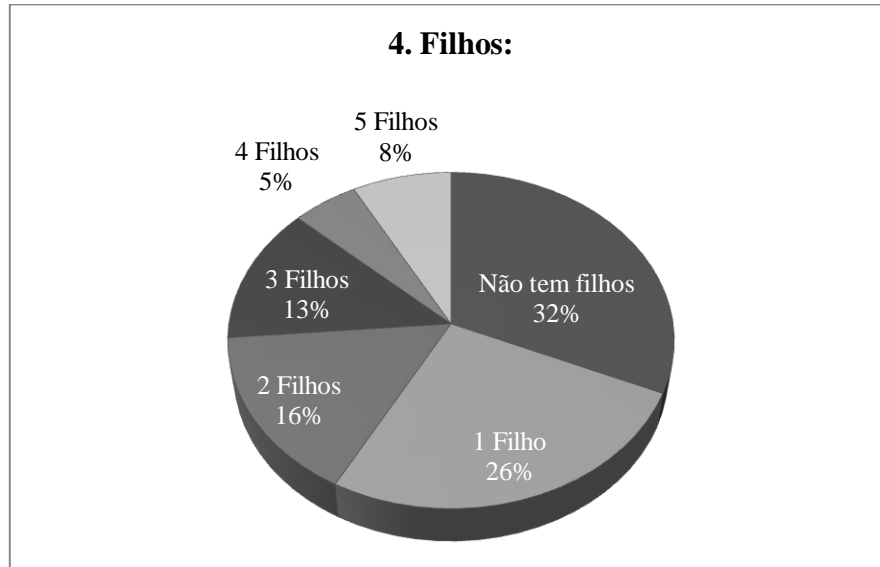


Gráfico 4- Distribuição da amostra em relação ao número de filhos dos inquiridos.

Em relação á situação familiar, isto é, com quem vive o indivíduo vítima de AVC, a maioria respondeu viver em cônjuge (50%) e seguidamente com os filhos (35%), sendo que os restantes vivem sozinhos (15%), tal como podemos comprovar pelo gráfico 5.

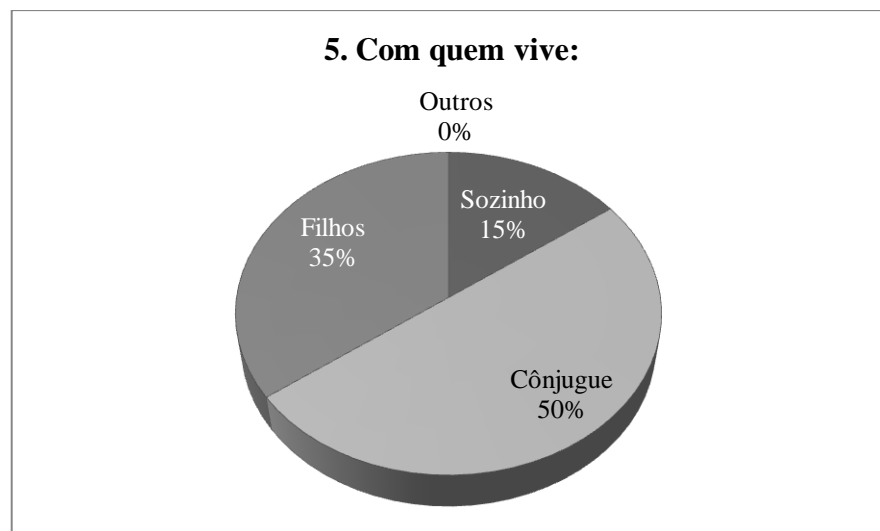


Gráfico 5- Distribuição da amostra em relação á situação familiar dos inquiridos.

- **PARTE II – Dados relacionados com a instalação do AVC:**

Relativamente ao gráfico 6, podemos verificar que os défices neurológicos predominantes após AVC são os défices motores (49%) e os verbais (22%). Sendo que os défices visuais, sensoriais e emocionais detêm as percentagens minoritárias. Também é possível constatar que não foram obtidas respostas quanto aos défices cognitivos e outros.

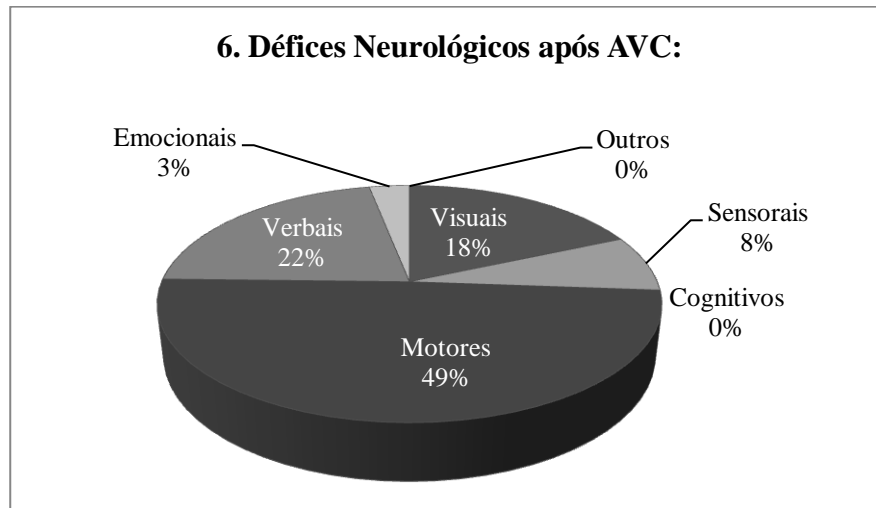


Gráfico 6- Distribuição dos défices neurológicos após AVC.

- **PARTE III- Dados relativos às questões da investigação:**

No gráfico 7, 68% dos inquiridos responderam que sentiram dificuldade em respirar “algumas vezes”; 21% respondeu “poucas vezes”; 8% referiu “nunca” e por fim apenas 3% respondeu sentir “quase sempre” alguma dificuldade. Na opção de resposta “sempre” não foram obtidas respostas, correspondendo portanto aos 0%.

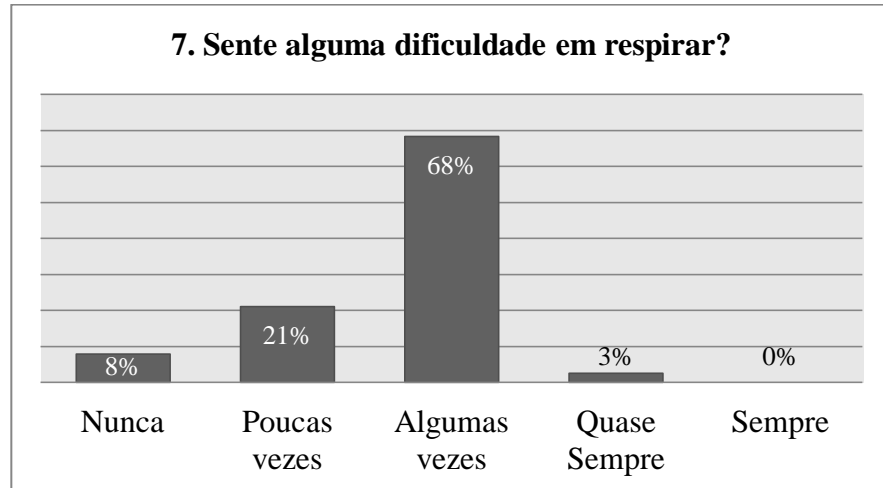


Gráfico 7- Sente alguma dificuldade em respirar?

Na pergunta “Quanto á vontade de comer e beber, sente que esta se encontra alterada?”, a maioria dos indivíduos (63%) respondeu que a mesma se encontra “razoável”; enquanto que 34% dos inquiridos refere que o apetite está “diminuído” e 3% diz estar “ausente”. Quanto ás duas últimas opções “elevado” e “recusa” não foram obtidas respostas, estando ambas traduzidas em 0%.

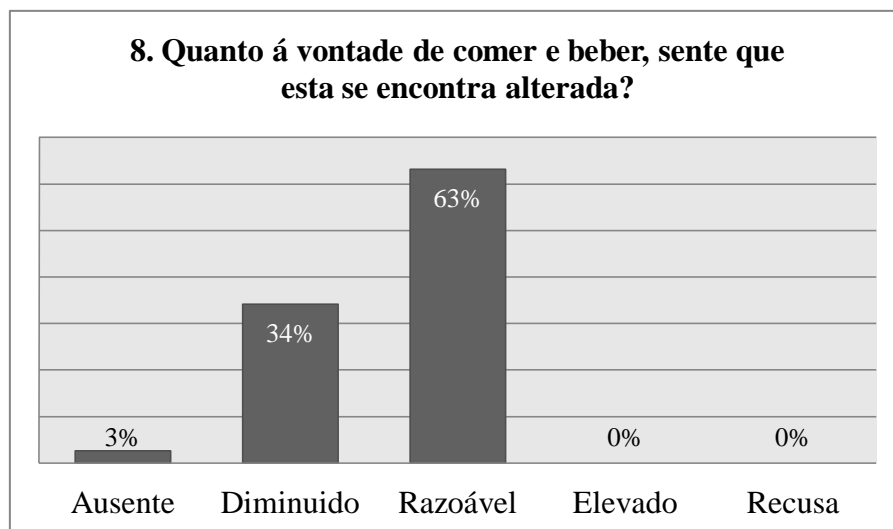


Gráfico 8- Quanto á vontade de comer e beber, sente que esta se encontra alterada?

No gráfico 9, obtivemos uma distribuição de respostas bastante heterogénia. A maioria, aqui representado em 32%, respondeu “algumas vezes” á pergunta “Consegue cortar/partir os alimentos em bocados manuseáveis e levar a comida á boca?”; seguido de 26% que respondeu conseguir “poucas vezes”; 21% conseguem “quase sempre”; 16% respondeu “sempre” e 5% dos inquiridos refere “nunca” ter conseguido partir e levar os alimentos à boca após AVC.

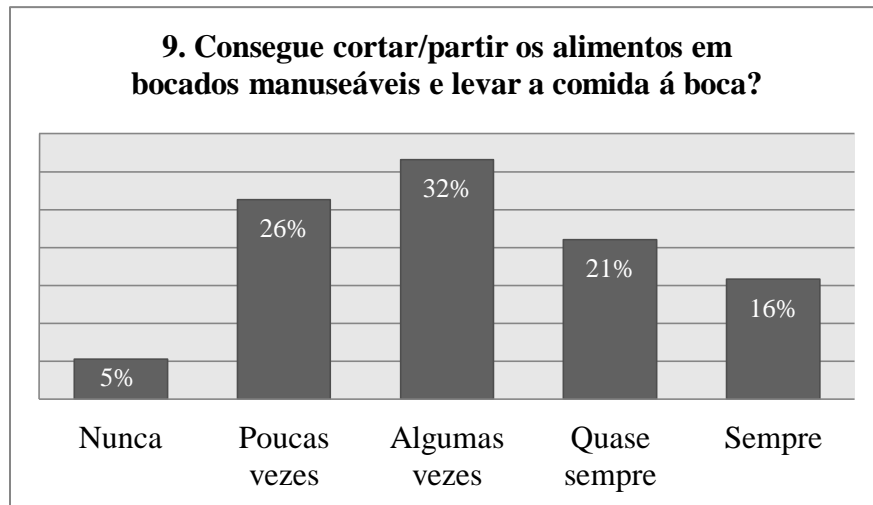


Gráfico 9- Consegue cortar/partir os alimentos em bocados manuseáveis e levar a comida á boca?

No que diz respeito ao uso do sanitário, 39% dos indivíduos considera que precisa de ajuda de terceiros “quase sempre”; 30% necessita só “algumas vezes”; 21% respondeu precisar “poucas vezes”; e as opções de resposta “nunca” e “sempre” partilham os restantes 10% da amostra.

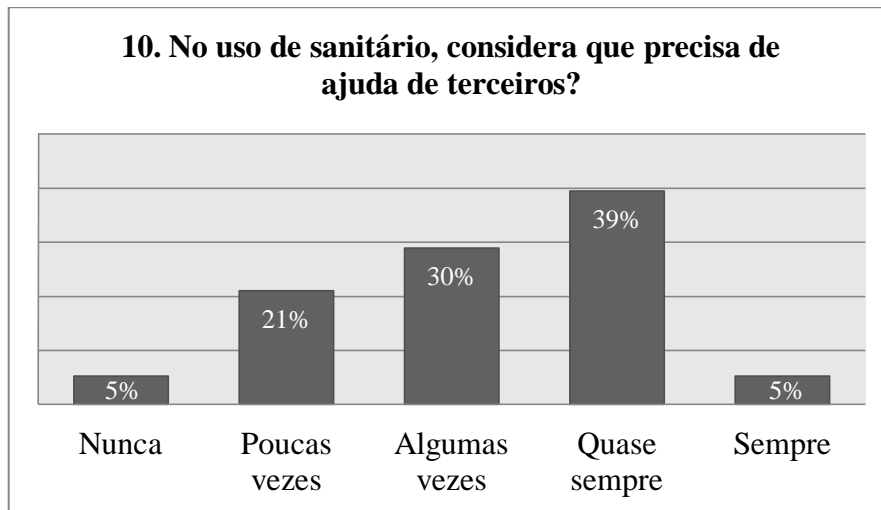


Gráfico 10- No uso de sanitário, considera que precisa de ajuda de terceiros?

No gráfico 11, apurou-se que 39% dos inquiridos precisam “quase sempre” de um dispositivo auxiliar de marcha para se deslocar e que 26% necessitam “sempre”. Apenas 13% responderam precisar só “algumas vezes”; 11% referem “poucas vezes” e os restantes 11% “nunca” precisaram de qualquer apoio para se deslocarem.

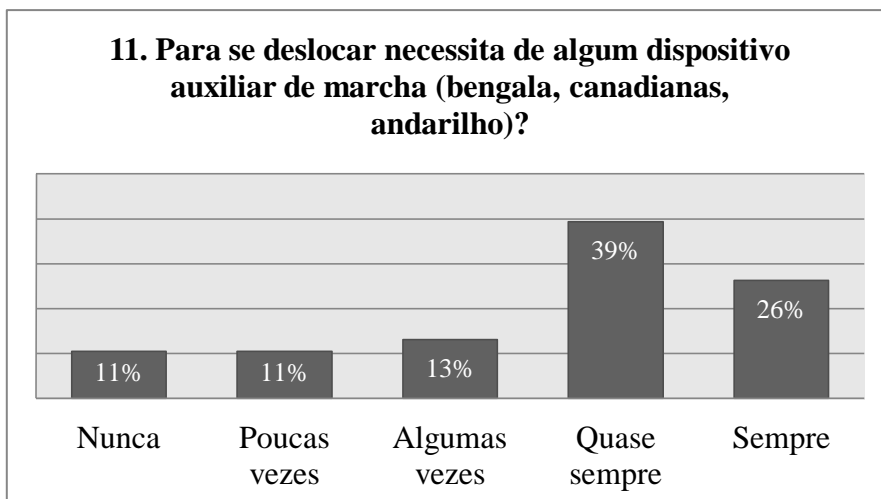


Gráfico 11- Para se deslocar necessita de algum dispositivos auxiliares de marcha (bengala, canadianas, andarilho)?

Quanto á prática de alguma actividade física, é possível confirmar no gráfico 12, que quase a totalidade da nossa amostra não consegue praticar exercício (66% responderam “nunca” e 25% referem conseguir “poucas vezes”). Sendo que as restantes opções de resposta se traduziram apenas em 3% cada.

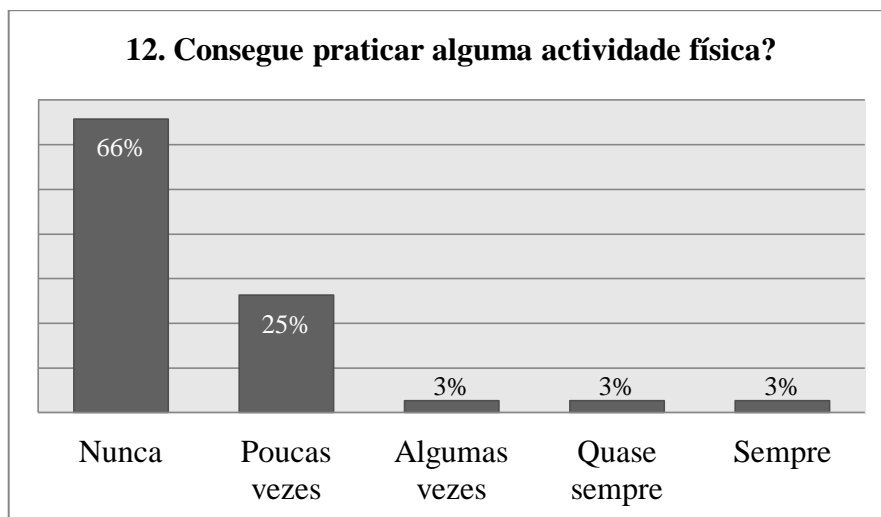


Gráfico 12- Consegue praticar alguma actividade física?

No que se refere a sentir cansaço fácil após algumas tarefas, 40% dos individuos costumam sentir “quase sempre” no seu dia-a-dia; 29% respondeu sentir cansaço “sempre” e 13% salientou só “algumas vezes”. Assim, 5% dos inquiridos referiu “nunca” ter sentido cansaço fácil.

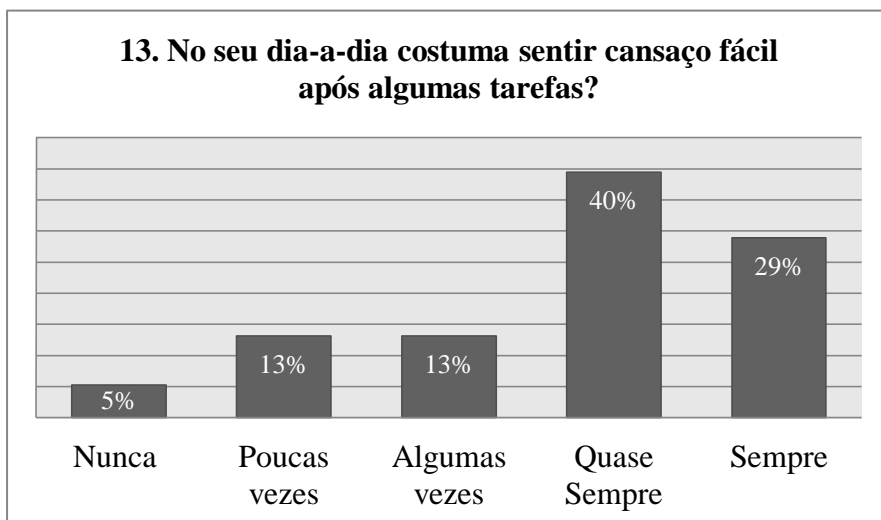


Gráfico 13- No seu dia-a-dia costuma sentir cansaço fácil após algumas tarefas?

Na análise das respostas presentes no gráfico abaixo, a soma das respostas positivas destaca-se novamente pela maioria, indicando assim que os inquiridos sentem dificuldade em adormecer, após o AVC. E que, apenas 18% responderam de forma negativa a esta questão.

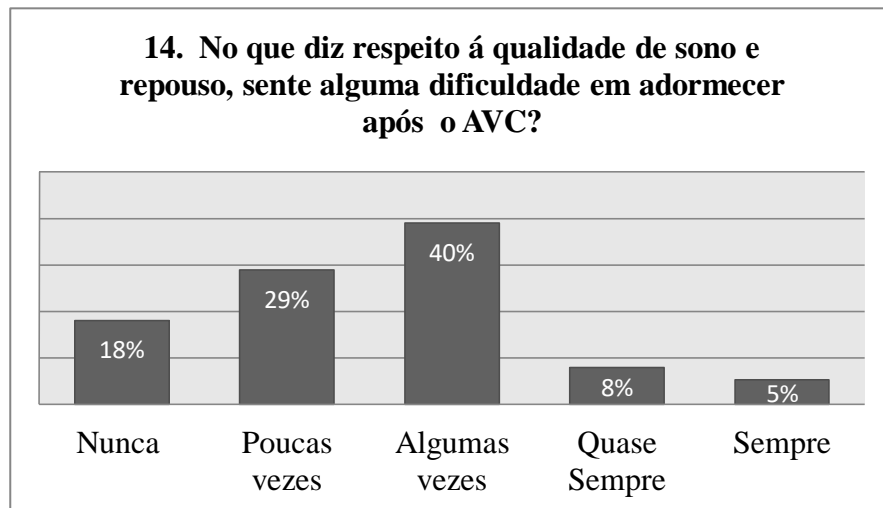


Gráfico 14- No que diz respeito á qualidade de sono e repouso, sente alguma dificuldade em adormecer após o AVC?

Pela análise do gráfico 15, é bem evidente a tendência dos inquiridos em recorrer a terapeutica medicamentosa para conseguir dormir e repousar , uma vez que, 50% respondeu “algumas vezes”; 21% refere recorrer “poucas vezes”; 8% “quase sempre” e 3% recorre “sempre” que sente dificuldade em adormecer.

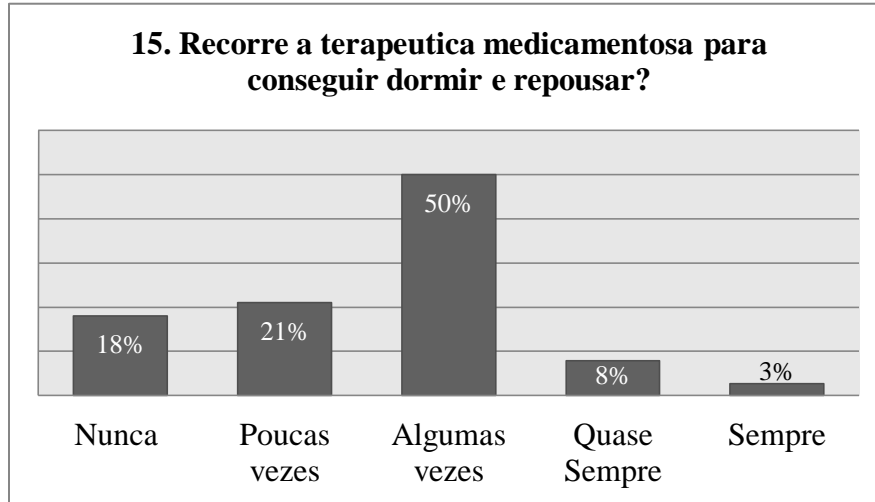


Gráfico 15- Recorre a terapêutica medicamentosa para conseguir dormir e repousar?

Quanto á pergunta “Tem autonomia para se vestir e despir, de acordo com a situação e o clima?”, confirma-se a clara maioria, que refere ter pouca ou nenhuma autonomia (3% “nunca”; 39% “poucas vezes” e 29% “algumas vezes”). Contudo, os restantes inquiridos, transcritos em 29% referem ter autonomia suficiente.

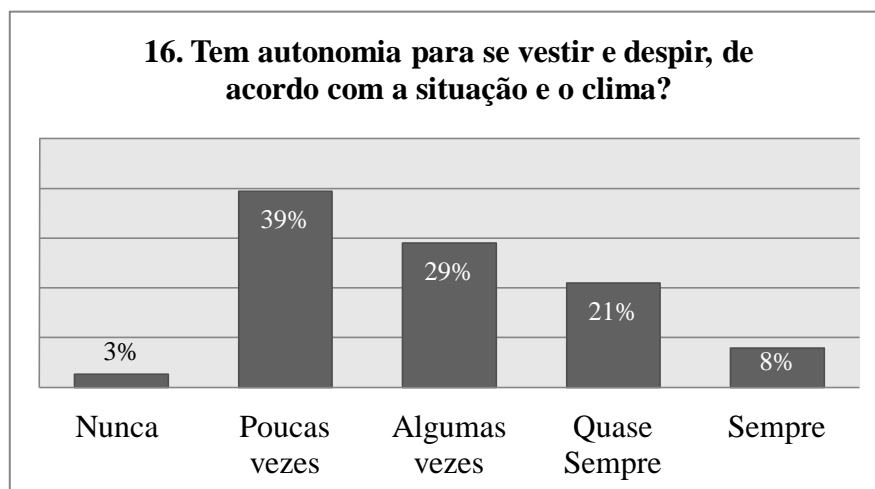


Gráfico 16- Tem autonomia para se vestir e despir, de acordo com a situação e o clima?

O gráfico 17, revela que mais de metade da amostra não consegue manter um padrão contínuo de higiene, tendo-se obtido 3% na resposta “nunca”; 45% em “poucas vezes; 24% referindo “algumas vezes” e apenas 28% respondeu de forma positiva a esta questão.

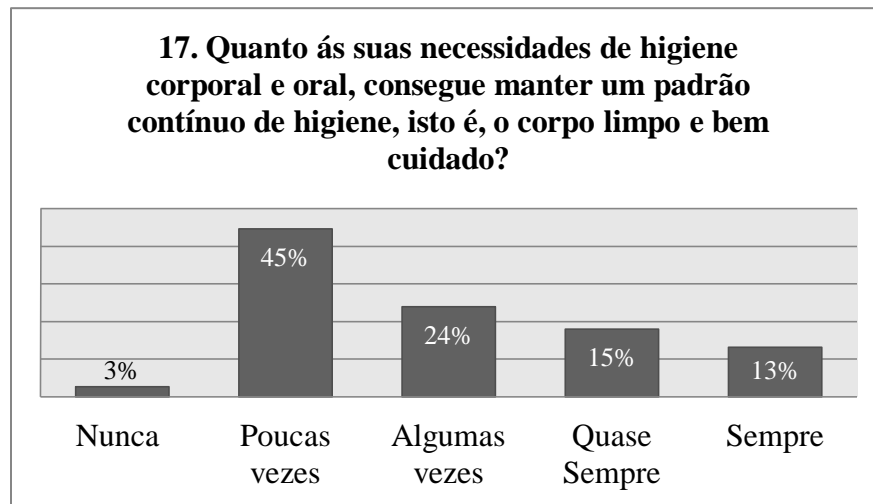


Gráfico 17- Quanto às suas necessidades de higiene corporal e oral, consegue manter um padrão contínuo de higiene, isto é, o corpo limpo e bem cuidado?

Numa situação de perigo, 55% dos indivíduos pensa que “nunca” teria capacidade para proteger-se ou manter-se a salvo; 26% acha que teria “poucas vezes” e 3% “algumas vezes”. Por outro lado, 11% referiu que pensa ter capacidade “quase sempre” e 5% respondeu “sempre”.

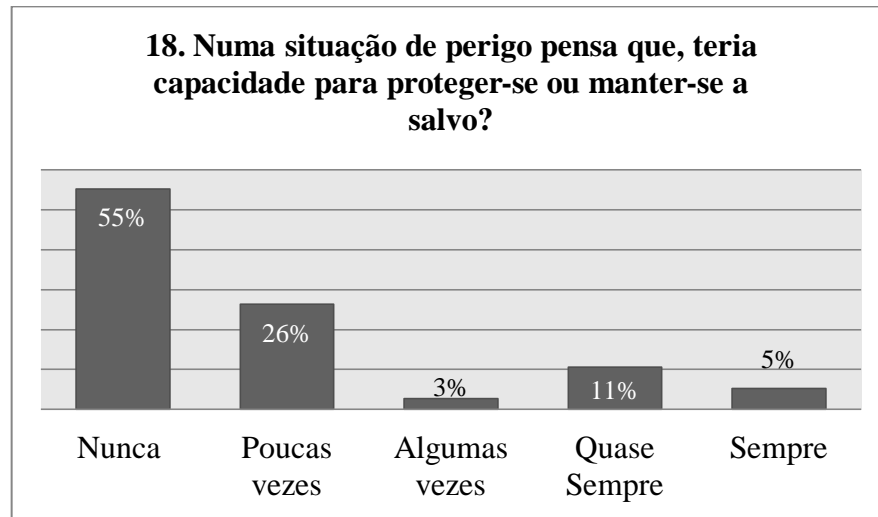


Gráfico 18- Numa Situação de perigo pensa que, teria capacidade para proteger-se ou manter-se a salvo?

Segundo o gráfico 19, 3% dos inquiridos “nunca” conseguiu integrar-se facilmente na sociedade, após AVC; 42% diz ter se integrado “poucas vezes”; 26% respondeu “algumas vezes”; 18% referiu ter sido fácil “quase sempre” a sua integração novamente e 11% considerou fácil integrar-se novamente.

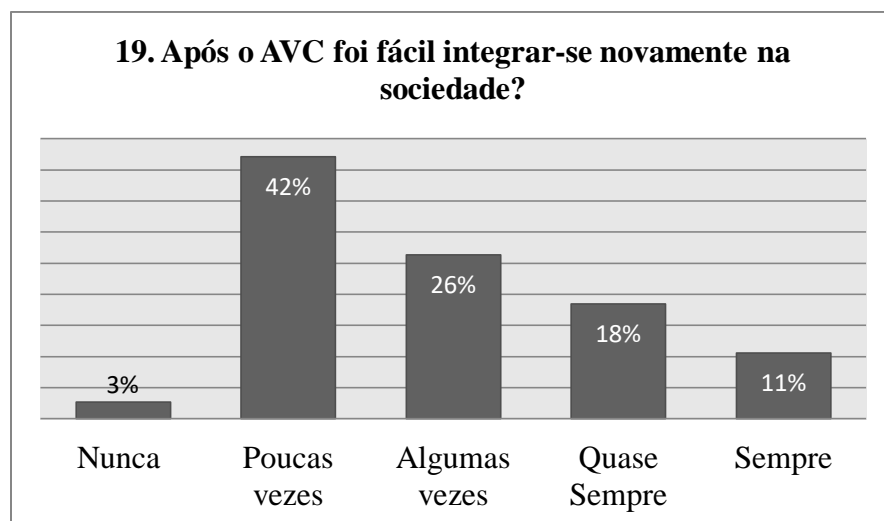


Gráfico 19- Após o AVC foi fácil integrar-se novamente na sociedade?

Tendo em conta as suas crenças e os seus valores, 60% dos indivíduos “quase sempre” se sente capaz de agir e tomar decisões após AVC; 37% respondeu “sempre” a esta questão e 3% referiu sentir-se capaz apenas “algumas vezes”. Porém não obtivemos resultados quanto as duas primeiras opções de resposta.

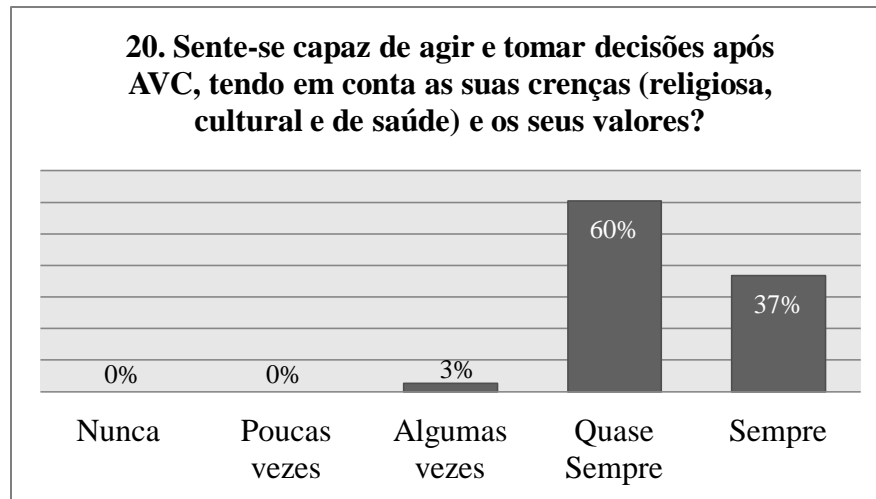


Gráfico 20- Sente-se capaz de agir e tomar decisões após AVC, tendo em conta as suas crenças (religiosa, cultural e de saúde) e os seus valores?

No que se refere ao exercício profissional, a maioria respondeu de forma negativa, achando assim, que não conseguem exercer a sua profissão activamente (55% assumiu “nunca” e 16% referiu conseguir “poucas vezes”). Em contrapartida, 16% respondeu conseguir “algumas vezes”; 11% “quase sempre” e 2% “sempre”.

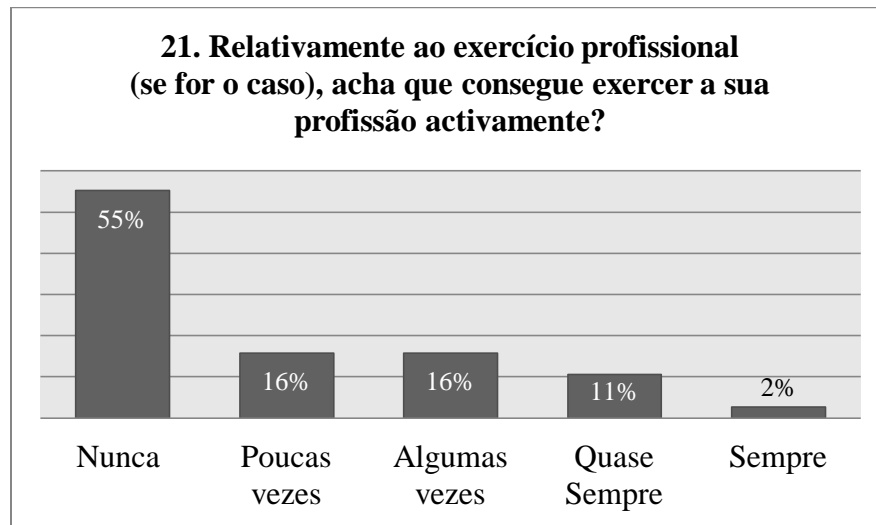


Gráfico 21- Relativamente ao exercício profissional (se for o caso), acha que consegue exercer a sua profissão activamente?

No gráfico 22, os indivíduos já reformados referiram maioritariamente “nunca” (66%) ou “poucas vezes”(16%) terem vontade de procurar actividades com o objectivo de conviver e divertir-se. Já 5% respondeu procurar “algumas vezes”; 3% “quase sempre” e 10% “sempre”.

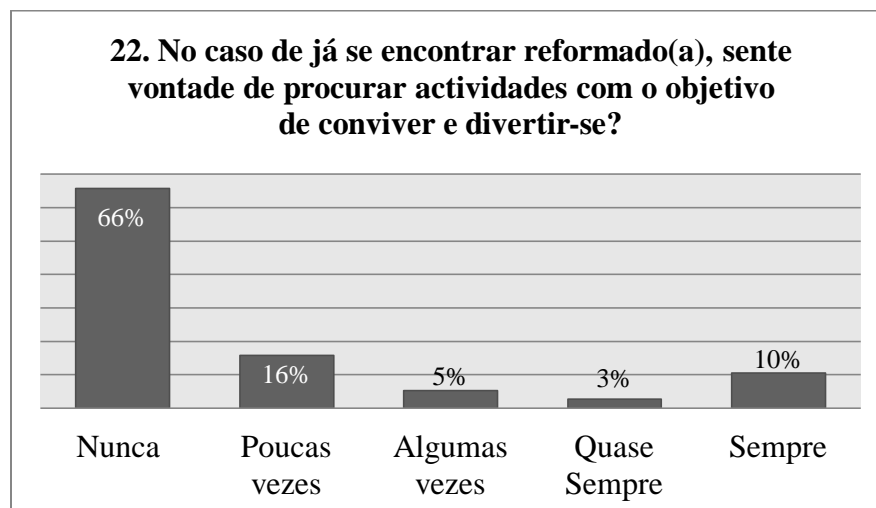


Gráfico 22- No caso de já se encontrar reformado(a), sente vontade de procurar actividades com o objetivo de conviver e divertir-se?

Após a alta clínica e tendo em conta o estado após AVC, 42% considerou ter sido difícil a adaptação às condições da sua habitação; 24% respondeu “sempre” e 21% “algumas vezes”. Sendo que apenas 10% considerou essa dificuldade “poucas vezes” e 3% “nunca”.

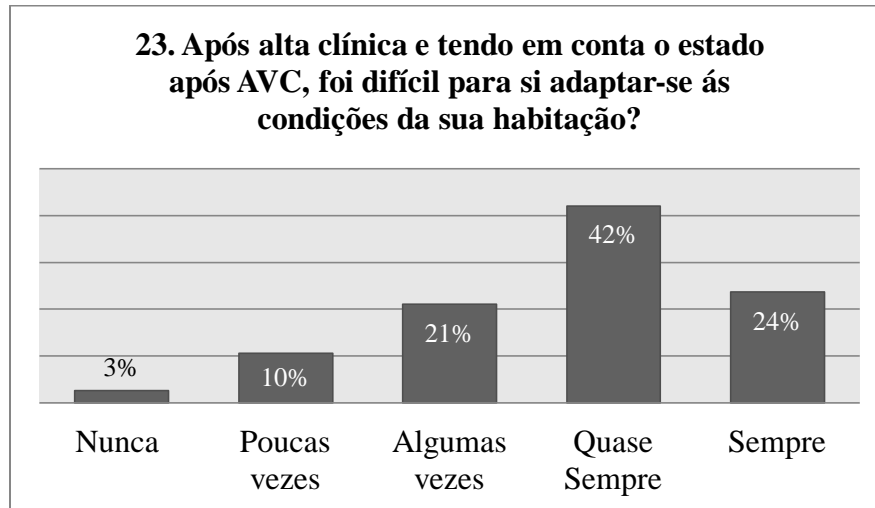


Gráfico 23- Após alta clínica e tendo em conta o estado após AVC, foi difícil para si adaptar-se às condições da sua habitação?

Como é possível constatar no gráfico abaixo, 39% dos inquiridos quando se vê ao espelho, sente-se apenas “algumas vezes satisfeito” com a sua imagem; 35% “pouco satisfeito”; 18% referiu sentir-se “quase sempre satisfeito” e 8% “sempre satisfeito”. Contudo para a opção “nada satisfeito” não foram obtidas respostas.

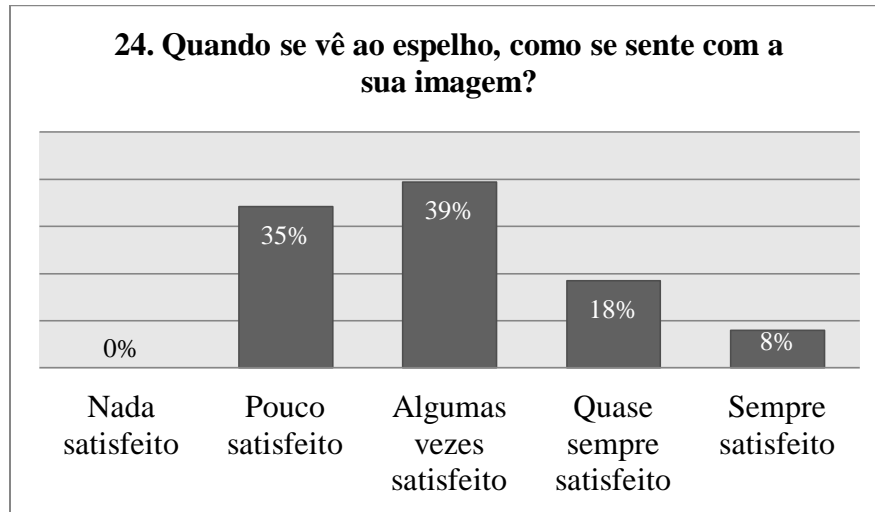


Gráfico 24- Quando se vê ao espelho, como se sente com a sua imagem?

Na pergunta, “Em modo geral, como percebe a sua autonomia na realização das actividades de vida diárias?”, a nítida maioria percebe a sua autonomia como “Má” (48%) e “Muito Má” (18%). Os outros 18% responderam “Razoável”; 5% “Boa” e 11% consideram a sua autonomia “Muito Boa”.

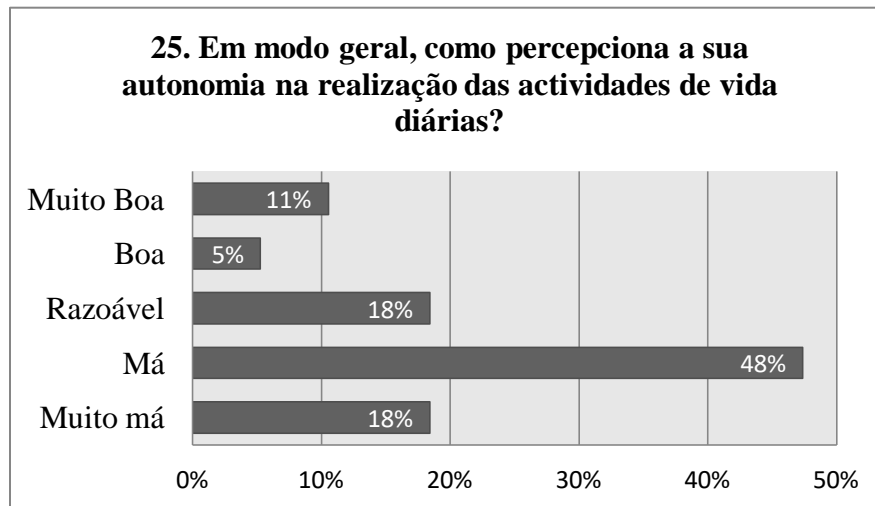


Gráfico 25- Em modo geral, como percebe a sua autonomia na realização das actividades de vida diárias?

Quanto ao gráfico 26, 39% dos inquiridos avalia globalmente a sua qualidade de vida na actualidade como “Má”; 37% considera “Razoável” e 14% “Muito má”. Por fim, apenas 5% respondeu “Boa” e 5% “Muito Boa”.

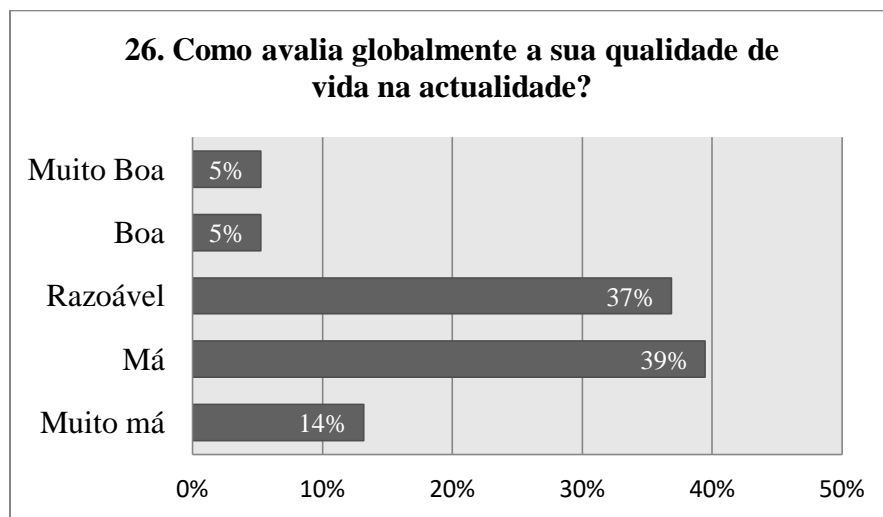


Gráfico 26- Como avalia globalmente a sua qualidade de vida na actualidade?

3.2 Discussão dos Dados

Segundo a caracterização da amostra anteriormente apresentada, podemos concluir que os indivíduos vítimas de AVC, residentes na Freguesia de Rio Tinto, e que responderam ao nosso questionário têm as seguintes particularidades:

- têm idades compreendidas entre os 46 e os 65 anos, sendo a faixa etária superior a 65 anos significativamente dominante;
- podem ser de ambos os géneros, porém com evidente superioridade do sexo masculino;
- são maioritariamente casados(as) e viúvos(as);
- mais de metade dos inquiridos têm pelo menos um filho;
- os mesmos vivem em conjúgio e/ou com os filhos.

O AVC é uma doença que causa incapacidade funcional, impondo aos indivíduos limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos, podendo alterar a dinâmica da sua vida e a sua qualidade. (Menoita, 2012)

Posto isto, e com base no gráfico 6, verificamos que os défices neurológicos predominantes após AVC são os défices motores e os verbais.

Cunha (2000) reforça a ideia que, de todos os défices resultantes do AVC o mais comum é a nível motor, refletindo-se em hemiplegia ou hemiparesia. O mesmo autor define hemiparesia como paralisia de uma das metades do corpo (o que inclui a face, o membro superior e inferior) e é o resultado de uma lesão que atinge o hemisfério cerebral contralateral.

No que diz respeito á parte respiratória, podemos constatar que os inquiridos sentem alguma dificuldade em respirar. Sendo que, a mesma muitas vezes está associada á imobilidade.

Tal como salienta Mailloux-Poirier (1995, p.200):

“as alterações comuns do sistema nervoso predispoem a problemas respiratórios, a imobilidade produz estase e acumulação de secreções, por diminuição da força muscular e depressão do sistema nervoso central, contribuindo para a ineficácia do reflexo de tosse.”

Relativamente á alimentação, obtivemos resultados positivos, tendo em conta que o apetite dos indivíduos não sofreu alterações significativas, mantendo-se assim “Razoável”.

Pois “(...) a saúde e a longevidade estão directamente ligados ao estado nutricional e hábitos alimentares (...)” (Mailloux-Poirier, 1995, p. 216)

Por outro lado, a maioria dos indivíduos não consegue cortar/partir os alimentos em bocados manuseáveis e levar a comida á boca, pela perda de amplitude de movimento ou coordenação.

Menoita (2012, p.130) refere que de forma a facilitar a apreensão e o corte dos alimentos, os doentes recorrem a dispositivos de compensação, como chávenas de configuração especial, talheres adaptados, pratos concâvos com proteção lateral ou com material anti-derrapante, estes permitem à pessoa conseguir encher a colher sem que os alimentos saiam do prato.

Quanto ao uso do sanitário, os inquiridos consideram que precisam “quase sempre” ou pelo menos “algumas vezes” de ajuda de terceiros para assegurar este autocuidado.

“Após o AVC pode ocorrer diminuição da actividade reflexa do intestino e dos movimentos peristálticos devido a uma diminuição da mobilidade geral e da dificuldade na eliminação, decorrente da limitação da força ou ainda por inadequação das instalações sanitárias (...).” (Martins, 2002)

No que se refere à mobilidade, os indivíduos necessitam de dispositivos auxiliares de marcha “quase sempre” para conseguirem se deslocar.

“A saúde e o bem estar do individuo depende da sua capacidade para se mover e mobilizar os membros. A mobilização de todas as partes do corpo através de movimentos coordenados e a manutenção de um bom alinhamento corporal permitem ao organismo desempenhar todas as funções vitais (...).” (Mailloux-Poirier, 1995, p.291)

Relativamente á prática de exercício físico, os respondentes salientaram não conseguir desempenhar qualquer actividade. Sabendo que, para a prática de qualquer actividade desportiva é essencial ter corpo e espírito são, ter órgãos em perfeito estado, ter força e resistência muscular, então percebemos, que a pessoa vítima de AVC com défices motores detêm escassas capacidades para fazer exercício.

Contudo Rabelo e Neri (*cit. in* Menoita et al., 2012, p.194) asseguram que:

“A interação social e a participação em grupo realizada por meio da prática de actividades físicas também beneficiam os aspectos emocionais (...) melhorando a auto-confiança e a autonomia.”

Respetivamente ao dia-a-dia dos indivíduos e após algumas tarefas, estes referem sentir um cansaço fácil.

“(…) as alterações motoras associadas ao AVC levam a que a pessoa altere a forma como realiza as suas actividades de vida diária, consumindo energias diferentes. Estas alterações levam a que a pessoa se sinta mais cansada a realizar uma determinada tarefa, comparativamente com o período anterior ao AVC.” (Mateus, 2015)

Quanto á qualidade de sono e repouso, é possível constatar que os inquiridos sentem alguma dificuldade em adormecer após AVC. Recorrendo algumas vezes a terapeutica medicamentosa para conseguirem dormir e repousar.

Mailloux-Poirier (1995, p.319) refere que :

“os barulhos ocasionais e inesperados, grau de intimidade (numero de pessoas que partilham o mesmo quarto) e a temperatura (calor ou frio intenso) influenciam o sono (...). As sextas ou «pequenos sonos» são períodos de repouso normais que aumentam à medida que envelhecemos. Evidenciam simplesmente uma distribuição dos ciclos de sono e compensam a diminuição dos sonos noturnos (...).”

No autocuidado: vestir-se e despir-se, de acordo com a situação e o clima, concluímos que os individuos consideram não ter autonomia para o desempenhar.

“As alterações de vida diárias em que o vestuário e cuidados ao arranjo pessoal são geralmente considerados como comportamentos automáticos e rotineiros, podem se afectadas por alterações cognitivas e/ou percepção. (...) o indivíduo atingido com alteração da mobilidade não pode com efeito, utilizar uma das mãos o que interfere com o vestir (...)” (Mailloux-Poirier, 1995, p.335)

Quanto ás necessidades de higiene corporal e oral, podemos apurar que mais de metade da dos indivíduos referiu não conseguir manter um padrão contínuo de higiene.

“(…) a satisfação da necessidade de limpeza, não implica unicamente a capacidade física de realizar os gestos e acções necessárias. Outros factores psico sociais influenciam igualmente a satisfação desta necessidade, a auto-estima está intimamente ligada a todos os aspectos da auto-imagem.” Blackweel (*Les comportements humains*, 1982, p.17)

Numa situação de perigo, os indivíduos pensam não ter qualquer capacidade para se protegerem ou se manterem a salvo.

Pois, segundo Blackweel (*Les comportements humains*, 1982, p.391):

“Para conservar a saúde e assegurar a segurança, o ser humano deve proceder de forma a que o seu ambiente pessoal o preserve do contágio, das doenças e dos acidentes. (...) a adaptação do ambiente permite evitar as quedas, acidentes, incêndios e hipotermia, que são muitas vezes causa de morte.”

Para a maioria dos indivíduos, a reintegração na sociedade não foi de todo fácil após AVC.

Ferreira e Figueiredo (*cit. in* Menoita et al., 2012) acrescentam:

“que é fundamental a pessoa com AVC interagir com outras, não somente para manter as relações sociais e receber suporte social para si, mas para se sentir útil, intumescer sentimentos de auto-estima, tendo a possibilidade de ajudar, num contexto de trocas.”

Tendo em conta as suas crenças (religiosa, cultural e de saúde), os respondentes sentem-se bastante capazes de agir e tomar decisões após o AVC.

“Todo o ser humano tem necessidade de crenças e de valores para manter a sua identidade pessoal e a sua individualidade. A identidade permite ao ser humano manter-se fundamentalmente o mesmo apesar de todas as mudanças que ocorrem no decurso da sua existência.” (*Les comportements humains*, 1982, p.200)

Relativamente ao exercício profissional, é nos possível concluir que os inquiridos na sua grande maioria, responderam não conseguir exercer de novo a sua profissão de forma ativa.

“(...) a qualidade de vida das pessoas com AVC não só é afectada pela incapacidade, mas pela impossibilidade de voltar ao trabalho, não só para efeitos de sobrevivência, como também pela sua importância para o auto-conceito, o status social e as relações sociais.” (Vestling et al., 2003, *cit in*. Menoita et al., 2012)

Por outro lado, dos inquiridos que já se encontram reformados(as), a maioria referiu “nunca” ter vontade de procurar actividades com o objectivo de conviver, ocupar-se e divertir-se.

“A necessidade de se ocupar tendo em vista a auto-realização está diretamente ligada com os diferentes papéis sociais vividos e assumidos por um individuo.” (ICN, 1989, p.52)

Após alta clínica e tendo em conta o estado pós AVC, para quase a totalidade dos inquiridos foi muito difícil a adaptação às condições da habitação, pois o ambiente físico “(...) deve estar adaptado às condições do paciente, promovendo (...) a auto-eficácia, autonomia, e independência.”

Quanto á forma como os individuos se sentem com a sua imagem, quando se veêm ao espelho, metade da maioria refere sentir-se “algumas vezes satisfeito” e a outra parte “pouca vezes satisfeito”.

Howes et al. (2005) afirmam que um AVC afecta a forma como a pessoa se vê a si mesma, ou seja, a sua auto-estima. Os mesmo autores, referem ainda:

“(...) que após a lesão ocorre uma depressão reactiva devido a ocorrer múltiplas perdas que o individuo tem de se adaptar, nomeadamente o reconhecimento que o antigo self pré-mórbido está diminuído ou ausente.”

Na realização das actividades de vida diária, os individuos vítima de AVC, percebem a sua autonomia como sendo “má”. Pois, as AVD fazem parte do quotidiano da pessoa, tendo como objetivo satisfazer as necessidades e exigências de vida do dia-a-dia.

De acordo com Marques (*cit in*. Menoita et al., 2012, p117) as AVD são:

”actividades que realizamos desde que nos levantamos até que nos deitamos, ou seja, são todas as actividades necessárias aos cuidados pessoais diários, manutenção pessoal e à vida comunitária independente.”

“a pessoa com AVC manifesta frequentemente alterações nas diversas AVD, comprometendo na maioria dos casos a independência e consequentemente, requerendo a prestação de cuidadores. Tal situação (...) para a pessoa representa a diminuição da autonomia mesmo no seu autocuidado, na mobilidade, nas actividades de lazer, na independência económica.” (Menoita et al., 2012, p.117)

Por fim, a maioria dos inquiridos avaliaram a sua qualidade de vida, na actualidade, como sendo “Má”, contudo é notável uma segunda percentagem significativa de respondentes que a avaliaram como “razoável”. Esta diferença de percepção por parte dos participantes, tal como explicam Silva e Pinto (2006) deve-se ao facto de que:

“(...) estes conceitos podem significar diferentes concepções para diferentes pessoas, dependendo de parâmetros como os valores, aspectos culturais de cada pessoa e aspectos de ordem económica. Assim, a qualidade de vida deve ser uma percepção única e pessoal, influenciada por uma série de factores interrelacionados, factores ambientais, culturais, situação socio económica, crenças, habitação, educação, emprego (...)”

“contudo, algumas pessoas reagem de forma diferente, ou seja, aceitam a nova realidade desde cedo, adaptando-se rapidamente a incapacidade. Na realidade, algumas parecem desenvolver um comportamento adaptativo, maximizando as possibilidades individuais, reorganizando a vida mediante as limitações percebidas, ajustando-se as diversas situações individualmente ou com a ajuda de outros.” (Rabelo e Neri, 2005, *cit. in* Menoita et al., 2012)

Segundo Malheiro et al. (2009):

“A avaliação da qualidade de vida após AVC e o reconhecimento de que a sua avaliação tem de ser perspectivada segundo a percepção do próprio doente tem sido bastante considerada, sendo, porém, ponderadas algumas vantagens para a utilização de instrumentos próprios para a sua avaliação. Estas facultam uma avaliação específica face ao impacto do AVC e face às suas consequências.”

IV. Conclusão

Ao longo da realização deste trabalho deparamo-nos com algumas dificuldades devido à inexperiência na redação de um estudo desta dimensão, para além de que determinados aspectos eram completamente novos. A principal dificuldade sentida pelo investigador foi na elaboração do questionário para a colheita de dados, sendo que este teria de ser assertivo e direcionado ao indivíduo em questão e também devido à complexidade do tema, que não permitia a utilização de um instrumento de recolha de dados pré-existente.

Contudo, o presente projecto de graduação foi encaminhado de forma a dar resposta à questão de investigação e objectivos definidos, a que nos propusemos na fase do planeamento do estudo.

Assim, com este trabalho pretendeu-se avaliar/conhecer a auto-percepção do indivíduo vítima de AVC sobre a sua qualidade de vida.

Através da análise do trabalho de investigação concluímos, em modo geral que, a grande maioria dos indivíduos vítimas de AVC, residentes na freguesia de Rio Tinto, encontra-se dividida no que respeita a forma como avaliam a sua qualidade de vida, na actualidade. Uma parte auto-percepciona a sua qualidade de vida, como sendo “Má” e a outra como “Razoável”.

Isto, deve-se ao facto da auto-percepção da qualidade de vida ser inerente ao valor implícito a questões de ordem concreta, que irá exercer influência, de forma direta, sobre as possibilidades de ação do inquirido perante a própria vida, como formas de percepção, ação e expectativas individuais. Variando consoante os pontos de vista de cada indivíduo, tal como a definição do que é bom ou mau.

No que se refere às limitações que o indivíduo percepciona no pós AVC, constatamos que o défice neurológico mais frequente é o défice motor.

Este tem impacto directo na incapacidade do indivíduo para desempenhar habilidades de modo conseguir assegurar as suas necessidades, desde a alimentação e a higiene até às relações sociais; e à capacidade para desenvolver actividades de vida diárias.

Contudo, é necessário que a pessoa reconheça e aceite os comprometimentos físicos e outros decorrentes do AVC. Para que, posteriormente, o indivíduo consiga ganhar um propósito de vida, permitindo a idealização de novos projectos e objetivos, com a finalidade de superar as crises e as perdas vivenciadas pelo AVC.

É com imensa satisfação que chegamos a esta etapa do estudo.

A realização deste trabalho de investigação torna-se fundamental para o desenvolvimento de conhecimentos técnico-científico e reflexivo, na medida em que permite adquirir alguma destreza para a realização de trabalhos futuros, traduzindo-se assim numa mais-valia de desenvolvimento pessoal e profissional.

Em suma, foi um trabalho bastante gratificante, na medida em que a concepção desta problemática se baseou numa preocupação pessoal. Com a elaboração deste trabalho foi permitido aprofundar conhecimentos dentro desta área tão importante da Enfermagem.

V. Bibliografia

- Bastos, M.L. (2005). Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), pp. 25-41. [Consultado em 28/05/ 2018].
- Blackwell, B.; Carlson, C.E. (1982). *Les comportements Humains: concepts et applications aux soins infirmiers*, Paris: Le Centurion. [Consultado em 8/09/ 2018].
- Burns, N.; Grove, S. K. (2003). *Understanding nursing research*, 3ªEdição. Toronto: W. B. Saunders. [Consultado em 07/05/ 2018].
- Campos, M.; Neto, J. (2008). Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32 (2). pp.232-240. [Em linha]. Disponível em <<http://test.stoa.usp.br/articles/0016/4454/qualidade-vida-instrumentopromocao-saude.pdf>>. [Consultado em 02/08/ 2018].
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de vitude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-95420-0-7. [Consultado em 20/06/ 2018].
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2002). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*, Versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. [Consultado em 28/04/ 2018].
- Cunha, L. (2000). Epidemiologia da Doença Aterotrombótica. In Sousa, J. *Aterotrombose*. 1ªEdição. Lisboa, pp. 27-33. [Consultado em 28/04/ 2018].

- Direção Geral da Saúde. (2000). Relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde, *Ganhos de Saúde em Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde. ISBN 972-675-081-4. [Consultado em 08/04/ 2018].
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Ministério da Saúde. ISBN 2185- 3675. [Consultado em 28/04/ 2018].
- Ferreira, A. (2009). *Qualidade de Vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: perspectiva do próprio e do cuidador*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e ciências da Educação. [Em linha].
Disponível em <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2156>>. [Consultado em 04/08/ 2018].
- Ferro, J.; Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*, Lisboa: Lidel. ISBN: 978-972-757-368-4. [Consultado em 28/04/ 2018].
- Fortin, M. F. “*et alii*.”(2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, 5ª edição. Loures: Lusodidacta. [Consultado em 03/04/ 2018].
- Gil, A. C. (1991). *Métodos e técnicas de pesquisa social*, 3ª edição. São Paulo: Atlas. ISBN: 85-224-0489-5. [Consultado em 02/07/ 2018].
- Greenberg, D. A. (2005). *Neurologia Clínica*, 5ª Edição, Porto Alegre: Artmed Editores, p. 347. ISBN 85-363- 0294-1. [Consultado em 30/04/ 2018].
- Howes, H. “*et alli*.”(2005). Female body image following acquired brain injury. *Brain Injury*, 19(6), 403-415. [Consultado em 12/09/ 2018].
- Jolly, D.; Blanchard, E. (1990). Os acidentes Vasculares Cerebrais. Lisboa: N°38 (Jan-Fev), pp.11-15. [Consultado em 19/04/ 2018].

- Kralik, D. “*et alii*.”(2006). Transition: a literature review. *Journal of Advance Nursing*, 55 (3), pp. 320- 329. [Em linha]. Disponível em < <http://www.transitiesinzorg.nl/files/kralik-et-al-transition-a-literature-review.pdf>>. ISBN 0309-2402. [Consultado em 15/06/ 2018].
- Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (1996). *Sociologia Geral*, 6ªEdição. São Paulo: Atlas. p.334, ISBN 85-224-0569-7. [Consultado em 18/06/ 2018].
- Mailloux-Poirier, D.; Berger, L. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem Geral*, Lisboa: Lusodidacta. ISBN 97 897 2953 998 5. [Consultado em 8/09/ 2018].
- Malheiro, “*et alii*” (2009). Contributo para a adaptação e validação da Escala de Avaliação da Qualidade de vida para Doentes após AVC, *Essfiosionline*, V.5, N°2, Abril. [Consultado em 12/09/ 2018]
- Manual de elaboração de trabalhos científicos. [Em linha]. Disponível em <<https://pt.scribd.com/document/39475103/Manual-20Estilo-20Elaboracao-20trabalhos-20cientificos>>. [Consultado em 09/04/ 2018].
- Marques, S. C. L. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*, 1ª edição. Coimbra: Formasau. [Consultado em 03/06/ 2018].
- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família- O doente com AVC*. Coimbra. [Consultado em 15/06/ 2018].
- Martin, A.; Stockler, M. (1998). Quality of life assessment in health care research and practice. *Evaluation & Health Professions*, 21, pp. 141-156. [Consultado em 29/06/ 2018].
- Mateus, M. (2015). Neuroser. A fadiga associada ao AVC. [em linha]. Disponível em <<http://neuroser.pt/2016/04/05/fadiga-associada-ao-avc/>>. [Consultado em 10/09/ 2018].

- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing. Development et Progress*, 4th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins. [Consultado em 28/07/ 2018].
- Menoita, E.C. “*et alii.*” (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*, Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-78-3. [Consultado em 10/09/ 2018].
- Moreno, A. (1961). *Dicionário Complementar de Língua Portuguesa*, 7ªEdição. Porto: Educação Nacional de Adolfo Machado. [Consultado em 08/04/ 2018].
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo Qualidade de Vida após AVC*, Porto alegre: Artmed Editores. [Consultado em 28/04/ 2018].
- O’Sullivan, S. B. (1993). Acidente Vascular Cerebral. In O’Sullivan, S. B.; Schmitz, T.J. *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento*. São Paulo: Mande, pp.385-421. [Consultado em 30/05/ 2018].
- Polit, D. F.; Beck, C. T. (2004). *Nursing research principles and methods*, 7ªEdição, Philadelphie: Lippincott, Williams & Wilkins. [Consultado em 02/08/ 2018].
- Polit, D.F.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, 3ªEdição. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-73307-101-X. [Consultado em 13/07/ 2018].
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*, 5ªedição. Lisboa: Gradiva. [Consultado em 13/04/ 2018].
- Ramos, J. (2018). AVC: Acidente Vascular Cerebral, *Guias de Saúde Sénior*, (3), pp.2-16, 100 Folhas - Conteúdos e Promoções. ISBN 978-989-99898-4-9. [Consultado em 19/07/ 2018].

- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. (1996). Decreto-lei161/96, de 4 de Setembro. *Diário da República –I Série-A*, nº205, art.4º, p, 2960. [Consultado em 19/04/2018].
- Rôxo, J. (2004). *O toque na prática de enfermagem em cuidados intensivos*. Tese de Doutoramento. Universidade da Estremadura. Setembro. [Consultado em 2/09/2018].
- Spence, J. D.; Barnett, H.J.M. (2013). *Acidente Vascular Cerebral - Prevenção, Tratamento e Reabilitação*, Porto Alegre: AMGH. ISBN 978-85- 8055-249-2. [Consultado em 28/05/2018].
- *Qualidade de vida* [em linha]. Disponível em <<http://www.saudebemestar.pt/pt/blog-saude/qualidade-de-vida/>>. [Consultado em 28/05/2018].
- Vaza, Aldina C.; Colaço, António M.(2008). *Dicionário Verbo de Língua Portuguesa*, 2ª Edição. Lisboa: Editorial Verbo. [Consultado em 17/04/2018].
- Vieira, M. (2008). *Ser enfermeiro: da compaixão á proficiência*, 2ªEdição. Lisboa: Universidade Católica, p. 158. ISBN 978-972-54-0195-8. [Consultado em 26/06/2018].

VI. Anexos

Questionário

Sou aluna do 4ºano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. É no âmbito do trabalho de investigação inserido na disciplina de Projeto de Graduação, que venho por este meio solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, que é essencial para o término e obtenção do grau de licenciada.

O estudo intitula-se “A auto-percepção do indivíduo vítima de AVC sobre a sua Qualidade de Vida”.

O seguinte questionário será utilizado exclusivamente na investigação em causa. É garantido o seu anonimato e confidencialidade, pelo que não deve identificar-se em nenhuma parte do mesmo.

Em média o tempo de preenchimento é de cerca de 10 minutos.

Agradeço desde já a sua compreensão, lembrando que os resultados desta investigação dependerão da veracidade das respostas obtidas.

Grata pela sua disponibilidade e colaboração!

A aluna,

Tatiana Margarida de Jesus Jorge

QUESTIONÁRIO - PARTE I

Identificação Sócio-Demográfica

1. Idade:

- Até aos 25
 26 a 45 anos
 46 a 65 anos
 Superior a 65 anos

2. Género:

- Feminino
 Masculino

3. Estado civil:

- Solteiro (a) Divorciado (a)
 Casado (a) Separado (a)
 União de facto Viúvo (a)

4. Filhos: Sim, quantos? ____
 Não

5. Com quem vive:

- Sozinho Filhos
 Cônjuge Outros: _____

PARTE II

(dados relacionados com a instalação do AVC)

6. Défices Neurológicos após AVC:

- Visuais Cognitivos Verbais
 Sensoriais Motores Emocionais
 Outros: _____

Instruções

Esta parte do questionário incide na percepção de qualidade de vida com que ficou após ser vítima de AVC, sobre como avalia a sua qualidade de vida e ainda se consegue satisfazer as suas necessidades básicas. Por favor tente responder a todas as questões. Se não tiver certeza sobre a resposta pela qual deve optar, por favor, escolha entre as alternativas apresentadas a que lhe parece mais apropriada.

PARTE III

Pense na sua qualidade de vida antes do AVC e compare-a com a que tem actualmente.

7. Sente alguma dificuldade em Respirar?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Quanto á vontade de comer e beber, sente que esta se encontra alterada?

Ausente	Diminuida	Razoável	Elevada	Recusa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Consegue cortar/partir os alimentos em bocados manuseáveis e levar a comida á boca?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. No uso de sanitário, considera que precisa de ajuda de terceiros ?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Para se deslocar necessita de algum dispositivo auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarilho)?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Consegue praticar alguma actividade física?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. No seu dia-a-dia costuma sentir cansaço fácil após algumas tarefas?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. No que diz respeito á qualidade de sono e repouso, sente alguma dificuldade em adormecer após o AVC?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Recorre a terapeutica medicamentosa para conseguir dormir e repousar?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Tem autonomia para se vestir e despir, de acordo com a situação e o clima?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Quanto às suas necessidades de higiene corporal e oral, consegue manter um padrão contínuo de higiene, isto é, o corpo limpo e bem cuidado?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Numa situação de perigo pensa que, teria capacidade para proteger-se ou manter-se a salvo?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Após o AVC foi fácil integrar-se novamente na sociedade?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Sente-se capaz de agir e tomar decisões após o AVC, tendo em conta as suas crenças (religiosa, cultural e de saúde) e os seus valores?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Relativamente ao exercício profissional (se for o caso), acha que consegue exercer a sua profissão ativamente?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. No caso de já se encontrar reformado (a), sente vontade de procurar actividades com o objectivo de conviver e divertir-se?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Após alta clinica e tendo em conta o estado pós AVC, foi difícil para si adaptar-se ás condições da sua habitação?

Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Quando se vê ao espelho, como se sente com a sua imagem?

Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
		Satisfeito	Satisfeito	Satisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Em modo geral, como percepciona a sua autonomia na realização das actividades de vida diária?

Muito Má	Má	Razoável	Boa	Muito Boa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Como avalia globalmente a sua qualidade de vida na actualidade?

Muito Má	Má	Razoável	Boa	Muito Boa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigada, pela sua colaboração!

Consentimento Informado

Eu, _____ aceito participar neste estudo que tem por tema “A Auto-percepção do indivíduo vítima de AVC sobre a sua Qualidade de Vida”. Autorizo a utilização dos dados do questionário a que vou responder para a realização deste estudo. Tenho conhecimento do seu carácter científico e a minha participação é totalmente voluntária. Estou ciente que as informações serão tratadas de forma anónima e sigilosa, e que não sofrerei qualquer tipo de sanção ou prejuízo caso me recuse a participar ou decida, a qualquer momento, desistir da participação.

Porto, _____ de _____ de _____ .

Assinatura:
