

Doente com AVC: Dificuldades da família.

Patrícia Raquel Pereira Baía

Doente com AVC: Dificuldades da família.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

1

Doente com AVC: Dificuldades da família.

Doente com AVC: Dificuldades da família.

Patrícia Raquel Pereira Baía

Doente com AVC: Dificuldades da família.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

3

Doente com AVC: Dificuldades da família.

Patrícia Raquel Pereira Baía

Doente com AVC: Dificuldades da família.

A aluna Patrícia Baía

Projecto de Graduação apresentado à Universidade

Fernando Pessoa como parte dos requisitos para

obtenção do grau de licenciado em Enfermagem

Porto, 2010

Sumário

O presente trabalho foi realizado no âmbito da unidade curricular de Integração à Vida Profissional, inserida no 2º Semestre do 4º Ano, e constitui um requisito para a conclusão da Licenciatura em Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa, sendo o tema de estudo: "Doente com AVC: Dificuldades da Família". Tem como objectivo geral do conhecer quais as dificuldades da família do doente com AVC.

Sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) uma patologia cada vez mais comum na actualidade, é importante compreender todos os inconvenientes que esta doença provoca no indivíduo e na sua família.

No projecto de investigação, são abordadas as dificuldades da família no domicílio com o doente portador de acidente vascular cerebral. Foi aplicado como instrumento de recolha de dados um questionário, realizado no dia 16/07/2010 a 25 familiares que possuam essas vivências pessoais. Optou-se por um estudo exploratório-descritivo, transversal, inserido numa abordagem quantitativa.

Através dos resultados obtidos verifica-se que o cuidador informal mais comum é o marido/esposa. Na sua maioria são dependentes, apresentam défices motores, sendo que as maiores dificuldades do cuidador são ao nível dos cuidados de higiene, compreensão do doente e a falta de condições na habitação.

Abstract

This work was conducted within the course of integration into employment, inserted in the second semester of 4th year, and is a prerequisite for the completion of the Bachelor of Nursing at the University Fernando Pessoa, being the subject of study: "Patient with CVA : Problems of the Family. " The overall objective is to get to know their family difficulties of patients with stroke.

Being Cerebral Vascular Accident (CVA) a condition increasingly common nowadays, it is important to understand all the inconveniences that this disease causes the individual and his family.

In the research project are discussed family difficulties at home with the patient suffering from stroke. Was applied as an instrument of data collection a questionnaire, which was held on 07.16.2010 to 25 families that have these personal experiences. We opted for an exploratory-descriptive, transversal, housed in a quantitative approach.

Through the results it appears that the informal caregiver most common is the husband / wife. Most of them are dependent, have motor deficits, with the greatest difficulties of the caregiver is at the level of hygiene, understanding of patient conditions and lack of housing.

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos que de alguma

forma me ajudaram na sua elaboração.

Agradecimentos

Uma licenciatura é fruto de muito trabalho, esforço, devoção, força de vontade. Esse esforço é um produto não só do âmbito pessoal mas sim também um esforço enorme de pessoas próximas e não só, que de uma forma ou de outra, contribuíram para o meu crescimento pessoal e académico culminando no término do curso de Enfermagem, de que muito me orgulho uma vez que desde pequena sempre me imaginei a trabalhar como tal.

Não poderia generalizar os agradecimentos quando existe de facto, um lote mais restrito de pessoas que contribuíram de forma mais presente na minha formação académica. Desde logo, não poderia deixar de mencionar o enorme prazer por ter contactado e sido instruída pela Enfermeira Maria José Rigaud que sempre se mostrou disponível para resolver qualquer tipo de problema, sendo uma fonte de inspiração a qualquer enfermeiro pelo seu profissionalismo e enorme sentido de responsabilidade. Passo então a citar outros responsáveis pela minha instrução:

- Primeiramente agradeço aos meus pais por todo esforço que fizeram para que esta realidade fosse possível e por todo o carinho e palavras de incentivo que me deram durante estes 4 anos;
- Aos meus avós maternos, que para mim não são avós, mas sim segundos pais, pois estiveram sempre presentes em todos os momentos importantes da minha vida, e também eles me ajudaram e acarinharam durante esta etapa;
- Ao meu irmão pelo apoio que me deu em todos os momentos da minha vida;
- Ao meu namorado por todo amor, carinho e dedicação;
- À minha melhor amiga Raquel pelos momentos que passamos juntas e por todo o apoio que me ofereceu nos momentos bons, mas principalmente nos menos bons;

Doente com AVC: Dificuldades da família.

- Aos meus amigos Sérgio, Andreia e Fabiana por toda a amizade;
- À minha Madrinha que me ajudou muito;
- E a todos os que contribuíram para a minha formação.

Índice	Pág.
0 – INTRODUÇÃO.....	17
I – FASE CONCEPTUAL.....	20
1.1 Justificação do Estudo.....	20
1.2 Problema de investigação.....	21
1.3 Pergunta de partida.....	21
1.4 Objectivos	21
1.5 Questões orientadoras	22
1.6 Matriz teórica	23
1.6.1 Acidente Vascular Cerebral (AVC)	23
1.6.1.1 Definição	23
1.6.2 Tipos de AVC	23
1.6.3 Epidemiologia	24
1.6.4 Factores de Risco	25
1.6.5 Manifestações Clínicas	29
1.6.6 Deficiência, Incapacidade e Desvantagem.....	32

1.6.7 Tratamento	34
1.6.8 Avaliação do doente pós AVC.....	35
1.6.9 Cuidados Especializados.....	37
1.6.9.1 Reabilitação.....	37
1.7 Família	40
1.7.1 A Família: conceito e sua função.....	40
1.7.2 Impacto da doença na família	42
1.7.3 Cuidador informal.....	44
1.7.4 Ensino à família	44
1.7.5 Suporte social.....	44
II – FASE METODOLÓGICA	47
2.1 Princípios Éticos	47
2.2 Desenho de Investigação.....	48
2.2.1 Meio	49
2.2.2 Tipo de Estudo	49
2.2.3 População e Amostra	50

2.2.4 Variáveis em estudo	51
2.3 Instrumento de recolha de dados.....	52
2.3.1 Pré-Teste	53
2.4 Previsão e tratamento dos dados	54
III – FASE EMPÍRICA	55
3.1 Apresentação, Interpretação dos dados	55
3.1.1 Caracterização da amostra	56
3.2 Discussão dos dados.....	72
IV – CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	
ANEXO I - Cronograma	
ANEXO II – Instrumento de Colheita de Dados	

Índice de Gráficos	Pág.
Gráfico 1 - Caracterização da amostra.....	56
Gráfico 2 – Representação da idade segundo classes.....	56
Gráfico 3 – Representação do estado civil.....	57
Gráfico 4 – Grau de parentesco com o doente.....	57
Gráfico 5 – Constituição do agregado familiar.....	58
Gráfico 6 – Cuidador Informal.....	59
Gráfico 7 – Meio onde habita.....	59
Gráfico 8 – Tipo de habitação.....	60
Gráfico 8.1 – Possui elevador.....	60
Gráfico 8.2 - Habitação.....	61
Gráfico 8.3 – Habitação possui degraus.....	61
Gráfico 8.4 – Quarto do doente.....	62
Gráfico 8.4.1 – Quarto equipado com quarto de banho.....	62
Gráfico 9 – Equipamento de auxílio ao doente.....	63
Gráfico 9.1 – Equipamento que possui.....	63

Gráfico 10 – Tipo de AVC	64
Gráfico 11 – Número de AVC's sofridos	64
Gráfico 12 – Tipo de défices apresentados pelo doente	65
Gráfico 13 – Grau de dependência do doente.....	65
Gráfico 14 – Ajuda nas actividades de vida diária	66
Gráfico 15 – Necessidade de cuidados especializados.....	67
Gráfico 16 – Local onde o doente é seguido	68
Gráfico 17 – Informação relativa aos cuidados a ter com o doente no domicílio	69

Índice de Quadros	Pág.
Quadro 1 – Aspectos que os inquiridos mais destacaram nos ensinamentos	70
Quadro 2 – Dificuldades ao lidar com o doente.....	71

Siglas e Abreviaturas

UFP – Universidade Fernando Pessoa

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AIT – Acidente Isquémico Transitório

OMS – Organização Mundial de Saúde

MIF – Medida de Independência Funcional

CS – Centro de Saúde

p. – Página

pp. - Páginas

% – Percentagem

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito da conclusão da Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, foi proposto a realização do projecto de graduação, no 2º semestre do 4º ano, como elemento de avaliação e como requisito para a conclusão do curso.

Segundo Fortin (2003, p.17), “De todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional.”. Para realizar um trabalho de investigação, é necessário saber qual a sua importância, não só para o desenvolvimento dos conhecimentos do tema em estudo, mas também sobre as bases que esses novos conhecimentos trazem a esta disciplina, neste caso específico à Enfermagem.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um problema actual, uma vez que é muito comum e frequentemente limitativo da independência do indivíduo, causando graves transtornos à família responsável pela prestação de cuidados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989), designa o Acidente Vascular Cerebral como uma patologia diversa, apresentando um quadro de instalação rápida, com sinais clínicos de disfunção cerebral focal ou global, com sintomas que duram pelo menos 24 horas ou provocam a morte, apresentando sempre uma aparência catastrófica para os doentes e seus familiares.

Nos países mais desenvolvidos, o AVC é uma das principais causas de morbidade e mortalidade.

Considerando o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população o número de doentes com AVC vai aumentando, exige um grande investimento na sua prevenção e conseqüentemente no tratamento e reabilitação dos doentes. Sendo também verdade que a maior parte dos indivíduos que tiveram AVC sobrevivem com variadíssimos graus de incapacidade e morbidade, constituindo um factor perturbador do quotidiano do doente e sua família, originando necessidades de adaptação e ajustamento.

Tendo a família um papel fundamental durante a fase de recuperação, principalmente aquando do regresso do doente ao seu domicílio, esta deve partilhar responsabilidades no processo de recuperação do doente, especialmente a longo prazo, contribuindo para o seu bem-estar (Fontes, 1996), sendo fundamental a sua motivação e envolvimento neste processo.

Estes doentes sentem-se mais seguros quando acolhidos por um elemento da família, necessitando esta de ser motivada quanto às formas de salvaguardar o vigor físico e emocional do doente, assim como nos cuidados a prestar. Daí ser fundamental estabelecer uma relação de ajuda que se manifesta por e através da comunicação verbal e não verbal, já que o indivíduo possui em si mesmo uma quantidade de recursos de auto-compensação para alterar as suas atitudes psicológicas.

Toda a problemática supra citada, fez com que o nosso estudo se centrasse no seguinte tema: **“Doente com AVC: Dificuldades da família”**.

Face ao tema surge a pergunta de investigação: Quais as dificuldades no domicílio sentidas pelos familiares de doentes com AVC?

Segundo Fortin (2003, p. 100), “Os objectivos de estudo indicam o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa de orientação de investigação segundo nível de conhecimento estabelecido no domínio da questão.” Assim, com este estudo pretendemos essencialmente:

- Conhecer quais as dificuldades no domicílio da família do doente com AVC.

Para além do objectivo geral, pretende-se atingir objectivos académicos, nomeadamente:

- Aprofundar os conhecimentos sobre as doenças cérebro-vasculares e as suas repercussões nas dificuldades da família;
- Aplicar conhecimentos teóricos relacionados com a metodologia de investigação;

- Servir de instrumento de avaliação.

Na realização do presente projecto de investigação, recorreu-se a um estudo, exploratório, descritivo transversal baseado numa abordagem quantitativa. Como instrumento de recolha de dados, utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas, aplicado no dia 16 de Julho de 2010, nas imediações do Hospital António Lopes na Póvoa de Lanhoso a uma amostra de 25 familiares de doentes vítimas de AVC.

Fortin (1999, p.39) afirma que a revisão bibliográfica “(...) é uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo.” Esta tem como objectivo organizar clara e objectivamente o estudo. Como tal, esta encontra-se dividida em duas partes: Acidente Vascular Cerebral e Família.

Na fase metodológica será referida a justificação do tema escolhido, princípios éticos e desenho da investigação (meio, tipo de estudo, população e amostra, variáveis em estudo), instrumento de recolha de dados e tratamento dos dados.

O aspecto relevante deste estudo é procurar encontrar as dificuldades habitacionais dos doentes que sofreram AVC descrevendo-as, mencionando os equipamentos existentes para auxiliar estes doentes. Este estudo procura relacionar o grau de dependência do doente com as dificuldades que os familiares sentem ao lidar, cuidar deste.

Através dos resultados obtidos verifica-se que o cuidador informal mais comum é o marido/esposa. Na sua maioria são dependentes, apresentam défices motores, sendo que as maiores dificuldades do cuidador são ao nível dos cuidados de higiene, compreensão do doente e a falta de condições na habitação.

I – FASE CONCEPTUAL

1.1 Justificação do Estudo

Em Enfermagem, a investigação tem igualmente um papel preponderante pois estabelece uma base científica que guia a prática dos cuidados. O objectivo principal da investigação em Enfermagem consiste em aumentar o campo do conhecimento na disciplina contribuindo para a melhoria da saúde das populações, através da melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de Enfermagem.

Antes de mais a escolha deste tema deve-se ao facto de se tratar de uma das patologias da actualidade quer por se tratar de uma doença cada vez mais comum na sociedade actual quer pela alta limitação que provoca nos indivíduos e à sua família mais próxima. Esta patologia obriga a que todo o quotidiano se modifique obrigando à família, em grande parte dos casos, a ser a responsável pela prestação de cuidados ao doente. No caso de Portugal, altera os estilos de vida a grande número de famílias, uma vez que constitui a primeira causa de mortalidade e morbilidade (I.N.E., 1992).

No plano pessoal suscitou-nos muito interesse este tipo de temática, não só por se tratar de uma doença que me motivara em anteriores ensinamentos clínicos como também pela problemática da família como prestadora de cuidados.

Finalmente pelo problema cada vez mais actual que é a marginalização dos doentes com AVC após a sua alta clínica, sendo importante, em nossa opinião, um estudo mais aprofundado para uma eventual actuação junto das famílias para a necessária modificação desta situação.

Tendo em conta a diversidade de abordagens possíveis para um estudo científico em Enfermagem, é necessário chegar ao já referido problema de investigação através de uma série de concepções pré existentes, que fazem com que se escolha a problemática em causa.

1.2 Problema de investigação

Para Fortin (2003, p. 62), formular um problema de investigação consiste em:

“(…) definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, relações, de argumentos e de factos.”

O fenómeno em estudo é o “Doente com AVC: Dificuldades da família”. A partir deste, existe uma descrição o mais completa possível do agregado familiar do doente, do cuidador informal, das condições em que se encontram o doente após sofrer o AVC, os equipamentos necessários a ter na habitação, e as dificuldades sentidas pelos familiares com estes doentes. Todos estes elementos foram abordados numa sequência lógica de ideias, procurando descrever o mais detalhadamente todos os pormenores que podem influenciar, com maior ou menor importância, ao bem-estar do doente e às dificuldades dos familiares ao lidar com este tipo de doentes.

1.3 Pergunta de partida

No presente estudo a principal questão é: Quais as dificuldades no domicílio sentidas pelos familiares de doentes com AVC?

1.4 Objectivos

Segundo Fortin (2003, p. 100) o objectivo de um estudo “(…) indica o porquê da investigação.”

Os objectivos deste estudo de investigação são:

Objectivo geral:

- Conhecer quais as dificuldades no domicílio da família do doente com AVC;

Objectivos específicos:

- Identificar as condições habitacionais do doente com AVC;
- Identificar quais os défices e grau de dependência do doente com AVC;
- Identificar quais as necessidades de ajuda do doente com AVC nas actividades de vida diária;
- Averiguar se a família na alta do doente com AVC recebeu informação sobre os cuidados a ter no domicílio.

1.5 Questões orientadoras

Para Fortin (2003, p. 101), “As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação.” De acordo com os objectivos definem-se as seguintes questões orientadoras:

- Quais as dificuldades no domicílio sentidas pelos familiares de doentes com AVC?
- Que condições habitacionais têm os doentes com AVC?
- Que défices e grau de dependência apresentam os doentes com AVC?
- Que necessidades de ajuda têm os doentes com AVC nas actividades da vida diária?
- Que informação recebeu a família aquando da alta do doente com AVC pela equipa de saúde?

1.6 Matriz teórica

1.6.1 Acidente Vascular Cerebral (AVC)

1.6.1.1 Definição

“O acidente vascular cerebral é uma síndrome caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico que persiste por pelo menos 24 horas, reflecte o envolvimento focal do sistema nervoso central e é o resultado de um distúrbio da circulação cerebral.”

(Greenberg, 2006, p. 347)

Segundo a OMS o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma patologia diversa, apresentando um quadro de instalação rápida, com sinais clínicos de disfunção cerebral focal ou global, com sintomas que duram pelo menos 24 horas ou provocam a morte, apresentando sempre uma aparência catastrófica para doentes e seus familiares.

Manifesta-se de uma forma “muitas vezes súbita, de insuficiência vascular do cérebro de origem arterial: espasmo, isquemia, hemorragia ou trombose” (Dicionário Médico, 2001).

Para O’Sullivan (1993) “A localização e a extensão exactas da lesão determinam o quadro neurológico apresentado por cada doente, oscilando desde leves a graves.”

1.6.2 Tipos de AVC

Thelan et al (1983) e Cambier et al (1980) estão de acordo quanto à classificação dos tipos básicos de AVC: os hemorrágicos e os isquémicos. Thetan et al acrescenta que o do tipo isquémico resulta da oclusão de um vaso sanguíneo, podendo ser de natureza trombótica ou embólica.

O Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico resulta de uma ruptura de um vaso que pode interferir com a função cerebral através de uma variedade de mecanismos, incluindo a destruição ou compressão do tecido cerebral e compressão das estruturas vasculares, levando à isquemia e edema. Garrison (1992) et al afirma que apresenta uma mortalidade inicial entre 50 e 70%. O quadro clínico e prognóstico dependem

principalmente do grau da hemorragia e da lesão cerebral. Uma redução acentuada do estado de consciência na fase inicial do episódio hemorrágico tem, geralmente, um mau prognóstico.

Como foi referido anteriormente, é possível subdividir os acidentes vasculares cerebrais isquémicos em de natureza trombótica ou embólica. Neste sentido, trombose pode ser definido como sendo um bloqueio gradual em que se verifica a formação de um coágulo numa artéria cerebral (Martins, 2002). Embolia traduz um bloqueio súbito de uma artéria por um trombo transportado pela corrente sanguínea, de uma artéria lesada ou do coração (Idem, 2002).

O'Sullivan (1993) afirma que a formação e o desenvolvimento do trombo no interior das artérias cerebrais ou dos seus ramos, resulta da aderência e agregação plaquetária ou coagulação da fibrina. Os trombos levam à isquémia ou oclusão da artéria com resultados de morte cerebral.

Ainda dentro dos AVC's isquémicos temos os Acidentes isquémicos Transitórios (AIT). O AIT é considerado um défice neurológico focal decorrente de uma instalação súbita, persistindo por menos de 24 horas e que desaparece sem sequelas (Barnett e Meissner, 1990).

1.6.3 Epidemiologia

Com o desenvolvimento da melhoria da qualidade de vida a partir do século XIX fez com que aumentassem as mortes por causa vascular em desfavor das doenças infecciosas. Neste contexto através de vários estudos epidemiológicos é possível afirmar que o AVC é a doença da civilização, sendo uma causa frequente de hospitalização, de uma grave fonte de invalidez e de dependência, e sobretudo, a terceira causa de morte na Europa ocidental, apesar da sua incidência ter diminuído nos últimos anos, graças ao tratamento da hipertensão arterial que é o primeiro factor de risco. (Quevauvilliers et al, 2001). Esta patologia tem maior expressão nos países e centros urbanos que mais rapidamente atravessaram um processo de desenvolvimento urbano.

O AVC é um problema de grande importância no que se refere à mortalidade, morbidade e ao consumo de recursos de saúde e custos, sendo a 3ª causa de morte na Europa enquanto em Portugal ocupa o 1º lugar (Correia, 1997).

Esta patologia aumenta drasticamente com a idade, sendo após os 60 anos, ocorrendo cerca de 20% antes dos 65 anos. Ryerson (1994) afirma que nos EUA a incidência de AVC é superior nos homens e é maior na população negra.

Apesar dos insuficientes dados epidemiológicos relativos ao nosso país, possível afirmar que a situação é grave, dado que representa a 1ª causa de morte e de incapacidade. Segundo dados do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1997) as doenças cerebrovasculares eram responsáveis por mais de 1/5 (22,6%) dos óbitos ocorridos no nosso país no ano de 1995.

Todos os estudos estatísticos trouxeram um conhecimento mais profundo da incidência e prevalência desta doença, fazendo com que haja uma necessidade urgente para organizar todos os mecanismos possíveis à sua prevenção.

1.6.4 Factores de Risco

O termo factor de risco é utilizado para descrever as características observadas em indivíduos saudáveis que revelam, através de estudos epidemiológicos, probabilidades de serem alvo da ocorrência de AVC.

Como já foi afirmado anteriormente, há vários estudos que confirmam que o estilo associado à vida ocidental tem um papel importante na ocorrência em grande escala dos AVC's. Mais especificamente o regime alimentar rico em gorduras saturadas e calóricas, hábitos tabagicos e inactividade física, como também certos estados patológicos assumem um papel preponderante no desenvolvimento desta patologia.

Estudos e normas recentes de prevenção afirmam que o risco para o AVC baseia-se na sobrecarga total do risco a que cada indivíduo está exposto, isto é, não se deve reduzir a causa a um só factor mas ao efeito multiplicativo e multifactorial do indivíduo na sua perspectiva holística.

Martins (2002) afirma que “genericamente, podemos dizer que o risco de AVC aumenta com a idade, particularmente a partir dos 40 anos, com a hipertensão arterial e com a presença de doenças cardíacas”.

Podemos considerar os seguintes factores de risco:

Idade - É o factor de risco mais importante para o enfarte cerebral e hemorragia cerebral primária. Normalmente aparecem entre os 65 os 85 anos e apenas 20% ocorrem antes dos 65 anos. A frequência para esta patologia aumenta com a idade.

Sexo - A incidência é maior no sexo masculino até aos 50 anos, sendo depois desta idade igual em ambos os sexos. Apesar de este factor não ser determinante há estudos que revelam que a mulher em idade fértil está menos predisposta a esta patologia.

Hereditariedade - Este factor está em grande parte associado ao da Hipertensão Arterial, dado que a hipertensão se repete em várias gerações. Segundo vários autores verifica-se uma tendência significativa para a ocorrência de AVC's entre diferentes gerações, sendo a prevalência quatro vezes superior em doentes cujos pais também padeceram desta patologia.

Hipertensão arterial - A hipertensão arterial (sistólica e diastólica) é um factor de risco para todos os tipos de AVC em todas as idades e em ambos os sexos. Quando associado ao aumento da idade é o factor com a maior relevância, podendo aumentar em pelo menos seis vezes o risco de desenvolver qualquer tipo de AVC (Antunes e Ferro, 1986). Albuquerque (citado por Martins, 2002) aborda esta questão relacionando com o stress dizendo que “a hipertensão essencial é de longe a mais frequente (em 90 a 95% dos casos) designa-se assim por permanecer obscura a causa e o modo como se desenvolve”.

Tabaco - É um factor de risco importante para o Acidente Vascular Cerebral, principalmente para uma forma específica designada por ateroma extracraniano. Após dois ou três anos após a suspensão do consumo de tabaco, o risco de AVC é idêntico ao do não fumador. O fumo do tabaco pode aumentar cerca de três vezes o risco, sendo

este demonstrado junto de indivíduos jovens tendo em conta o número de cigarros fumados.

Diabetes Mellitus - Esta patologia é um factor de risco ao nível vascular em geral, sendo duas vezes superior relativamente à população em geral.

Doenças cardíacas - São factores de risco doenças cardíacas que envolvam problemas ao nível das paredes das válvulas e cavidades cardíacas, já que originam um grande risco de embolia cerebral. São exemplos os casos de fibrilhação auricular e a doença valvular, como também fibrilhação auricular não reumatismal ou outras arritmias e ainda os que padecem de insuficiência cardíaca congestiva e cardiomegalia.

Acidentes Isquémicos Transitórios (AIT) - Um doente que sofreu um AIT tem de 5 a 6 vezes maior risco de sofrer um AVC, relativamente ao indivíduo da mesma idade, pelo menos nos dois anos seguintes com maior risco no primeiro mês após o AIT. Segundo alguns estudos, cerca de 40% dos destes doentes vêm posteriormente a sofrer um AVC.

Álcool - O consumo excessivo de álcool é mais um factor de risco, principalmente no que se refere aos Acidentes Vasculares Cerebrais do tipo hemorrágico. Este factor, nos casos de intoxicação alcoólica, reveste-se de maior importância quando se trata de indivíduos adultos jovens. O consumo de álcool em quantidades moderadas não é considerado factor de risco.

Hiperlipidemia - A maioria dos estudos indicam que os níveis séricos elevados de colesterol aumentam o risco de AVC, embora que ligeiramente. Este facto justifica-se pelas lesões por alterações nos vasos sanguíneos nomeadamente nas coronárias. Este factor de risco é contraditório, já que nem todos os estudos provam a influência deste factor.

Obesidade - A obesidade vista de uma forma isolada não pode ser considerado um potencial factor de risco, no entanto normalmente é acompanhado de outros factores como diabetes, níveis tensionais elevados, menor tolerância a glucose ou até mesmo alterações dos níveis lipídemicos.

Contraceptivos orais - As mulheres que fazem contracepção oral têm um risco aumentado, embora muito pequeno, de sofrerem um AVC. Este risco fica aumentado no caso de serem fumadoras e tiverem idade superior a 30 anos. Após a menopausa, a contracepção oral parece ter mesmo um efeito protector para a ocorrência deste tipo de patologias.

Sedentarismo - Mais uma vez, não é possível estabelecer um critério muito definido entre o sedentarismo, visto de uma forma isolada, e o desenvolvimento de um AVC. Apenas podemos constatar que um estilo de vida sedentário, sem prática de exercício físico está associado a um risco aumentado de doença coronária e consequentemente aumentando a probabilidade de o aparecimento de um AVC de origem embolígena.

Raça e outros factores étnicos - Vários estudos apontam para uma variação da morbidade e mortalidade por AVC no nosso globo. Este facto deve ter essencialmente em conta factores ambientais que cada população se insere, tais como estatuto socioeconómico, stress e hábitos de vida condicionados pela sociedade em causa. Alguns estudos apontam para uma maior susceptibilidade dos indivíduos de raça negra para esta patologia.

Para inverter toda esta situação, Rosas (1998) considera que a prevenção será a única forma de reduzir a incidência e as consequências da doença. Sendo assim, é necessário que as pessoas estabeleçam metas para se defenderem. Normalmente é o que acontece aos que aos 50 anos deixam de fumar ou começam a praticar exercício físico, pois nunca é tarde, cabendo ao profissionais de saúde dizer o contrário: que nunca é cedo.

De igual forma Coelho (1996) considera que a eficácia das medidas de intervenção sobre os factores de risco continuará a ser um dos pontos fulcrais na redução significativa da morbidade e mortalidade cerebrovascular. As principais medidas passam pelo adequado controlo da hipertensão arterial, da diabetes e da doença cardíaca, como também pela adopção de estilos de vida saudáveis, como sejam abstinência do consumo de tabaco, excesso de álcool e a redução da sobrecarga ponderal.

Também a prática de exercício físico regular produz efeitos favoráveis sobre o peso corporal, os líquidos plasmáticos, a pressão arterial, a tolerância à glicose e sensibilidade à nicotina, levando a um melhor bem-estar físico e psicológico.

1.6.5 Manifestações Clínicas

Um AVC, seja isquémico ou hemorrágico, pode causar graves alterações neurológicas dependendo o défice neurológico do tamanho, localização da lesão e quantidade de fluxo sanguíneo colateral. As alterações provocadas podem ser leves, por exemplo, levar a um adormecimento de uma parte do corpo, ou muito graves, conduzindo a um estado de inconsciência total.

O principal e mais clássico sinal de um AVC é a hemiplegia ou hemiparésia. Após a ocorrência de um Acidente Vascular Cerebral desenvolve-se uma situação de flacidez muscular do membro contralateral, ao qual varia no tempo, desde um intervalo pequeno, até algumas semanas ou meses.

Neste sentido, é possível descrever vários tipos de défices aos indivíduos que sofrem um AVC, dos quais se destacam os mais importantes:

Défices Motores - Como foi referido anteriormente a hemiplegia é o primeiro sinal de deficiência ao nível motor, tornando-se uma importante sequela no que toca essencialmente à invalidez do indivíduo. Este motiva a grandes limitações das actividades físicas e sócio-laborais com consequente diminuição da produtividade e do aumento de custos individuais e comunitários. Martins (2002) afirma que “o hemiplégico é incapaz de utilizar padrões normais ao virar-se, sentar-se, pôr-se de pé e modificar o tónus muscular em relação à acção de gravidade”.

Passada esta fase inicial, há um retorno da função muscular podendo adquirir padrões estereotipados anormais, designados por espasticidade. Com a instalação da espasticidade, a tonicidade dos músculos antifravíticos, que nos membros superiores são flexores e nos membros inferiores são os extensores, tornam-se predominantes, o que pode levar ao desenvolvimento de alterações posturais, originando o aparecimento de um hemiplégico gravemente incapacitado (Johnstone, 1979).

Para evitar que o padrão espástico se desenvolva é necessário tomar medidas preventivas, como por exemplo um programa de reabilitação e posicionamento do paciente no padrão antiespástico. Para melhor compreensão, este assunto será abordado no capítulo da reabilitação assim como serão apresentados as figuras dos padrões típicos (espástico e antiespástico).

Défices Sensitivos - Os problemas sensitivos são sem dúvida os mais difíceis de superar no tratamento do doente que sofreu um Acidente Vascular Cerebral. Black e Matassarini-Jacobs (1996) afirmam, na sua abordagem a este problema, que as alterações da sensibilidade mais frequentes são: hemianestésias (perda da sensação do lado afectado); parestésias (sensação de peso, dormência, formigamentos e alterações na maneira de sentir as dimensões e posições do lado afectado); e alterações proprioceptivas (por perda da consciência muscular e articular que afecta o movimento e o equilíbrio do doente).

Neste último ponto são exemplos o facto de um paciente ser capaz de sentir um toque, mas ser incapaz de localizá-lo ou ser incapaz de distinguir as variações de temperatura.

Outros tipos de défices que podem atingir estes doentes são ao nível da audição e da visão. No caso da audição não se refere apenas ao ouvido mas às estruturas anexas e suas funções, causando deficiências neuro-sensoriais, função vestibular e equilíbrio (Martins, 2002). Os distúrbios visuais podem interferir com a capacidade do doente reaprender as capacidades motoras e aumentar o risco de acidentes. Também neste caso pode existir uma perturbação da marcha e da postura, uma vez que a percepção visual dos planos horizontais e verticais ficam comprometidas. O'Sullivan (1993) considera que estes defeitos do campo visual podem contribuir para a ausência geral de consciência do lado afectado.

Finalmente, e no que toca às alterações da sensibilidade superficial, aumentam o risco de lesões cutâneas como úlceras ou queimaduras. Ryerson (1994) também considera que estas alterações levam a que o doente perca o controlo e a coordenação dos movimentos.

Défices Intelectuais - Ao nível intelectual também ocorrem certas alterações, no que se refere, por exemplo, ao nível da capacidade de memória e de aprendizagem. Podem também, segundo Smeltzer e Bare (1993), estes doentes apresentar diminuição da atenção, da compreensão e falta de atenção.

A deficiência ao nível da memória pode ser observado uma diminuição da capacidade de reter e produzir informação, como também reconstituir informação do passado e presente. O'Sullivan (1993) considera que os problemas de memória são frequentes caracterizando-se por períodos de retenção breves, estando a memória a curto prazo prejudicada. Na aprendizagem denota-se uma diminuição da aquisição de novos conhecimentos, prejudicando o processo de reabilitação necessário a estes doentes.

Ao nível do pensamento denotam-se perturbações que afectam a velocidade e organização dos processos de pensamento e a capacidade de formar sequências lógicas de ideias (Martins, 2002).

Défices Psicológicos - Quando falamos de défices psicológicos é possível salientar, mais uma vez, uma interferência negativa na reabilitação. A instabilidade emocional está normalmente presente, manifestando-se por labilidade emocional com períodos de euforia, impulsividade, hostilidade, frustração, ressentimento, medo, sensação de isolamento ou até mesmo depressão (Smeltzer e Bare, 1993).

Neste ponto também se insere as deficiências da consciência e da vigília, com uma evidente percepção alterada da consciência de si próprio e do mundo que o rodeia. Moreira (2001) afirma que neste ponto "(...)os doentes podem apresentar inconsciência, obnibulação, estados confusionais, perda intermitente de consciência mais ou menos profunda(...)".

Outras deficiências ao nível psicológico que podem ser consideradas as perturbações dos ciclos e processos do sono (dificuldade em adormecer, acordar prematuro, hipersónia, sonolência e enurese nocturna); diminuição do apetite, deficiência da actividade sexual, incapacidade de alcançar os objectivos e défice de motivação; perturbações na intensidade e qualidade dos sentimentos e estados afectivos;

perturbações na capacidade de controlar os comportamentos intencionais, controlando as suas próprias acções.

Défices da Comunicação - Dentro deste tópico é necessário distinguir duas situações distintas. A primeira consiste na incapacidade de comunicar propriamente dita, em que o indivíduo não é capaz de compreender e falar, como também ouvir e ler tendo em conta outra deficiência anteriormente descritas. Aqui pode ser incluída a Afasia, definida por Coelho (1997) como sendo “(...)um distúrbio da capacidade de interpretar e formular símbolos na sequência da lesão cerebral, ocorrendo geralmente no hemisfério dominante(...)”.

A segunda situação que pode ocorrer é a incapacidade do doente com AVC não conseguir articular ou pronunciar as palavras, estando as funções da linguagem inalteradas (evocação das palavras e compreensão da linguagem). Nesta caso o que deve-se falar em Disartria que é caracterizada por movimentos lentos, fracos, imprecisos e ou descontrolados da fala, secundária à lesão do Sistema Nervoso Periférico e influenciado por um número variável de processos fisiopatológicos (espasticidade, flacidez, ataxia, tremores, rigidez) (Coelho, 1997).

Défices no controlo de esfíncteres - Os problemas de eliminação intestinal e vesical são frequentes nos doentes com esta patologia. A incontinência urinária normalmente está associada a processos relacionados com alterações psíquicas do doente, como por exemplo: desatenção, lapsos de memória, factores emocionais, ou por outros factores como a incapacidade de comunicar ou presença de bexiga desinibida. Quanto à eliminação podem igualmente estar associado a algumas das alterações ao nível psíquico supra referido e normalmente provoca obstipação a este tipo de doentes.

1.6.6 Deficiência, Incapacidade e Desvantagem

O Acidente Vascular Cerebral, pelo menos até à década de 70, estava imiscuído à perspectiva clássica da medicina sendo considerados apenas os seus aspectos patológicos, etiologia e sintomas. Surge então a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o próprio portador da doença, na prescrição das alterações da

satisfação das suas necessidades básicas; do seu papel no seio familiar, profissional e social; bem como de toda a perturbação na relação com os outros.

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S., 1989) para estudar toda esta problemática, cria um modelo onde estabelece um encadeamento dos vários fenómenos ligados à doença inicial (Deficiência, Incapacidade e Desvantagem).

Como já foi abordado anteriormente no ponto relativo às manifestações clínicas, o AVC causa deficiências a vários níveis sobre o indivíduo. Como refere Martins (2002), essas deficiências “significam perturbações, temporárias ou permanentes, ao nível de um órgão ou função (fisiológica, anatómica ou psicológica) que alteram o corpo, a aparência física ou a organização psico-patológica, qualquer que seja a causa”. É importante ter uma perspectiva mais abrangente deste conceito pois, como afirmam Pólvora e tal. (1989), a deficiência não diz respeito apenas ao indivíduo mas a toda a sociedade. A pessoa deficiente tem direitos de cidadão e, como tal deve participar na vida de sociedade em pé de igualdade com os outros.

O Secretariado Nacional de Reabilitação (1995) considera a incapacidade sintetiza numerosas e diversas limitações funcionais que podem atingir qualquer indivíduo. Para além de poder ser consequência de certas condições clínicas, como é o caso do AVC, pode ser ainda resultado de deficiência física, intelectual ou sensorial como também relacionada com doenças do foro mental.

A desvantagem representa um impedimento sofrido, resultante da uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe impede o desempenho de uma actividade considerada normal para o indivíduo, causando-lhe prejuízos inequívocos. Segundo este estudo da O.M.S. (1989) a doença é uma situação intrínseca, exteriorizada na deficiência física e objectivada na incapacidade.

A desvantagem é a tradução socializante de toda a situação. Nos casos dos doentes com AVC é possível considerar:

- as deficiências podem ser neuropsicológicas (intelectuais, nível de consciência, percepção, atenção, concentração, memória, linguagem, humor, entre outras) ou músculo-esqueléticas, sensitivas ou motoras;
- as incapacidades verificam-se no desempenho das funções familiares (conjugais, parentais ou filiais), das actividades ocupacionais e nas actividades de vida diária;
- as desvantagens mais relevantes são de orientação, de independência física, de mobilidade, da capacidade de ocupação e integração social, interferindo na qualidade de vida do doente.

1.6.7 Tratamento

Um dos tratamentos já referidos é o da reabilitação, revestindo-se este de grande importância já que é fundamental para a recuperação do doente. De igual forma podemos incluir o tratamento médico e o cirúrgico. No caso de AVC isquémico podemos realizar trombólise por via endovenosa. Hoje em dia, é importante não esquecer que paralelamente a qualquer tratamento encontram-se as medidas de prevenção, dirigidas a população em geral, evitando que situações como a do AVC ocorram.

Qualquer tipo de tratamento deve ser implementado tendo em conta a fase de desenvolvimento da doença, cada tipo de AVC, como também o tipo de doente e grau de extensão da lesão. Ao nível da terapêutica é importante actuar segundo as necessidades do doente, evitando e prevenindo complicações e potenciais riscos.

Ao nível farmacológico, de uma forma geral, são utilizados anti-hipertensores (o controlo não deve ser brusco, devendo lentamente normalizar os valores de pressão arterial), antiagregantes plaquetários (usados na prevenção de acidentes tromboembólicos secundários), anticoagulantes (no tratamento de AVC's embólicos de origem cardíaca e AVC's em evolução, sendo contra indicados nos hemorrágicos) e medicação que vise reduzir o edema cerebral.

Segundo Ferro (2006, p. 84), “O único tratamento eficaz no AVC isquémico é a trombólise por via endovenosa com rtPA realizada até 3 horas após o início do quadro clínico.”

Martins (2002) considera que o tratamento em fase aguda deve atender à situação de perigo de vida, sendo algumas das medidas:

- Monitorização e controle dos sinais vitais;
- Controlo do equilíbrio hidro e electrolítico;
- Manutenção das vias aéreas livres;
- Doseamento da gaseometria arterial;
- Controlo da tensão arterial;
- Controlo da temperatura;
- Monitorização da diurese.

O tratamento cirúrgico tem indicações muito restritas, sendo apenas utilizado nos aneurismas intracranianos, malformações arterio-venosas cerbrais e nos casos de hematomas intracerebrais.

1.6.8 Avaliação do doente pós AVC

A avaliação funcional deve descrever essencialmente as capacidades e limitações do doente com AVC, com a principal finalidade de medir as habilidades do doente na execução de tarefas necessárias à vida diária.

Cristiensen e tal (1992) afirmam que a avaliação da função baseada no desempenho deve incluir as actividades como os cuidados pessoais, alimentação, higiene e

mobilidade. Estas são consideradas actividades funcionais para a manutenção do seu bem-estar físico e psicológico.

Surge então a classificação que define os níveis de função da seguinte forma (Erikson e McPhee, 1992):

- Independente: quando o doente é capaz de efectuar uma actividade sem qualquer auxílio de equipamento ou ajuda de outra pessoa. Este doente não sofreu sequelas físicas e/ou mentais que lhe alterassem as capacidades para o desenvolvimento das actividades de vida diária;
- Independente com auxílio: neste caso o doente é capaz de desenvolver uma actividade com auxílio de meios adaptativos, não necessitando da ajuda por parte de outra pessoa;
- Independente com assistência: o doente é capaz de executar parte de uma tarefa independentemente, necessitando de outra pessoa para o desenrolar desta actividade. Estes autores dentro deste nível classificam esta dependência de duas formas: com assistência próxima quando a ajuda é apenas pela presença e indicações verbais, e assistência física quando o doente necessita de ajuda física, sendo esta a única forma de realização da tarefa.
- Dependente: é aquele que é incapaz de realizar qualquer esforço útil na realização da actividade em causa.

Esta é apenas uma das possíveis classificações, uma vez que existe uma diversidade de escalas de avaliação, como é o caso do Índice de Barthel, índice de Katz de Actividades de Vida, a Medida de Independência Funcional (MIF), entre outras. Esta última escala, MIF, foi testada em cinquenta instituições dos Estados Unidos sendo considerada com um alto nível de fiabilidade e viabilidade.

Lains (1990) afirma que a MIF é sobretudo um indicador de base da severidade da incapacidade, e como esta muda ao longo de um tratamento de reabilitação, também é um indicador de benefícios ou resultados do tratamento.

1.6.9 Cuidados Especializados

São cuidados prestados por profissionais de saúde devidamente treinados e habilitados, detentores de conhecimentos teóricos e práticos, na prestação de serviços a doentes que necessitem desses cuidados.

1.6.9.1 Reabilitação

Ao contrário do que se pensava inicialmente, a reabilitação pode ser considerada um meio de extrema importância para a recuperação dos doentes com AVC. Contrariando o mito criado, que se apoiava que a sobrevivência destes doentes não era suficientemente longa para justificar o esforço da reabilitação e o alto custo económico, vários estudos provaram a sua validade e benefícios para os doentes.

A reabilitação (tornar a habilitar) permite aproveitar a capacidade máxima das funções de modo a permitir que o doente se adapte à vida de relação com o meio, conseguido se possível, a integração essencialmente a três níveis: actividades de vida, relação com a família e relação com a sociedade. Storm (cit. In Martins 2002), define reabilitação como sendo “um processo único, contínuo, progressivo, global e precoce, não apenas médico ou social, ou profissional, mas sempre complexo, interdisciplinar e realizado na perspectiva do indivíduo”.

Anderson (1986) considera que a melhoria da capacidade funcional depende do ambiente que o rodeia, da motivação e do treino, no contexto de cuidados de reabilitação, para aprender a tornar-se de novo independente nas actividades de vida.

Estudos recentes apontam que a recuperação da função motora não está completa após 3 a 6 meses, como inicialmente se pensava, sendo necessário uma continuidade desta durante vários meses até anos.

É igualmente importante que esta recuperação não se cinja apenas ao aspecto motor, mas ao nível sensitivo e de comunicação. Para isso acontecer é necessário uma equipa interdisciplinar que elabore programas de reabilitação para o doente em causa, sendo esta constituída por enfermeiros de reabilitação, fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, psicólogos, entres outros.

Para iniciar um processo desta natureza é necessária uma avaliação pormenorizada de cada doente onde devem ser analisadas as potencialidades do movimento, mecanismos posturais e actividades funcionais, bem como uma análise da função articular e dos sistemas sensoriais. Após esta avaliação é fundamental traçar um programa específico e realista de intervenção junto do doente, sendo fundamental ter em conta que, na maioria dos casos a recuperação total das funções não é possível, evitando a frustração quer do doente quer do profissional responsável pela reabilitação.

Alguns factores de prognóstico são desfavoráveis à reabilitação, onde se incluem a idade avançada, hemiparésia grave, perda dos sentidos, negligência visual e incontinência.

Os principais objectivos dos procedimentos de reabilitação no doente hemiplégico baseiam-se em princípios neurofisiológicos para ajudar o doente a reaprender o controle postural normal e padrões de movimento básicos:

- Restabelecer o controle postural;
- Estimular os mecanismos de anti-gravidade postural;
- Aumentar o tónus muscular;
- Manter em atenção o estado do tónus muscular, inibindo padrões de movimentos indesejados e prevenindo o desenvolvimento anormal;
- Normalizar os impulsos táteis, proprioceptivos e cinestésicos;

- Aumentar a carga sensitiva (audição, visão e tacto);
- Reeducação do movimento controlado.

Um dos estudos mais importantes para o desenvolvimento do programa de reabilitação é o modelo desenvolvido por Jonhstone (1979), que se baseia nos factores que interferem com a função motora. Este modelo compara o desenvolvimento motor do doente com hemiplégia com os dados existentes do desenvolvimento da criança, visando essencialmente o tratamento da reabilitação para um conjunto de técnicas que têm como principal objectivo a redução da assimetria entre as duas metades do corpo.

Segundo esta autora, assim como uma criança recém-nascida, o doente apenas possui reflexos primitivos não sendo capaz de realizar movimentos controlados voluntários. Desta forma predominam os reflexos dominantes que levam a curto prazo ao aparecimento de quadros, que normalmente designamos por espásticos.

Neste sentido, são aplicadas aos doentes um conjunto de técnicas e exercícios ao doente, tendo como objectivo:

- Posicionar o doente nos padrões opostos à espasticidade, iniciando-se antes desta ocorrer (Figura 1 e 2);
- Manter posicionamentos, durante as vinte e quatro horas do dia, evitando assim posições viciosas determinadas pelas espasticidade;
- Reeducação da função motora e sensitiva do lado afectado, pela estimulação dos reflexos posturais normais (pelo padrão normal do desenvolvimento motor da criança);
- Aumentar o equilíbrio entre o lado saudável e o lado afectado, executando actividades bilaterais.

Em todo este processo é necessário evitar o padrão espástico, sendo o posicionamento e a mobilização no padrão anti-espástico a solução a adoptar (Figura 1 e 2). Para evitar a espasticidade para além do posicionamento já referido, esta autora considera fundamental incluir o rolamento, a posição de pronação, o apoio no cotovelo afectado, o ajoelhar, o gatinhar e só depois levantar.

Neste modelo também é explorado o desenvolvimento sensitivo, já que as perdas a este nível são de igual forma importante na reabilitação. Deve existir uma avaliação destas perdas durante o processo de implementação do programa de reabilitação, pois nem sempre são detectadas em fases precoces da doença.

1.7 Família

Este estudo é centrado na sua generalidade à família, sendo o momento oportuno para a compreender melhor, não só pelas suas funções na sua generalidade, como também nas adaptações que esta se vê obrigada para enfrentar uma situação de crise, neste caso específico numa situação de doença. Neste contexto será abordado, para além do conceito e funções da família, o impacto provocado pela doença como também será feita uma reflexão relativo a família como fonte de suporte social ao doente.

1.7.1 A Família: conceito e sua função

A família pode ser considerada como um sistema social, formado por uma unidade de indivíduos que desempenham certos papéis dentro da própria família, os quais contribuem para o desenvolvimento do sistema como um todo organizado. Estes papéis que são determinados por normas culturalmente determinadas, abrangem obrigações, direitos e responsabilidades específicas a cada um.

A estrutura familiar, os papéis e as tarefas específicas de cada membro são moldados pela ligação matrimonial e determinadas pela própria família através dos seus valores e tradições derivados do seu grupo cultural. A família pode ser entendida como sendo uma “comunidade de pessoas, a mais pequena célula social, e como tal é uma instituição fundamental para a vida de cada sociedade” (João Paulo II, 1994).

A família, na nossa sociedade, é a instituição responsável pelo apoio físico, emocional e social dos seus membros. É por isso, considerada por muitos como a mais antiga e utilizada assistência a saúde do mundo. É uma protecção importante no conjunto de saúde, ao cuidar dos seus membros quando estão doentes ou inválidos e dando apoio moral durante o internamento, caso este aconteça. A família é a responsável pela primeira socialização dos filhos, condicionando os hábitos e as atitudes do indivíduo nas actividades vitais. Pode-se considerar o pilar básico da sociedade.

Compete à família proporcionar a cada um dos seus membros melhores condições materiais, no que se refere à alimentação, vestuário, habitação, condições ambientais que promovam um equilíbrio desejado e um grau de educação capaz de incentivar hábitos sanitários correctos e normas de conduta que facilitem a sua integração na sociedade. Duvall, define as funções da família “como aquilo que ela tem que fazer a fim de suprir as necessidades dos seus membros para sobreviver e dar uma contribuição para a sociedade” (Atkinson e Murray, 1989).

Contudo, a concepção de família tem vindo a modificar-se ao longo dos tempos. Neste sentido podemos afirmar que as modificações mais visíveis foram ao nível da extensão e ao nível das suas funções.

Assistimos actualmente a uma diminuição do número de membros de cada família e a uma individualização ao nível da habitação, deixando de coabitar em simultâneo várias gerações onde era garantida a segurança quer dos idosos quer dos familiares doentes. Estamos perante uma tendência desagregadora da família tradicional em virtude da necessidade da lógica funcional da sociedade moderna urbano-industrial, desligada da apertada rede de laços de parentesco. Esta desagregação conduz a uma difícil reintegração do doente (aquando do seu regresso após um internamento) no seu seio familiar.

Hoje em dia ainda existe uma grande discrepância entre os tipos de estruturas familiares e estilos de vida, mesmo dentro do mesmo país, caso estejamos perante uma família tipicamente urbana ou rural. Com isto denota-se uma maior predisposição das famílias que habitam em zonas rurais para a integração dos doentes no seio familiar, mas em

contra-partida há mais recursos, nos meios ditos urbanos, para a existência de um maior número de instituições de apoio e acolhimento de doentes.

De uma forma geral, actualmente podemos definir a família como sendo “o agregado doméstico, no sentido de relacionamento com vida privada e íntima de pessoas, em regra simbolizada pelo “domus” ou lar, composta por pessoas unidas por vínculos de aliança, consanguinidade ou outros laços sociais.” (Frei Bernardo, 1994 citado por Moreira, 2001).

1.7.2 Impacto da doença na família

Moreira (2001) afirma que ao longo de tempo as famílias, quaisquer que sejam, ao encontrarem-se em equilíbrio cada elemento tem o seu lugar. No entanto, este equilíbrio é quebrado perante situações de doença ou morte. Nestes casos é necessário que os familiares consigam adaptar-se a esta situação de crise.

Inicialmente haverá um impacto emocional ao tomar conhecimento da situação; seguir-se-á uma necessidade de reestruturação familiar (é necessário reorganizar as responsabilidades e os papéis desempenhados por cada um). Os aspectos económicos também têm que ser levados em conta, pois há um acréscimo de despesas em transportes para o hospital, muitas vezes em alojamento, a falta do doente ao trabalho bem como a falta do familiar directo que o acompanha. Vão-se manifestar igualmente necessidades de informação – os enfermeiros devem estar despertos para esclarecer os familiares em relação à doença, seu tratamento e efeitos.

A família tenta protelar ao máximo o regresso do doente a casa, esta situação poder-se-á dever à insegurança e à falta de capacidade de resposta perante a nova situação da família ou da pessoa que virá a assumir o papel de prestador de cuidados. Normalmente, o prestador de cuidados informais não tem noção do esforço que lhe irá ser exigido de futuro.

A continuidade do despenho desta função pode conduzir à exaustão, como consequência dos efeitos negativos da prestação de cuidado e da relação efectiva das pessoas que cuidam. Em muitas circunstâncias toda a família, ou em particular a pessoa mais

envolvida na prestação de cuidados, ou sobre a qual recai mais responsabilidades, entram em situação de crise e ruptura manifestando entre outros sintomas: tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da auto-estima (Zarit et al, 1980; Robinson, 1983). No entanto se a estrutura familiar for sólida e houver entajuda, todos beneficiarão, principalmente o doente. Todas estas alterações geram momentos de crise nas famílias.

As crises do tipo situacional, causadas por algo não esperado, como por exemplo, por uma doença grave de um dos membros da família (neste caso específico um doente que sofreu um AVC), divórcio, desemprego, morte prematura de um dos membros, entre outros. Da mesma forma que os membros da família aprendem a enfrentar as crises de desenvolvimento as quais apresentam um carácter previsível, estes têm ainda que adquirir competências que os habilitem a ultrapassar as crises inesperadas que aparecem ao longo do percurso, ou seja, do ciclo da vida da família, sob pena desta se desestruturar.

A forma mais ou menos violenta como as crises familiares são sentidas depende de vários factores. O mesmo acontecimento pode ser sentido de formas totalmente opostas por duas famílias diferentes. A forma de encarar o acontecimento dependerá das circunstâncias da família na época do acontecimento. Este acontecimento interage com os recursos familiares para a resolução da crise, bem como a capacidade da família de perceber o acontecimento sob uma perspectiva saudável.

Os recursos que a família dispõe para enfrentar os acontecimentos podem ser definidos como: tudo aquilo que ela utiliza para tentar solucionar o problema. Assim, podem considerar-se experiências exteriores, a coesão que existe entre os seus membros, a flexibilidade da família (um dos membros pode mudar de papel sem grandes problemas) e os recursos exteriores disponíveis para a família poder utilizar.

Atkinson e Murray (1989) referem que mesmo sendo importante, a natureza de um acontecimento não é capaz por si só de produzir uma crise familiar. Esta seria a superação de todos os recursos familiares disponíveis, da percepção negativa do problema e da falta de suporte externo adequado.

Para superar o problema, muitas vezes, a família necessita de apoio, querendo com isto dizer que mais do que dar ao indivíduo enfermo os cuidados necessários durante a fase aguda da doença, deverá antes de mais promover-se a adaptação da família à situação.

1.7.3 Cuidador informal

Segundo o Edvaldo Leme (<http://www.portalthomecare.com.br/pagina.php?pagina=21>), cuidador informal é descrito como uma figura que:

Prevê cuidados e assistência para outros, mas sem remuneração. Geralmente, este serviço é prestado num contexto de relacionamento já em andamento. É uma expressão de amor e carinho por um membro da família, amigo ou simplesmente por um outro ser humano em necessidade. Cuidadores, no sistema informal, auxiliam a pessoa que é parte ou totalmente dependente de auxílio no seu quotidiano, como: para se vestir, alimentar, cuidados de higiene, dependência de transporte, administração de medicamentos, preparação de alimentos e gerir finanças.

1.7.4 Ensino à família

A função pedagógica do Enfermeiro reveste-se de grande importância, ao nível da educação ao doente e da sua família, tanto no momento da alta como em todo o processo de doença. Smith (1995, pp. 2320 - 2325) afirma que o termo ensino às famílias usa-se para “acentuar as técnicas de ensino, utilizadas nos cuidados de saúde domiciliários, envolvem toda a família ou todos os que são próximos do doente”.

Um programa de informação estruturado é, sem dúvida, uma necessidade para os doentes e para os seus familiares, ou seja, quanto mais esclarecidos estiverem, melhor será a sua participação e conseqüentemente melhor o prognóstico do doente (Clark e tal, 1998, pp. 90-96).

1.7.5 Suporte social

A maior parte dos indivíduos vítimas de AVC sobrevivem com variadíssimos graus de incapacidade e morbilidade, constituindo-se um factor perturbador do quotidiano do doente, tanto a nível familiar como social.

Todos os fenómenos são potencialmente stressantes ou destabilizadores e, quando não existe apoio ou preparação, podem desencadear efeitos nocivos em termos mentais e/ou físicos. Podemos estabelecer um princípio geral, que o indivíduo com bom suporte social experiênciamos acontecimentos significativos mais adequadamente.

Representando a família um papel fundamental durante a fase de recuperação, principalmente aquando do regresso do doente ao domicílio (Fontes, 1996) esta deve partilhar responsabilidades no processo de recuperação do doente, especialmente a longo prazo, contribuindo para o seu bem-estar (Evans et al, 1994). Os doentes vítimas de AVC sem suporte familiar sofrem deteriorização emocional sem outra razão aparente, levando a que um deficiente funcionamento familiar possa ter um impacto negativo na reabilitação. (Friedland e McColl, 1987).

Kesser et al. (1985), após uma investigação, concluíram que os resultados sugerem que o suporte social pode proteger os indivíduos de certas perturbações mentais.

No regresso a casa, o indivíduo é confrontado com a mudança: na recuperação funcional, no seu papel na família, na vida social e no estatuto de emprego. Os acontecimentos experimentados tendem a ser negativos para o indivíduo resultando numa situação de stress.

O suporte social poderá representar um agente de temponamento contra acontecimentos indutores de stress (Friedland et al., 1987). Neste sentido, o suporte social terá como função amortecer as consequências da situação stressante, tornando-as de algum modo mais toleráveis e suportáveis, protegendo assim o indivíduo de potenciais efeitos patogénicos.

O suporte social funciona como um grupo que proporciona um feedback para o sujeito, permita a validação das expectativas comportamentais e ajuda numa comunicação mais eficaz com o mundo externo.

Alguns estudos têm examinado os efeitos dos recursos do suporte social durante a recuperação. Brocklehurst e tal. (1981) demonstraram que a maioria dos indivíduos com AVC (97%) são capazes de continuar a viver na comunidade com a assistência do

cuidador primário. Por sua vez Friedland e McColl (1987), têm demonstrado que o suporte social dos amigos, da comunidade, e uma relação pessoal íntima tem um efeito protector contra o deficiente resultado psicossocial.

Em contrapartida, demasiado suporte social pode levar à super protecção e pouca estimulação, levando a concluir que os indivíduos que vivem sozinhos podem recuperar mais facilmente, comparados com aqueles que vivem em contexto familiar.

Ainda referente ao impacto do suporte social na recuperação dos doentes com AVC, salientamos o estudo dirigido por Glass (1993). Esta equipa de investigação, utilizando uma metodologia longitudinal, procurou tirar partido de instrumentos de avaliação reconhecidos e avaliados, controlando o tempo de evolução. Dos 46 doentes foram avaliados no primeiro, terceiro e sexto mês pós AVC, quanto ao estatuto social e percepção de suporte social. Constataram a existência de diferenças significativas entre a severidade do AVC, o suporte social e as sequelas a longo prazo. Nos doentes com graves sequelas motoras, os que possuíam melhor suporte social obtiveram um melhor nível funcional do que os que tinham suporte social mais baixo.

Na opinião de Glass (1993), os elevados níveis de percepção de suporte social nos doentes hemiplégicos encontram-se associados a uma rápida recuperação funcional.

Em síntese, é possível afirmar que o suporte social não é nada mais do que um conjunto de recursos que os outros podem dispensar a um indivíduo, sejam estes fontes como a família, os amigos íntimos, grupo comunitários, colegas de trabalho ou até mesmo profissionais de saúde.

II – FASE METODOLÓGICA

Quando nos deparamos com uma determinada problemática surge a necessidade de investigar, para que seja possível uma determinada explicação ou uma melhor compreensão sobre esta. Aqui nasce a investigação científica que segundo Fortin (2009, p.4) pode ser definida como:

“(…) um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico, isto é, do mundo que é acessível aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos.”

Para qualquer fenómeno que se pretenda estudar é necessário um ponto de partida, isto é, um problema de investigação que tem como máxima principal a procura de uma resposta relativamente a um assunto que seja do interesse geral e que ofereça a quem o estuda a possibilidade de investigar.

A fase metodológica é de grande relevância num projecto de investigação, pois esta vai proporcionar ao investigador um plano para o orientar durante todo o processo de investigação.

2.1 Princípios Éticos

Segundo Fortin (2003, p. 261), “(…) qualquer investigação realizada com seres humanos deve ser avaliada sob o ponto de vista ético.”

Com base nos direitos fundamentais das pessoas, Fortin (2003, pp. 116, 117, 118 e 119) definiu cinco princípios ou direitos que são aplicáveis aos seres humanos, sendo estes estabelecidos pelos códigos de ética. Segundo esta autora, os cinco princípios são: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal. Descreve-se seguidamente cada um dos direitos:

- **Direito à autodeterminação** – baseado no princípio ético do respeito pelas pessoas, sendo que qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar

conta do seu próprio destino. Ao potencial inquirido cabe o direito de decidir de livre vontade relativamente à sua participação ou não neste estudo, sendo, que este direito é violado a partir do momento em que uma pessoa é constrangida a participar, ou quando o sujeito não é suficientemente autónomo devido a incompetência legal (idade) ou moral.

- **Direito à intimidade** – segundo este direito qualquer investigação junto de seres humanos constitui uma forma de intromissão na vida privada dos sujeitos. Quando efectuado o estudo, procurou-se que este fosse o menos invasivo possível relativamente à intimidade dos inquiridos.
- **Direito ao anonimato e à confidencialidade** – este direito é respeitado se a identidade do sujeito não poder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Nos questionários apresentados aos inquiridos está expresso de forma clara e explícita que os dados são anónimos e confidenciais, logo, os inquiridos não devem colocar algo que os identifique em nenhuma das partes deste.
- **Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo** – refere-se às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Pode aplicar-se a expressão «nenhum risco previsto» uma vez que a investigação em causa não produz nenhum efeito favorável ou desfavorável nos sujeitos.
- **Direito a um tratamento justo e equitativo** – os sujeitos têm direito a receber o tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação num estudo. Aquando do pedido para participarem nesta investigação aos sujeitos, os mesmos, foram informados sobre a natureza e o fim desta investigação.

2.2 Desenho de Investigação

Segundo Fortin (2003, p.132) “O desenho da investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

2.2.1 Meio

Para Fortin (2003, p. 132), “ (...) os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios. O investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha.”

O presente estudo desenvolveu-se nas imediações do Hospital António Lopes, na Póvoa de Lanhoso, aos familiares de doentes com AVC.

2.2.2 Tipo de Estudo

Segundo Fortin (2003, p. 133), “O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”.

De acordo com a temática que foi motivo de investigação – Doente com AVC: Dificuldade da família – o presente estudo é exploratório-descritivo, transversal, pois aponta no sentido de exploração de conceitos, descrição de experiências, vivências pessoais, conceitos e opiniões.

Os inquiridos deste estudo são sujeitos que apresentam vivências, experiências pessoais, ou seja, familiares de doentes com AVC.

O presente estudo trata-se de um método de investigação quantitativo, pois segundo Fortin (2003, p. 22), “O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.”, o que vai de encontro ao referente estudo, podendo ser quantificado sempre que necessário por intermédio de quadros e gráficos os elementos em estudo.

Para Fortin (2003, p. 22) este método tem como finalidade:

“ (...) contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos”.

2.2.3 População e Amostra

Na fase de planeamento do trabalho de investigação foi necessário definir a população alvo, ou seja, aquela que vai ser objecto de estudo.

Fortin (2003, p. 202) afirma que:

Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida. Se bem que o elemento seja muitas vezes uma pessoa, ele pode ser também uma família, um grupo, um comportamento, uma organização, etc.

Esta autora (Fortin, 2003, p. 202) refere ainda que:

A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A população acessível, que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador. A população alvo raramente é acessível na sua totalidade ao investigador. (...) geralmente é limitada a uma região, uma cidade, um hospital (...)

Neste estudo a população alvo são 25 sujeitos. Familiares, que no seu agregado familiar integrem doentes que tenham tido um ou mais acidente vascular cerebral.

Segundo Fortin (2003, p. 202), “O plano de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para seleccionar a amostra (...)”.

A amostra do presente estudo é constituída por 25 familiares pertencentes ao agregado familiar de doentes que tiveram AVC, e que se encontravam, no dia 16/07/2010, entre as 9h30m e as 19h, nas imediações do Hospital António Lopes da Póvoa de Lanhoso. O método de amostragem utilizado neste estudo foi o método de amostragem acidental, não probabilística.

Para Fortin, (2003, p.208), “A amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso, como, por exemplo, as pessoas hospitalizadas.”

2.2.4 Variáveis em estudo

Segundo Fortin (2003, p. 36), variáveis são: “(...) qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Uma variável pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças.”

As variáveis empregadas no presente estudo classificadas como: variáveis dependentes, atributo e independentes.

Fortin (2003, p. 37) define variável dependente como:

“(...) é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente.”

A variável dependente do estudo é: “Dificuldades da família.”

Fortin (2003, p. 37) define variáveis atributos como: “(...) são as características dos sujeitos num estudo.”

No presente estudo as variáveis de atributo são:

- Género; Idade; Estado civil; Grau de parentesco com o doente; Constituição do agregado familiar; Cuidador informal; Tipo de habitação

Equipamento. Fortin (2003, p. 37) define variável independente “(...) é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente.”

As variáveis independentes presentes neste estudo são:

- Défices apresentados pelo doente;
- Grau de dependência do doente;
- Necessidades do doente;
- Informação recebida pelos familiares.

2.3 Instrumento de recolha de dados

Nesta etapa, o investigador descreve os métodos de colheita de dados que irão ser utilizados. Segundo Fortin (2003, p. 41):

A colheita de dados efectua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados assim como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efectuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for o caso disso.

Nesta fase o investigador define a população e escolhe os instrumentos mais adequados para efectuar a colheita dos dados. Como tal, o instrumento de medida utilizado neste estudo foi um questionário, uma vez que para a problemática em questão e para uma organização racional e adequada dos dados, seria o instrumento mais viável, para uma melhor compreensão dos objectivos do estudo.

Relativamente à escolha de um método de colheita dos dados, Fortin (2003, p. 240) afirma que:

“Antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação”.

Como referido anteriormente, o método de colheita de dados utilizado foi o questionário. Fortin (2003, p. 249) afirma que:

Um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos (...) traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.

O presente questionário apresenta duas partes. A primeira parte é constituída por onze questões fechadas e por quatro mistas. A segunda parte é constituída por seis questões fechadas, quatro mistas e duas questões abertas. Segundo Fortin (2003, p. 250), “As questões (...) são de duas ordens: as questões de escolha fixa e as questões de resposta livre”.

2.3.1 Pré-Teste

Fortin (2003, p. 253) define pré-teste como:

(...) preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. (...) permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e ordem das questões.

O pré-teste do presente estudo foi realizado nas imediações do Hospital António Lopes da Póvoa de Lanhoso, em 3 indivíduos independentes da amostra, mas com as mesmas características, com o objectivo de verificar se as questões eram bem compreendidas. Não tendo sido necessário reformular nenhuma questão.

Os inquiridos foram convidados a participar voluntariamente no estudo tendo sido salvaguardado o anonimato e a confidencialidade.

2.3.2 Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão neste estudo foram definidos os seguintes:

- Pessoas que no seu agregado familiar tenham doentes com AVC;

- Independentemente da idade e do sexo.

2.4 Previsão e tratamento dos dados

Após colheita dos dados através do questionário, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados. Para a organização dos dados obtidos foi utilizado o software Microsoft Excel 2007, para ambiente Windows.

As questões abertas, foram ordenadas de acordo com as respostas dadas e tratadas quantitativamente.

No tratamento das questões da parte I, 9.1 e da parte II, 3, 4.1.1, 5.1, 6, 7 do questionário, foi utilizado o número de respostas e não o tamanho da amostra.

Os dados obtidos através dos questionários foram transformados em gráficos e quadros que sintetizam essa mesma informação.

III – FASE EMPÍRICA

3.1 Apresentação, Interpretação dos dados

Este projecto de investigação tem como finalidade compreender quais as dificuldades da família do doente com AVC.

Segundo a metodologia apresentada, foi efectuado um questionário de forma a atingir os objectivos deste trabalho.

Após ser efectuada a colheita de dados, procedeu-se à apresentação e interpretação dos resultados obtidos através de gráficos e tabelas.

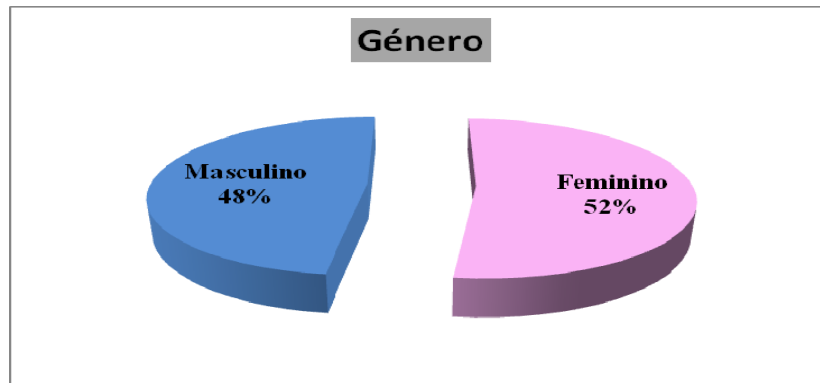
Segundo Fortin (1999, p. 42), “A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo segundo se trata de explorar ou descrever os fenómenos, ou de verificar relações entre variáveis.”

A apresentação e interpretação dos resultados obtidos seguem a ordem do questionário efectuado que se encontra anexado (anexo II).

Primariamente é efectuada a caracterização da amostra e seguidamente são apresentadas as dificuldades sentidas pelos familiares dos doentes com AVC. Juntamente com a apresentação dos resultados é efectuada a análise, discussão e confrontação destes com os vários autores.

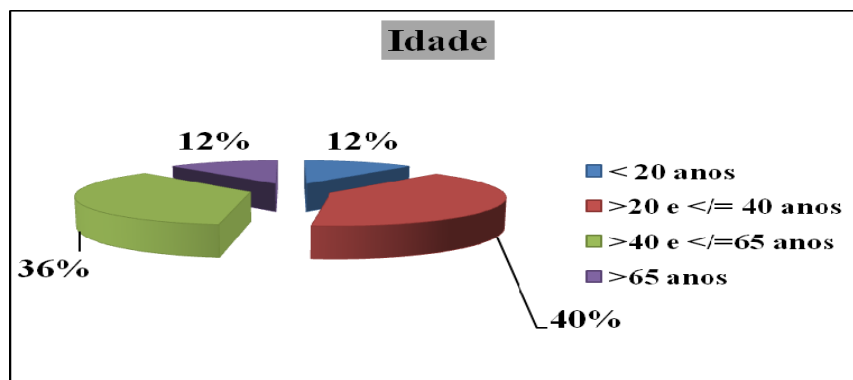
3.1.1 Caracterização da amostra

Gráfico 1 – Caracterização da amostra



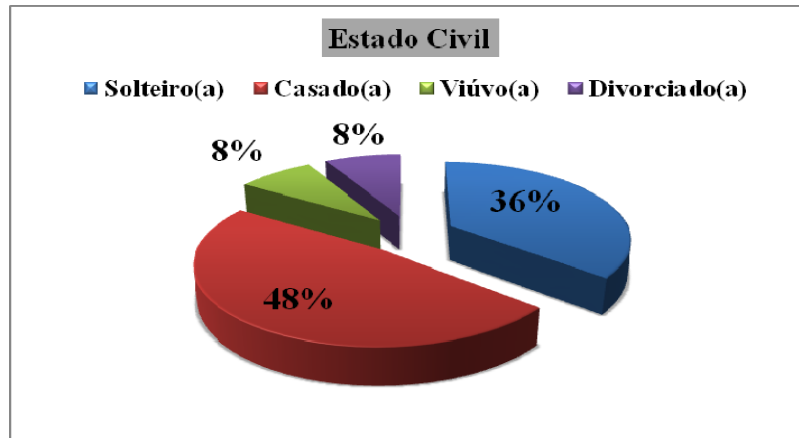
A amostra é constituída por 25 familiares de doentes com AVC, através deste gráfico 1 pode-se verificar que, 52% dos familiares são do género feminino e 48% do masculino.

Gráfico 2 – Representação da idade segundo classes



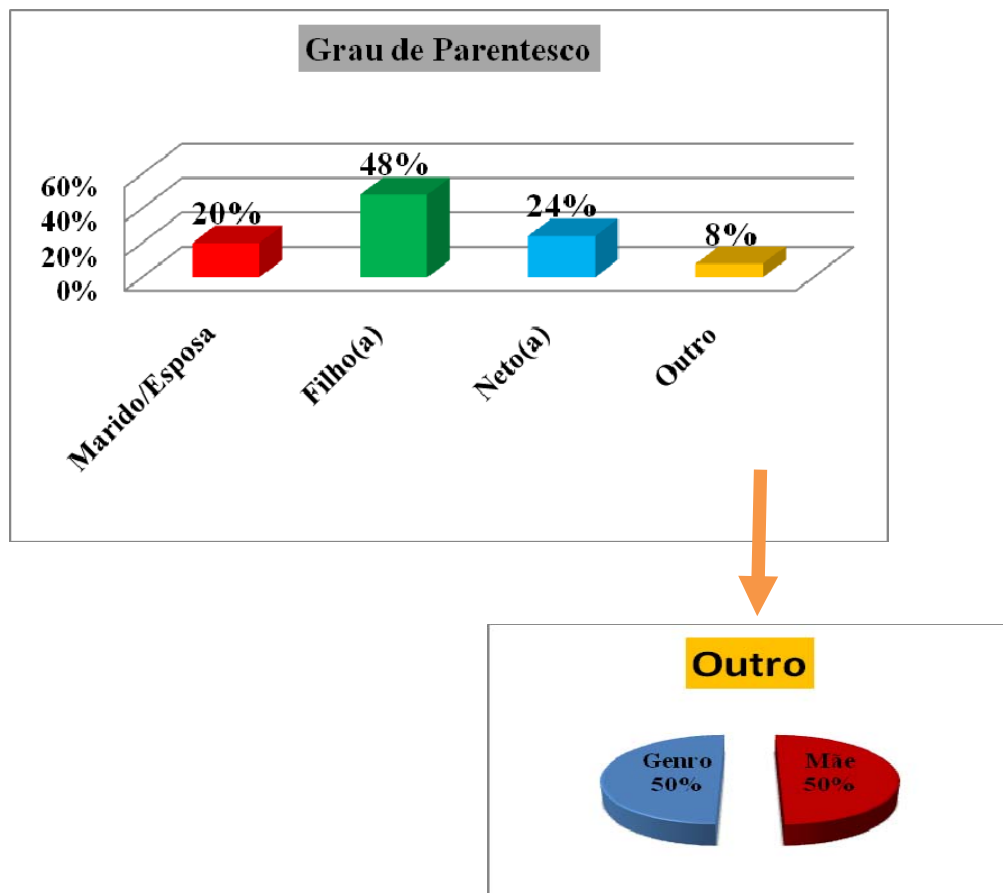
Relativamente à faixa etária, segundo o gráfico 2, a amostra encontra-se maioritariamente entre os 20 e os 40 anos (40%), seguidamente entre os 40 e os 65 anos (36%) e por último os de idade inferior a 20 anos e superior a 65 anos respectivamente com 12%.

Gráfico 3 – Representação do estado civil



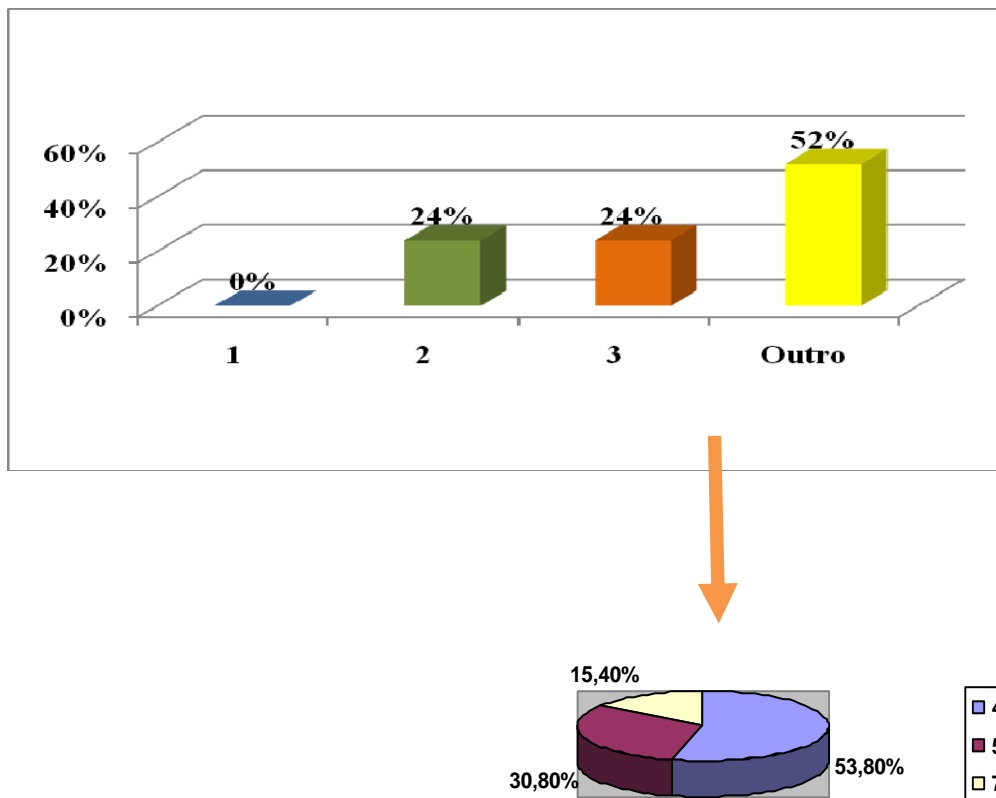
Segundo o gráfico 3, 48% dos elementos apresentam o estado civil de casados, 36% solteiros e 8% viúvos e divorciados respectivamente. Pode-se concluir que grande parte dos familiares dos doentes com AVC são casados.

Gráfico 4 – Grau de parentesco com o doente



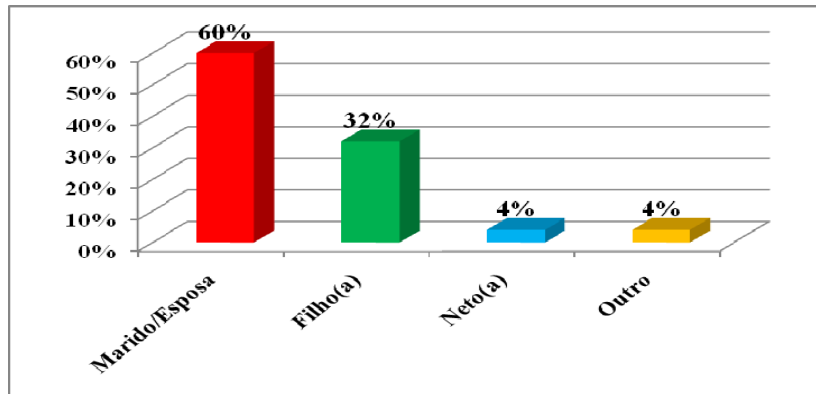
Pela observação do gráfico 4, constata-se que dos 25 inquiridos, 48% são filhos (as), 24% são netos (as), 20% são marido/esposa do doente, e 8% dos inquiridos que seleccionaram a opção outro, 50% tem o parentesco de mãe e genro respectivamente.

Gráfico 5 – Constituição do agregado familiar



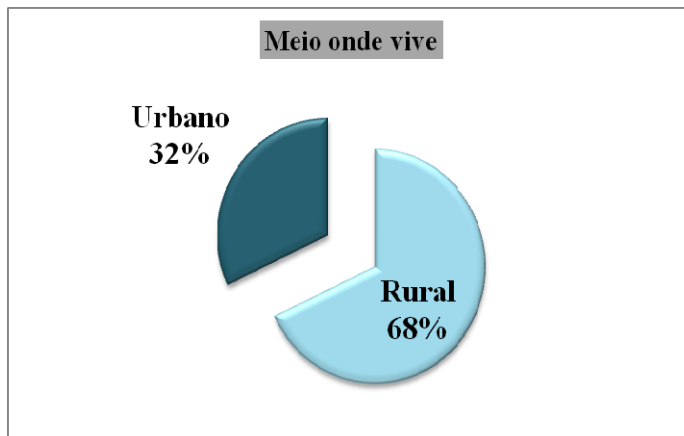
Pela análise do gráfico 5, relativamente à constituição do agregado familiar, constata-se que 52% dos inquiridos respondeu a opção outro, 24% dos inquiridos, o agregado familiar é constituído por 2 e por 3 pessoas respectivamente. Dos 52% que afirmou que o agregado familiar é constituído por mais que 3 pessoas, 53,8% é constituído por 4 pessoas, 30,8% por 5 pessoas e 15,4% por 7 pessoas.

Gráfico 6 – Cuidador informal



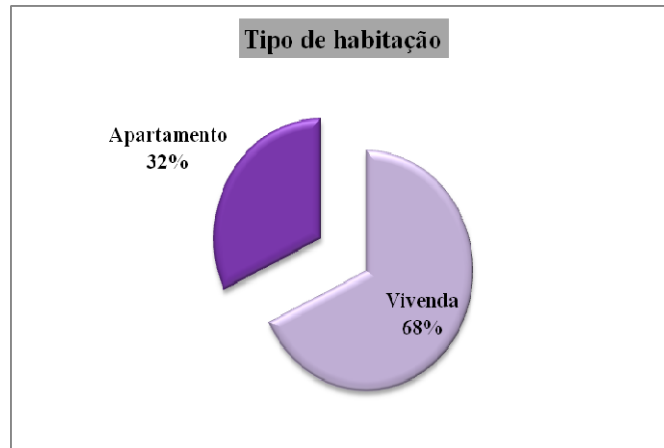
Pela análise do gráfico 6, constata-se que 60% dos inquiridos afirmou que o cuidador informal é o marido/esposa; para 32% dos inquiridos o cuidador informal é o filho(a); para 4% é o neto(a) e a “Mãe” respectivamente, na opção “outro”.

Gráfico 7 – Meio onde habita



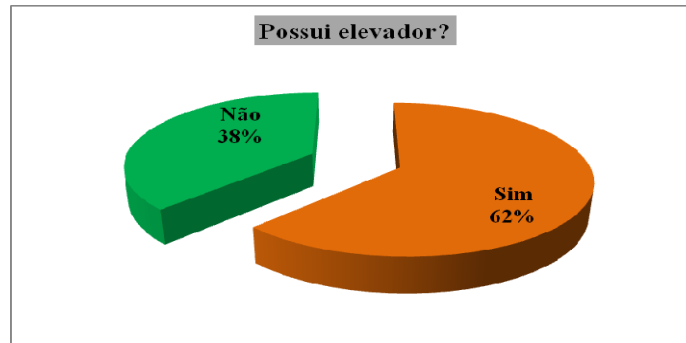
Segundo o gráfico 7, grande parte da amostra (68%) habita em meio rural e 32% habita em meio urbano.

Gráfico 8 – Tipo de habitação



Observando o gráfico 8, verifica-se que o tipo de habitação mais comum nesta amostra é vivenda (68%) seguido do apartamento com 32%.

Gráfico 8.1 – Se respondeu apartamento, possui elevador?



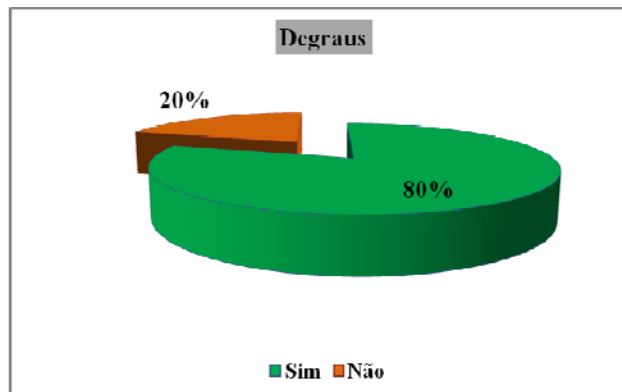
Dos 32% dos inquiridos que afirmaram que habitação é apartamento, em 62% dos casos, o edifício possui elevador, e 38% não possuem elevador.

Gráfico 8.2 – Habitação



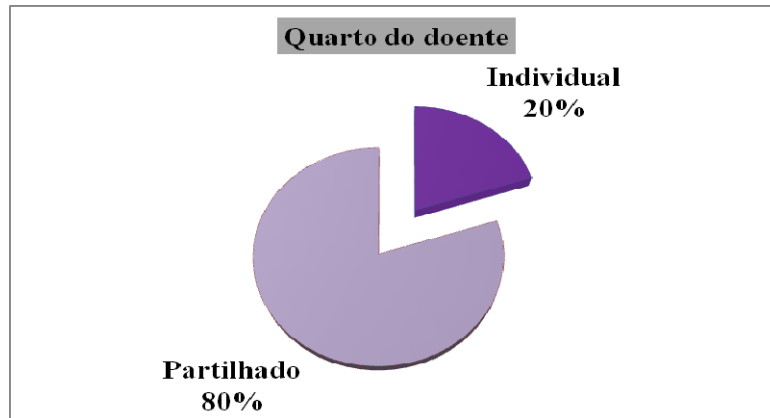
Com base no gráfico 8.2 verifica-se que 80% possui habitação própria, enquanto que 20% possui habitação alugada.

Gráfico 8.3 – Habitação possui degraus



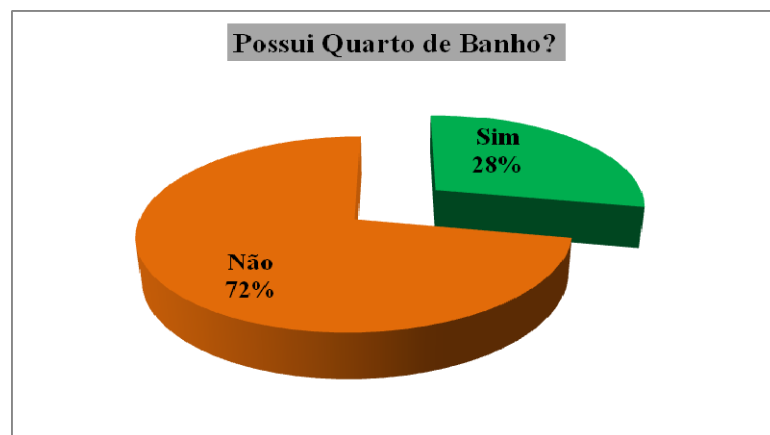
Como se pode verificar por análise do gráfico 8.3, 80% das casas possuem degraus e 20% não possuem.

Gráfico 8.4 – Quarto do doente



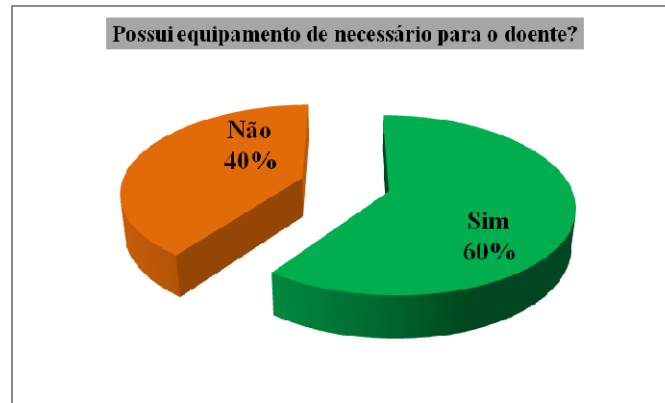
Pela análise do gráfico 8.4 constata-se que sua maioria, 80%, o quarto do doente é partilhado, enquanto para 20% dos inquiridos, o quarto do doente é individual.

Gráfico 8.4.1 – Quarto equipado com quarto de banho



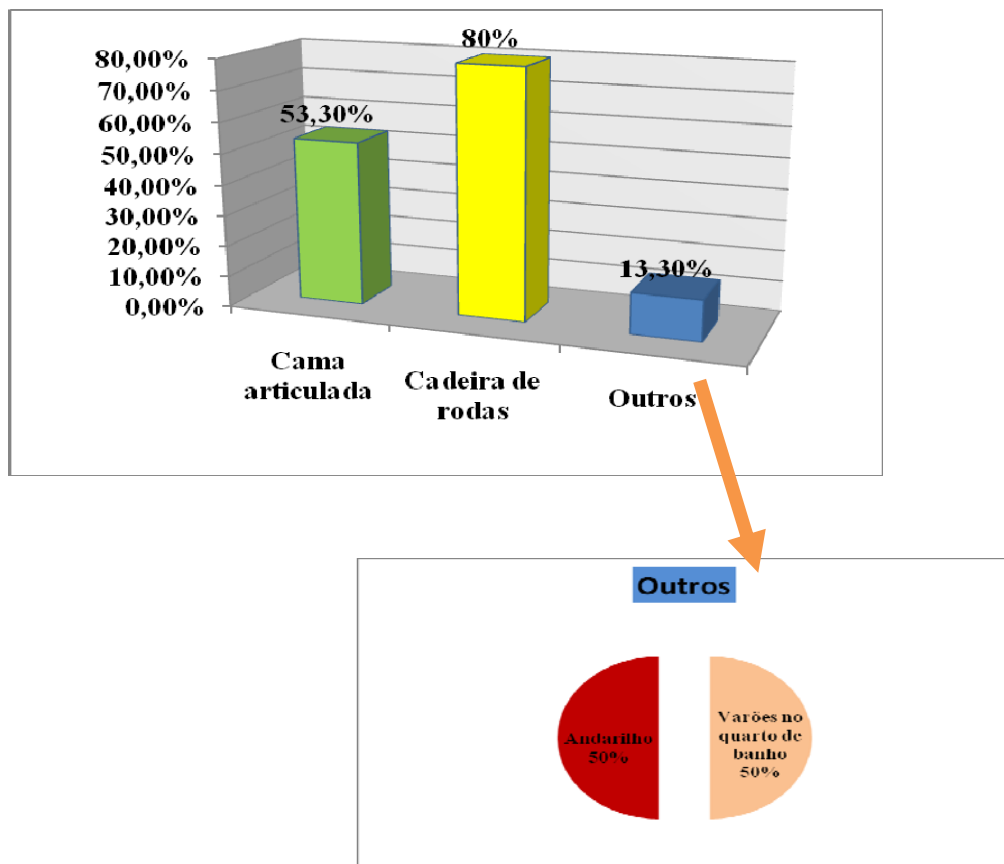
Pela análise do gráfico 8.4.1, constata-se que 72% dos quartos não estão equipados com quarto de banho e 28% dos quartos estão equipados.

Gráfico 9 – Equipamentos de auxílio ao doente



Pela análise do gráfico 9, constata-se que 60% dos inquiridos afirmou possuir equipamento necessário para o doente, enquanto 40% referiram não possuir.

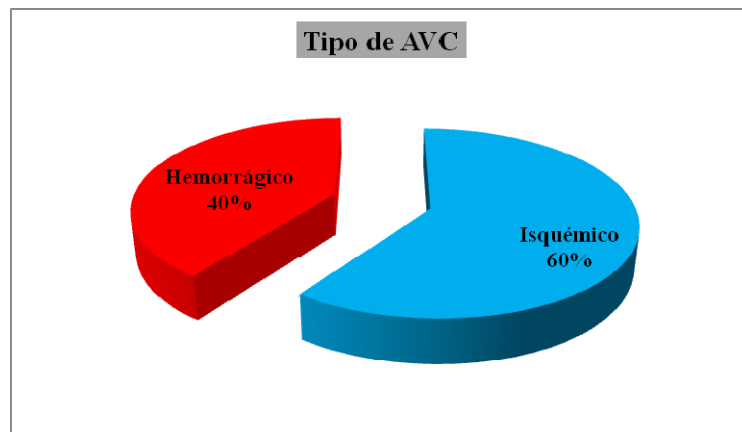
Gráfico 9.1 – Equipamento que possui



Dos 60% que referiram possuir equipamento necessário para o doente, 80% possuem cadeiras de rodas para os doentes, 53,3% possuem camas articuladas, e 13,3% dos

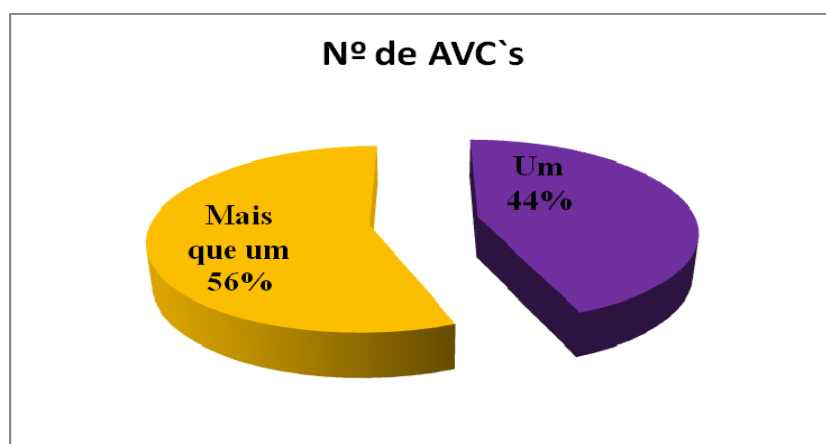
inquiridos possuem outros equipamentos. Dos 13,3% que seleccionaram a opção “outros”, mencionaram estar na posse de andarilhos e varões na casa de banho, respectivamente com 50%.

Gráfico 10 – Tipo de AVC



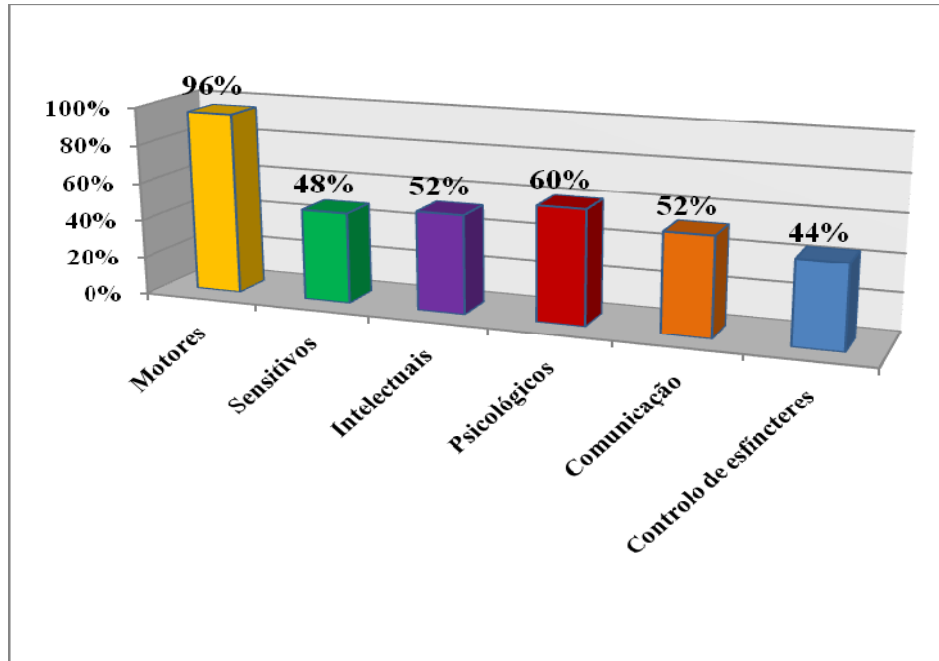
Com base no gráfico 10, verifica-se que 60% dos inquiridos referem que o doente teve AVC isquémico, enquanto 40% dos inquiridos afirmaram que o doente teve AVC hemorrágico.

Gráfico 11- Número de AVC's sofridos



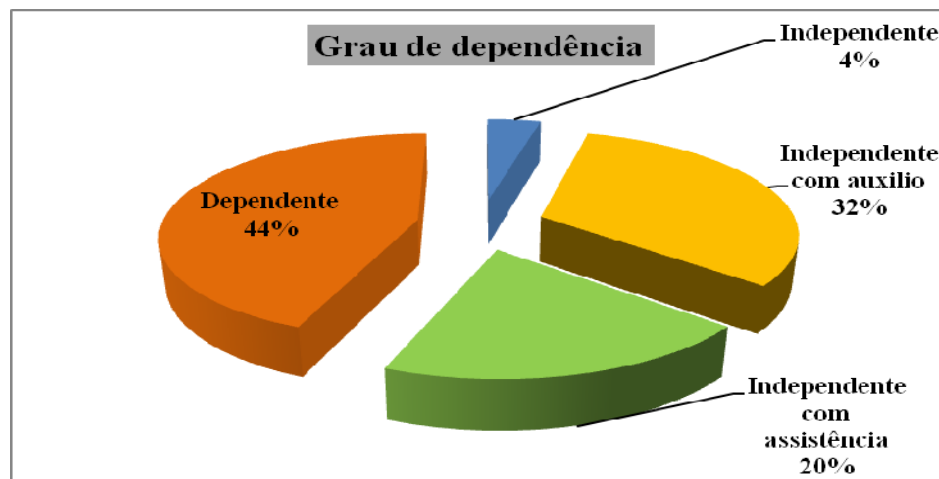
Através da análise do gráfico 11, verifica-se que 56% dos inquiridos afirmaram que o doente teve mais do que um AVC e 44% afirmaram que o doente teve um AVC.

Gráfico 12 – Tipo de défices apresentados pelo doente



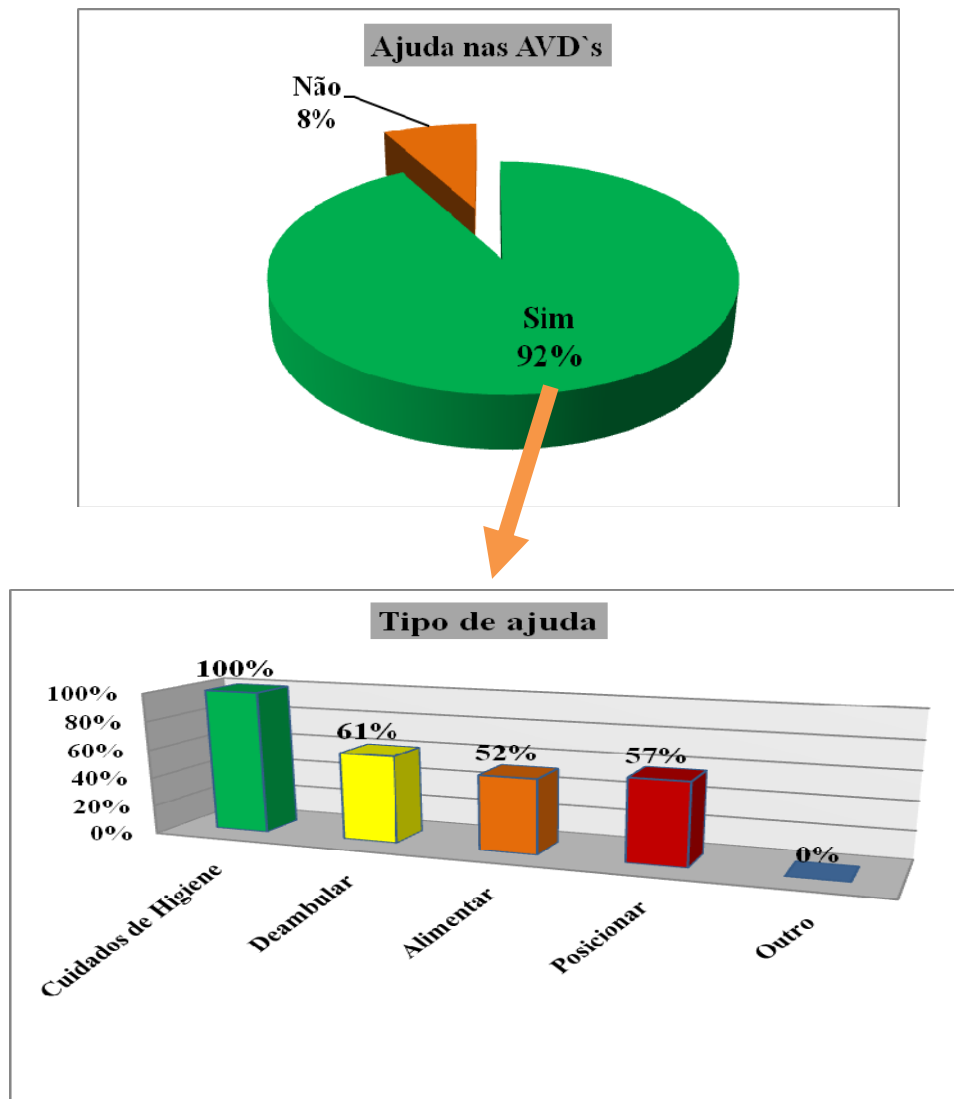
Pela análise do gráfico 12 constata-se que 96% dos inquiridos afirmaram que o doente apresenta défices motores; 60% referem que o doente apresenta défices psicológicos, 52% referem que o doente apresenta défices intelectuais e défices ao nível da comunicação respectivamente, 48% referem que o doente apresenta défices sensitivos; e 44% referem que o doente apresenta défices ao nível do controlo dos esfíncteres.

Gráfico 13 – Grau de dependência do doente



Através da análise do gráfico 13, constata-se, relativamente ao grau de dependência do doente, 44% dos doentes são dependentes, 32% são independentes com auxílio, 20% são independentes com assistência e 4% são independentes.

Gráfico 14 – Ajuda nas actividades de vida diárias

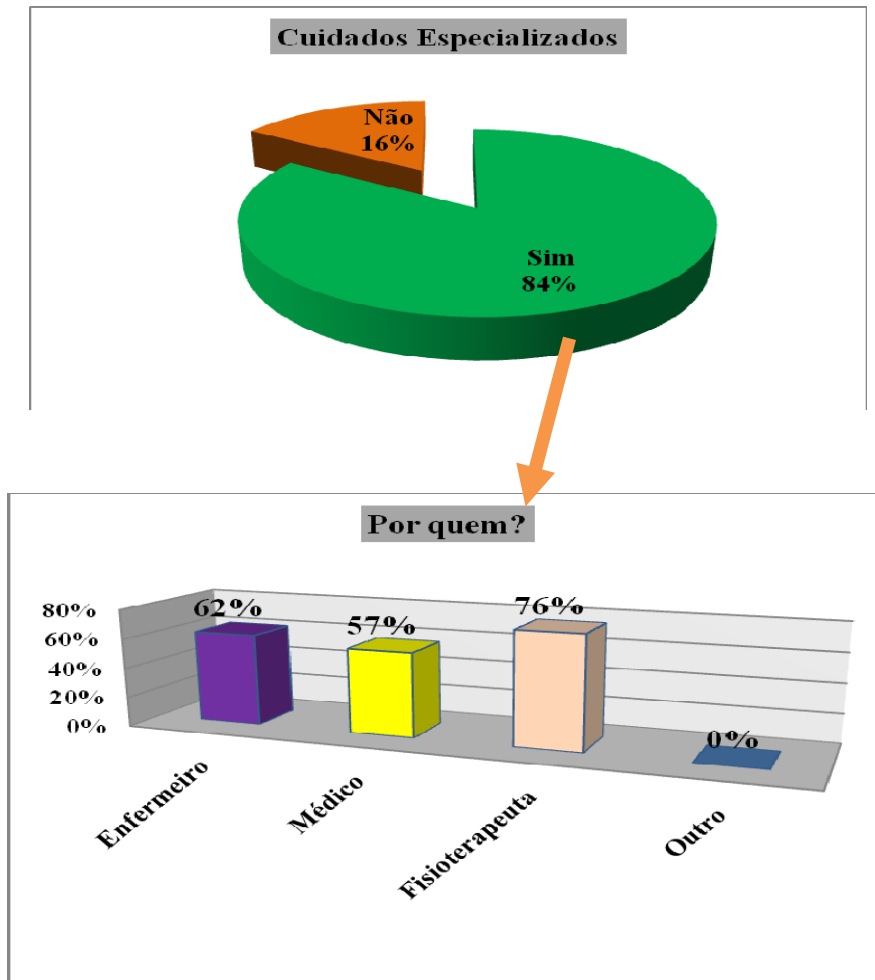


Pela análise do gráfico 14, constata-se que 92% dos inquiridos afirmaram que o doente necessita de ajuda nas actividades de vida diária, enquanto 8% dos inquiridos referem que o doente não necessita de ajuda.

Dos 92% dos inquiridos que referiram o doente necessitar de ajuda nas actividades de vida diária, constata-se que a totalidade (100%) dos inquiridos afirma que o doente necessita de ajuda nos cuidados de higiene; 61% referem que o doente necessita de

ajuda na deambulação; 57% o doente necessita de ajuda para alternar de posição e 52% necessitam de ajuda para se alimentar.

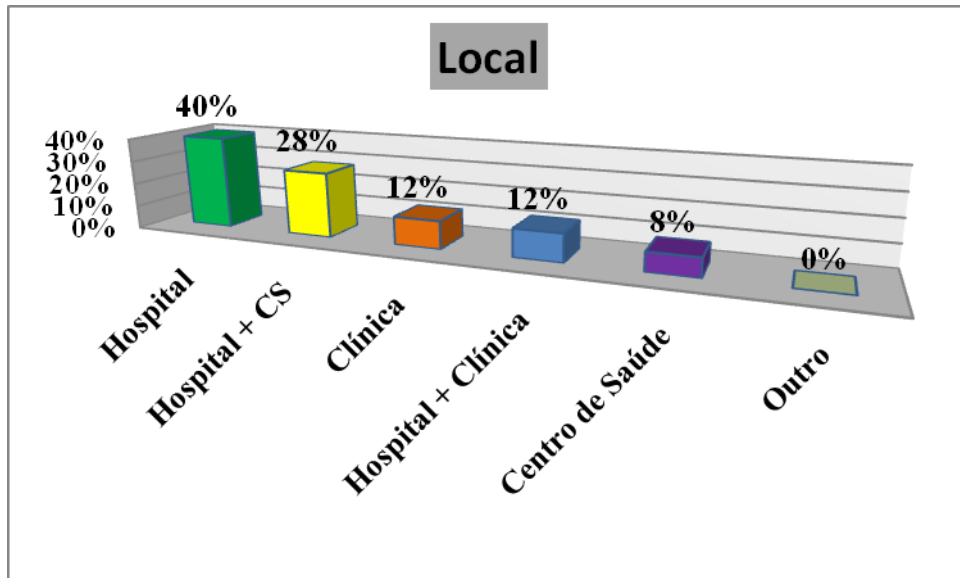
Gráfico 15 – Necessidade de cuidados especializados



Pela análise do gráfico 15 constata-se que 84% dos inquiridos respondeu que o doente tem necessidade de cuidados especializados, e 16% dos inquiridos afirmaram que o doente não necessita.

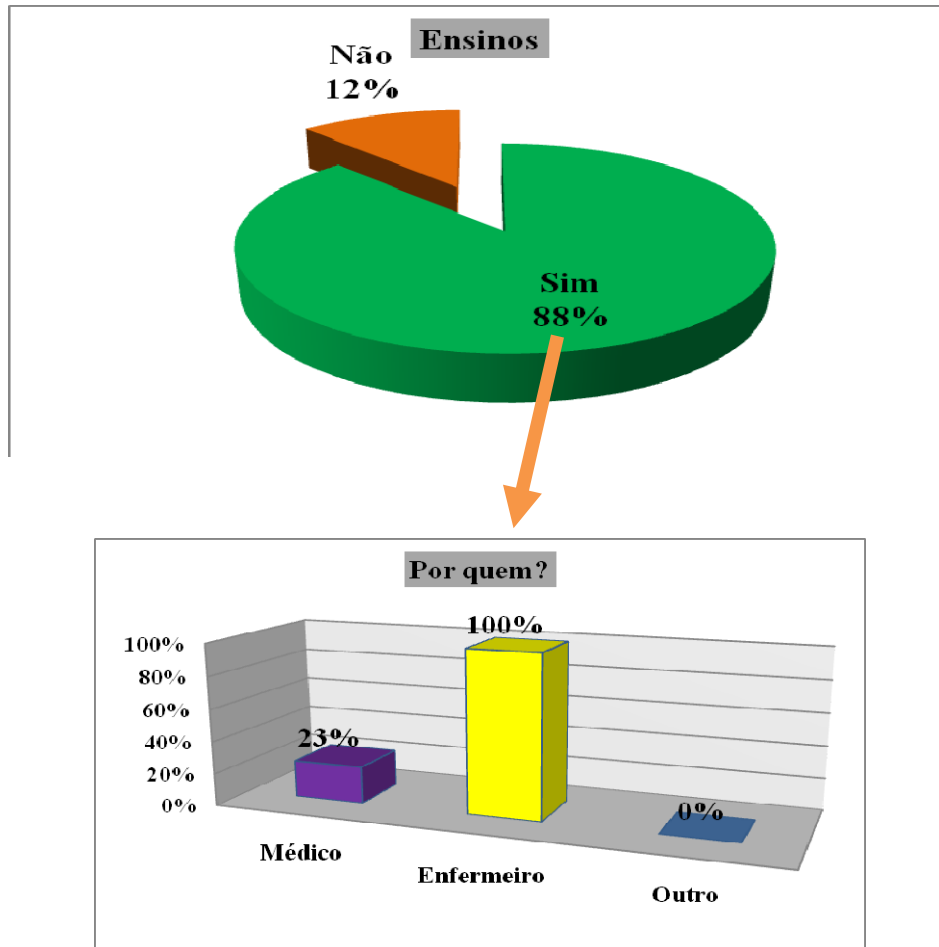
Relativamente aos inquiridos (84%) que afirmaram que o doente necessita de cuidados especializados, 76% afirmam que o doente necessita de cuidados por parte do fisioterapeuta, 62% o doente necessita de cuidados por parte do enfermeiro, 57% afirmam que o doente necessita de cuidados por parte do médico.

Gráfico 16 – Local onde o doente é seguido



Pela análise do gráfico 16, constata-se que 40% dos inquiridos afirmam que o doente é seguido no hospital e centro de saúde associadamente, 12% que o doente é seguido na clínica e hospital conjuntamente com uma clínica, respectivamente e 8% afirmam que o doente é seguido no centro de saúde.

Gráfico 17 – Informação relativa aos cuidados a ter com o doente no domicílio



Quanto à informação que receberam e no que concerne a cuidados a ter no domicílio com o doente, 88% afirmaram que foram informados, enquanto 12% afirmaram que não receberam qualquer tipo de informação.

Quando questionados por quem receberam a informação e atendendo ao gráfico 17, constata-se que 100% dos inquiridos afirmaram que o enfermeiro os informou relativamente aos cuidados a prestar ao doente e 23% afirmaram que o médico também os informou dos cuidados a prestar ao doente.

O quadro 1 apresenta os aspectos mais destacados pelos profissionais de saúde aos inquiridos.

Quadro 1 – Aspectos que os inquiridos mais destacaram nos ensinamentos

Aspectos mais destacados pelos inquiridos nos ensinamentos pelos profissionais de saúde, aquando da alta do doente para o domicílio.	%
Posicionar	52%
Alimentar	48%
Gerir Terapêutica	48%
Cuidados de Higiene	44%
Deambular	20%

No que diz respeito aos aspectos mais destacados pelos inquiridos nos ensinamentos pelos profissionais de saúde, aquando da alta do doente para o domicílio, surge com 52% “como posicionar o doente”, “como alimentar e gerir terapêutica” respectivamente com 48%. “Como prestar os cuidados de higiene” com 44% e com 20% “cuidados na deambulação”.

Quadro 2 – Dificuldades ao lidar com o doente

Dificuldades dos inquiridos para lidar com o doente com AVC	%
Presença de Escadas na Habitação	16%
Cuidados de higiene	16%
Falta de Condições Habitacionais	16%
Compreensão	16%
Dificuldade de Comunicação	12%
Suporte Social	8%
Posicionar	8%
Não-aceitação	4%
Indisponibilidade do Centro de Saúde	4%
Medo	4%
Nenhuma	12%

De acordo com os resultados obtidos no quadro 2, constata-se que as principais dificuldades que os inquiridos referiram ao lidar com os doentes que tiveram AVC foram: “presença de Escadas na Habitação”, “cuidados de higiene”, “falta de condições habitacionais” e “compreensão” respectivamente com 16%. Com 12% surge a “dificuldade de comunicação com o doente” 8% destacam o “suporte social” e o

“posicionamento”, respectivamente, e 4%, destacam a “não-aceitação da doença”, a “indisponibilidade do centro de saúde” e o “medo”.

3.2 Discussão dos dados

A discussão dos resultados obtidos, vai permitir que se estabeleça uma relação entre a pesquisa bibliográfica efectuada e os resultados obtidos. Segundo Fortin (2003, p. 331), O investigador analisa o conjunto dos resultados e interpreta-os segundo o tipo de estudo e o quadro de referência utilizados, tendo em conta o facto de que visa ou a descrição de um fenómeno ou a exploração e a verificação de relações entre os fenómenos, ou ainda, a verificação de hipóteses causais.

- A amostra deste estudo é repartida pelo sexo feminino e masculino, composto por elementos de diferentes grupos etários, desde que apresentem vivências pessoais que vão de encontro aquilo que é proposto, ao objecto de estudo.
- Relativamente à faixa etária dos inquiridos constata-se que se encontram maioritariamente entre os 20 e os 65 anos.
- No que respeita ao estado civil dos inquiridos constata-se que são maioritariamente casados.
- No que concerne ao grau de parentesco do doente com AVC, constata-se que na sua maioria são filhos.

Relativamente à constituição do agregado familiar constata-se que este é predominantemente constituído por um número superior a 3 elementos.

Os inquiridos quando questionados sobre quem é o cuidador informal, a maior parte afirmaram ser o marido/esposa do doente. Este facto está directamente relacionado com a definição de cuidador informal, já referida anteriormente, segundo Edvaldo Leme (<http://www.portalhomecare.com.br/pagina.php?pagina=21>), em que o factor proximidade, grau de parentesco, presença, amizade, amor, companheirismo, espírito de entre ajuda são características que influenciam directa e objectivamente este tipo de

cuidados. A esposa ou o marido são figuras que estão sempre presentes ao conjugue, dependendo na maior parte dos casos um do outro.

Os inquiridos quando questionados relativamente ao meio onde habitam, na sua maioria vivem em meio rural.

No que concerne ao tipo de habitação, os inquiridos na sua maioria vivem em vivendas. Dos inquiridos que afirmaram que o tipo de habitação é apartamento, a maioria afirmou que o edifício tem elevador.

Constata-se também que as habitações são maioritariamente, próprias e possuem degraus.

Relativamente ao quarto do doente constata-se que na sua maioria é partilhado com alguém e desprovido de quarto de banho.

Os inquiridos afirmaram possuir equipamentos para o doente, nomeadamente, cadeira de rodas, cama articulada, varões no quarto de banho e andarilho.

Quanto ao tipo de AVC que o doente teve, grande parte dos inquiridos afirmou que foi isquémico (60%), em detrimento do hemorrágico(40%).

Os inquiridos quando questionados se o doente sofreu um ou mais que um AVC, mostraram-se divididos nas respostas, sendo praticamente uma divisão perfeita das respostas.

Relativamente aos défices que o doente apresenta, os défices motores destacam-se dos demais, facto que vai de encontro ao que foi referido na descrição das manifestações clínicas, em que segundo (Martins, 2002) o principal sinal de um AVC é a hemiplegia ou hemiparésia. Os défices psicológicos, comunicação, intelectuais representam, também eles, um número mensurável nas respostas dos inquiridos, que vai de encontro ao que refere O'Sullivan (1995), em que os problemas de memória a curto prazo são muito frequentes.

Relativamente ao grau de dependência do doente que teve AVC, os inquiridos afirmaram maioritariamente que são dependentes, o que indicia que o AVC tido pelo doente transformou significativamente o seu modo de vida, dependendo de outros, até para as actividades mais básicas. Segundo Erikson e McPhee (1992) dependente é aquele que é incapaz de realizar qualquer esforço útil na realização actividade em causa. Para 92% dos inquiridos o doente necessita de ajuda nas actividades de vida diária. Nomeadamente, nos cuidados de higiene, na deambulação, na alimentação e no posicionamento.

Os inquiridos, na sua grande maioria, referem que o doente necessita de cuidados especializados pelo fisioterapeuta, seguido pelo enfermeiro também assume um papel de relevo na prestação destes cuidados.

Quanto ao local onde o doente é seguido os inquiridos convergem na sua maioria (40%) no hospital.

Quando os inquiridos foram questionados sobre os ensinamentos que tiveram por parte dos profissionais de saúde, a maioria (100%) afirma que recebeu esses ensinamentos pelo enfermeiro. Os aspectos mais destacados pelos inquiridos são posicionar, alimentar, gerir terapêutica e os cuidados de higiene.

Quando os inquiridos foram questionados relativamente a dificuldades ao lidar com o doente, as mais salientadas foram: compreensão, falta de condições habitacionais, cuidados de higiene e presença de degraus na habitação.

IV – CONCLUSÃO

Chegando ao término deste trabalho, pode-se considerar que os objectivos propostos foram atingidos, não esquecendo as dificuldades deparadas para a execução e implementação deste estudo. Por tudo isto, sente-se a necessidade de mobilizar e aplicar conhecimentos científicos, não só da área de investigação, mas também em outras áreas como: Psicologia, Estatística, Sociologia, Fisiologia e Enfermagem.

Os resultados não podem ser extrapolados dado o tamanho da amostra. Desta forma, entende-se ser importante em investigações futuras fazer estudos longitudinais sobre o impacto do AVC no indivíduo, quer física, quer psicologicamente, bem como nos problemas que provoca ao cuidador informal.

Tendo em conta o estudo em causa é possível concluir que o AVC é verdadeiramente um problema que afecta não só o indivíduo sujeito a esta patologia, assim como, modifica significativamente a rede familiar após o regresso do doente a casa. Tendo em conta os dados anteriormente analisados, conclui-se que a amostra é maioritariamente do sexo feminino, casados, o grau de parentesco, esposa / marido ou filhos).

No presente estudo, verifica-se que os enfermeiros são os que mais contribuem na informação dada aos familiares

No plano habitacional verifica-se que na maioria dos casos o doente não possui quarto de banho no quarto, e as casas possuem degrau.

A existência de equipamentos necessários ao doente melhora a qualidade de vida do mesmo e dos familiares que com ele coabitam, principalmente do cuidador informal, que é a figura que mais tempo e esforço despendem nesse sentido.

Através deste estudo pode-se concluir que o grau de dependência do doente com AVC é tanto maior quanto maior for o número de défices que o doente apresenta, principalmente ao nível de défices motores, pois são os que mais contribuem para a incapacidade do mesmo. A constatação deste facto, vai de encontro ao que afirma Martins (2002), “o hemiplégico é incapaz de utilizar padrões normais ao virar-se,

sentar-se, pôr-se de pé e modificar o tónus muscular em relação à acção de gravidade”. Havendo necessidade de uma maior ajuda nas actividades de vida mais elementares do doente.

Pode-se concluir que o Hospital é o local indicado para o seguimento do doente.

Existiram várias dificuldades na elaboração do presente trabalho, sendo as mais pertinentes, a gestão do tempo e recolha de toda a informação necessária à elaboração do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, Maria Teresa L.N.A. (1994) – *Prognóstico funcional dos acidentes vasculares cerebrais*. Medicina Física e Reabilitação. Lisboa. nº2, p. 604-626.

Anderson, T. P. (1986) – *Reabilitação do paciente com derrame completado*. In KOTTKE, et al. – *Tratado de medicina física e reabilitação*. 3ª ed. São Paulo: Manole.

Antunes, J.L; Ferro, J.M. (1986) – *Acidentes vasculares cerebrais – Diagnóstico e tratamento*. Lisboa, Laboratórios UCB. p. 161.

Atkinson, Leslie D.; Murray, Mary Ellen (1989) - *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*.. Rio de Janeiro. Editora Guanabara. p. 203-210.

Barnett, H.J.; Meissner, J. (1990) – *Doenças cerebrovasculares*. In: WINGAARDEN, J.B.; SMITH, L.H. – *Tratado de medicina interna*. 18ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Vol. 2, p.1891.

Black, Joyce M.; Matassarin, JACOBS, Esther (1996) – *Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicológica*. 4ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. ISBN 85- 277-0346-7. Vol. 1.

Brocklehurst, J.C. et al. (1981) – *Social effects of stroke*. Social Science and medicine. Oxford. ISSN 0277-9536. Nº15A, p.35-39.

Cambier, J. et al. (1980) – *Manual de Neurologia*, 2ª edição, Rio de Janeiro, Masson do Brasil.

Christiansen, C. H., et al. (1992) – *Cuidados pessoais: avaliação e controle*. In: DELISA, J. – *Medicina de reabilitação: Princípios e prática*. São Paulo: Manole. Vol. 2, p. 109-131.

Clarck, M. S.; Smith, D. S. (1998) – Knowledge of stroke in rehabilitation and community samples. *Disabil. Rehabil. England* ISSN 0963-8288.

Coelho, Fátima B. (1996) – *Acidentes vasculares isquémicos: terapia médica na fase aguda*. “Geriatrics”. Lisboa. ISSN 0871-5386. Nº89, p. 5-12.

Correia, M. (1997) – *Unidade de acidente vascular cerebral: conceito e utilidade*. *Acta Médica Portuguesa*. Lisboa. ISSN 0870-398X. Nº10, p.551-555.

Evans, R. L.; et al (1994) – *Stroke: a family dilemma*. *Disability and Rehabilitation*. London. ISSN 0963-8288. Vol. 16, Nº3, p. 110-118.

Ferro, J.; Pimentel, J. (2006). *Neurologia – Princípios, Diagnósticos e Tratamento*. Lisboa, Lidel.

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fontes, N. (1996); *Tratamento Fisiátrico do doente com Acidente Vascular Cerebral*. *Geriatrics*. Lisboa. ISSN 0871-5386. Nº 85. p. 31-34

Friedland, J.; Mccoll, M.A (1987) – *Social support and psychosocial dysfunction after stroke: buffering effects in a community sample*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Chicago. ISSN 0003-9993. Nº 68, P.475-480.

Garrison, S.J et al. (1992) – *Reabilitação do doente com acidente vascular cerebral*. In: DELISA, Joel A. – *Medicina de reabilitação: princípios e prática*. São Paulo: Manole. Vol. 2, p.653-675.

Glass, T.A; et al (1993) – *Impact of social support on outcoming first stoke*. Stroke. Dallas. ISSN 0039-2499. Vol. 24, Nº1, p. 64-70

Greenberg, D.; Aminoff, M.; Simon, R. (2005). *Neurologia Clínica*. Lisboa, Artmed.

Instituto Nacional de Estatística (1992) – *Estatísticas de Saúde*. Lisboa

João Paulo II (1994) - *Carta às Famílias*;. Ano da Família. Editora Rei dos Livros, 1994.

Johnstone, Margaret (1979) – *O paciente hemiplégico – princípios de reabilitação*. S. Paulo, Editora Manole Lda, , p. 21.

Kessler, R., et al (1985)- *Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping process*. Annual Review of Psychology. Nº36, p.531-572.

Lains, J.; (1990) – *Guia para o sistema uniformizado de dados para reabilitação médica*. versão 3.0. Coimbra: HUC/SMFR.

Martins, Maria Manuela F. P. Silva (2002); *Uma crise acidental na família – O doente com AVC*; 1ª Edição; Coimbra; FORMASAU – Sinais Vitais, pg. 27-30, 59-85, 100-108

Moreira, Isabel Maria P.B (2001) – *O doente terminal em contexto familiar*. Edições Sinais Vitais.

O.M.S (1989) – *Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens* (Handicaps). Lisboa. Secretariado Nacional de Reabilitação.

O’Sullivan, S.B (1993) – *Acidente vascular cerebral*. In: O’SULLIVAN, S.B.; SCMITZ,T. (1993). *Fisioterapia: Avaliação e tratamento*. 2º ed. São Paulo. Manole. Vol.II, p.385-423.

Pólvora, F.F., et al (1989) – *Conceito de desvantagem / handicap e o conceito de autonomia ou vida independente*. Reabilitação. Lisboa, 2ª Série, nº2, p.11-13.

Polít, D. F.; Hungler, B. P. (1995) – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª edição. Porto Alegre, Artes Médicas. ISBN 85-7307-101-X.

Portal Home Care. [Em linha]. Disponível em <http://www.portalhomecare.com.br/pagina.php?pagina=21>. [Consultado em 15/07/2010].

Quevauvilliers, J.; Perlemuter (2001), L.; *Dicionário de Medicina para Enfermagem*, Lisboa ; 6ª Edição; Climepsi Editores.

Richardson, R. J. et al. (1989) – *Pesquisa social : métodos e técnicas*. 2ª edição. São Paulo, Editora Atlas.

Robinson, B.(1983). *Validation of a caregiver strain index*. Journal of Gerontology; 38;3. p.344-348.

Rosas, M.J. (1998) – *Novas perspectivas terapêuticas do doente em fase aguda: Fibrinolíticos e estratégias neuroprotectoras*. Geriatria. Lisboa, ISSN 0871-5386. Nº 101, p. 8-10.

Ryerson, S. (1994) – *Hemiplegia resultante de dano ou doença vascular*. In Umphred, D.A. – Fisioterapia neurológica. 2ª ed. São Paulo: Manole. p. 615-655.

Secretariado nacional de reabilitação (1995) – *Normas sobre igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência*. Lisboa: SNR. ISBN 972-9301-11-5.

Smeltzer, Susane C.; Bare, Brenda (1993) – *Brunner e Suddartha*. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 7ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0272X. Vol.2.

Smith, E. Carol (1995)– *Cuidados domiciliários ao doente adulto*. In PHIPPS et. al. – *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. Lisboa. Lusodidacta.

Thelan, Lyne A. et al. (1983) – *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta. ISBN972-96610-2-2.

Zarit S.H.; Reever K.E.; Bach-Peterson J.; (1980). *Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden*. *The Gerontologist* 20. p.649-655.

Doente com AVC: Dificuldades da família.

ANEXOS

ANEXO I

Cronograma

ANEXO II

Instrumento da Colheita de Dados

QUESTIONÁRIO

Patrícia Raquel Pereira Baía, aluna do 4º ano do curso de Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa a efectuar um projecto de graduação cujo tema é: **“Doente com AVC: Dificuldades da família.”**.

Este estudo tem como principal objectivo: **Conhecer quais as dificuldades da família do doente com AVC.**

Neste sentido, venho solicitar a vossa Exa. a sua participação no preenchimento deste questionário.

Os dados deste questionário são anónimos e confidenciais, pelo que não deve colocar o seu nome em nenhuma das partes.

O preenchimento do questionário demora cerca de 20 minutos.

Agradece-se a sua colaboração.

A aluna nº16599

Patrícia Raquel Pereira Baía

Parte I

Assinale com um X:

1- Género:

Feminino

Masculino

2- Idade:

<20 anos

>20 e ≤40 anos

>40 e ≤65 anos

>65 anos

3- Estado Civil?

Solteiro(a)

Casado (a)

Viúvo (a)

Divorciado (a)

4- Qual o seu grau de parentesco com o doente?

Marido/Esposa

Filho(a)

Neto(a)

Outro? Qual? _____

5- Constituição do agregado familiar?

1

2

3

Outro. Quantos? _____

6- Quem é o cuidador informal?

Marido/Esposa

Filho(a)

Neto(a)

Outro. Quem? _____

7- Tipo de meio onde vive?

Rural (Aldeia)

Urbano (Cidade)

8- Tipo de habitação?

Vivenda

Apartamento

8.1- Se respondeu apartamento, possui elevador?

Sim

Não

8.2- Habitação é

Própria

Alugada

8.3- A habitação possui degraus?

Sim

Não

8.4- O quarto do doente é:

Individual

Partilhado com alguém

8.4.1- O quarto possui casa de banho?

Sim

Não

9- Possui equipamento necessário para o doente?

Sim

Não

9.1- Qual o equipamento que possui? (Assinale com um X a opção ou opções.)

Cama articulada

Cadeira de rodas

Outros. Quais? _____

II PARTE

1- Qual o tipo de AVC que sofreu o doente?

Isquémico

Hemorragico

2- Quantos AVC's já teve?

Um

Mais que um

3- Que tipo de défices apresenta o doente? (Assinale com um X a opção ou opções.)

Motores (falta de força, paralisia de algum dos membros)

Sensitivos (dormência, formigueiro, etc)

Intelectuais (alteração da visão, audição, sensação, etc)

Psicológicos (depressão, medo, frustração)

Comunicação (dificuldade em falar)

Controlo dos esfíncteres (necessita de fralda)

4- Qual o grau de dependência do doente?

Independente

Independente com auxílio

Independente com assistência

Dependente

4.1- O doente necessita de ajuda nas actividades de vida diárias?

Sim

Não

4.1.1- Quais? (Assinale com um X a opção ou opções.)

Cuidados de Higiene

Deambular

Alimentar

Posicionar

Outro. Qual? _____

5- O doente necessita de cuidados especializados?

Sim

Não

5.1- Por quem? (Assinale com um X a opção ou opções.)

Enfermeiro

Médico

Fisioterapeuta

Outro. Qual? _____

6 - Onde é seguido? (Assinale com um X a opção ou opções.)

Hospital

Centro de Saúde

Clínica

Outro. Qual? _____

7 - Quando o doente teve alta foi informado(a) dos cuidados a ter no domicílio?

Sim

Não

Por quem? (Assinale com um X a opção ou opções.)

Médico

Enfermeiro

Outro, Qual? _____

7.1- Refira os aspectos que mais se destacaram:

8- Quais as dificuldades que mais sente ao lidar com o doente?

Muito Obrigado pela sua colaboração!