



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO**

**CONTRIBUTOS DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO
NA EVOLUÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO DOENTE APÓS AVC**

Rita Maria da Silva Santos

Coimbra, Dezembro de 2013



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO**

**CONTRIBUTOS DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO
NA EVOLUÇÃO DA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DO DOENTE APÓS AVC**

Rita Maria da Silva Santos

Orientador: Mestre Carlos Alberto Cruz de Oliveira; Professor Coordenador na Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Reabilitação

Coimbra, Dezembro de 2013

“Os sonhos trazem saúde para a emoção, equipam o frágil para ser autor da sua história, renovam as forças do ansioso, animam os deprimidos, transformam os inseguros em seres humanos de raro valor.

Os sonhos fazem os tímidos terem golpes de ousadia e os derrotados serem construtores de oportunidades”.

Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é o culminar de um longo percurso, pelo que qualquer expressão de agradecimento aos que estiveram comigo ao longo desta caminhada jamais conseguirá contemplar o verdadeiro significado da importância que tiveram na minha vida.

Assim, gostaria de demonstrar o meu profundo apreço e agradecer ao professor e Mestre Carlos Alberto Cruz de Oliveira, pela disponibilidade, apoio, orientação e contribuição na realização deste trabalho.

Ao Conselho de Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, nas pessoas do Sr. Professor Doutor Adriano José Carvalho Rodrigues e da Sr^a. Enfermeira Diretora e Mestre Anabela Salgado Serra, pela autorização concebida para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

A toda a equipa do serviço de medicina interna do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, com um especial agradecimento à Sr.^a Enfermeira Marina Costa, Enfermeira Chefe daquele serviço, pela disponibilidade e interesse apresentado na realização do estudo e aos Enfermeiros Ana Rita Santos, Rui Miguel Dias e Rosa Cabete, pela amizade, estímulo e compreensão.

Aos cidadãos que participaram nesta investigação, o meu obrigado pela disponibilidade e confiança.

Aos meus pais e irmão, pela compreensão nos momentos de ausência e pelo apoio incondicional que tem marcado a nossa relação familiar.

Em suma, a todos os que estiveram presentes nesta jornada e que colaboraram de forma direta ou indireta na realização deste trabalho, o meu muito obrigado!

ABREVIATURAS/SIGLAS

% - Percentagem

AIT - Acidente Isquémico Transitório

AIT's - Acidentes Isquémicos Transitórios

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVC's - Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD's - Atividades de Vida Diária

CMRRC - Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro

Cont. - Controlo

CV - Coeficiente de variação

DGS - Direcção Geral de Saúde

DP - Desvio padrão

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Exp. - Experimental

HDFE, EPE - Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

HTA - Hipertensão Arterial

Máx. - Máximo

Md - Mediana

MIF - Medida de Independência Funcional

Mín. - Mínimo

Mo - Moda

MS - Ministério da Saúde

n - número

NE - Nutrição Entérica

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - nível de significância

SNC - Sistema Nervoso Central

SNG - Sonda Naso-gástrica

SPSS - Statistical Package for the Social Science

TA - Tensão Arterial

TOR - Terapia de orientação para a Realidade

TRIM - Terapia de Restrição e Indução ao Movimento

UICISA-E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem

$\bar{X}$ - Média

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo e a causa mais importante de morbidade e incapacidade a longo prazo na Europa. Atualmente é a primeira causa de morte em Portugal e responsável por uma elevada taxa de incapacidade nos nossos habitantes, contribuindo de forma significativa para a diminuição do bem estar e da qualidade de vida dos que são acometidos por esta patologia. A reabilitação surge, neste contexto, como um meio que visa minimizar a incapacidade destes doentes, promovendo a sua adaptação futura através do desenvolvimento de novas capacidades e da aprendizagem de recursos que lhes permitam viver com as incapacidades residuais permanentes.

A presente investigação, de carácter quase-experimental, enquadra-se numa metodologia quantitativa e tem por objetivo identificar os contributos que os cuidados do enfermeiro de reabilitação têm, no âmbito da evolução da independência funcional dos doentes após o AVC, internados no serviço de medicina interna do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (HDFF, EPE). A amostra é constituída por 60 doentes com AVC internados no serviço de medicina internado do HDFF, EPE, entre Fevereiro e Agosto de 2013, dos quais 30 constituíram o grupo de controlo e os restantes 30, o grupo experimental. Para o efeito foi aplicado um questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica, e a escala de Medida de Independência Funcional (MIF) em três momentos distintos (no momento da admissão no serviço, às 72h e no momento da alta), da amostra em estudo.

Os dados foram tratados com base no programa Statistical Package for the Social Science.19 (IBM.SPSS.19) utilizando a estatística descritiva e inferencial. Os resultados obtidos evidenciam que a evolução da independência funcional entre os três momentos da avaliação é consideravelmente superior no grupo experimental e que essas diferenças são estatisticamente significativa para todas as dimensões da MIF. Conclui-se que os cuidados do enfermeiro de reabilitação, têm poder explicativo nos ganhos em termos de independência funcional dos doentes após AVC, contribuindo de forma significativa para uma evolução positiva da independência funcional desses doentes.

ABSTRACT

The Cerebral Vascular Accident (CVA), commonly known as Stroke, is one of the principal causes of mortality in the entire world and the most important cause of incapacitation at long term in Europe. Nowadays, it is the first cause of death in Portugal and responsible for a high level of incapacity in its inhabitants, contributing highly to the decrease of well-being and quality of life for those who suffer this pathology. Rehabilitation appears, in this context, as a means to decrease the incapacity of these patients, promoting their future adaptation through the development of new capacities and through the learning of resources that can allow them to live with the residual permanent incapacities.

The present investigation, almost experimental, is part of a quantitative methodology and aims at identify the competencies and contributes of the Specialized Rehabilitation Nurse in the evolution of the functional independency of the stroke patients who spent some days in the internal medicine unit of the "Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (HDFE, EPE)". The sample was constituted by 60 patients who suffered a stroke admitted in the internal medicine unit between February and August 2013, 30 of whom were the control group and the other 30, the experimental group. In order to do this research a socio-demographic characterization questionnaire was applied to the study sample in a clinical context and on a Functional Independence Measure Scale (FIM) at three distinct moments: On arrival, 72 hours later and when patients were discharged from the CVA unit.

Data was treated based on the Statistical Package for the Social Science.19 (IBM.SPSS.19) using the inferential and descriptive statistic. The results show that the evolution of functional independency between the three moments of evaluation is highly superior on the experimental group and those differences are statistically very significant for all dimensions of FIM. We must assume that the care provided by the Rehabilitation Nurse explains the powerful gain on the patient's functional independency after a stroke, thus making a great contribution to the positive evolution of the functional independency of these patients.

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Programa de reabilitação.....	79
Quadro 2 - Resultados do teste de normalidade para a Escala MIF.....	85
Quadro 3 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, relativamente ao grupo e à avaliação da sua independência funcional (MIF), na admissão no serviço.....	112
Quadro 4 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, relativamente ao grupo e à avaliação da sua independência funcional (MIF), às 72 horas de internamento no serviço.....	113
Quadro 5 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, relativamente ao grupo e à avaliação da sua independência funcional (MIF), no momento da alta do serviço.....	114

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala MIF.....	77
Tabela 2 - Distribuição dos doentes segundo o grupo.....	91
Tabela 3 - Estatística descritiva da idade dos doentes segundo o grupo.....	92
Tabela 4 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e a idade.....	92
Tabela 5 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e o sexo.....	93
Tabela 6 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e o estado civil.....	93
Tabela 7 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e a escolaridade.....	94
Tabela 8 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e a situação profissional...	95
Tabela 9 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e o agregado familiar.....	95
Tabela 10 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e o destino após a alta...	96
Tabela 11 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e se este foi o primeiro AVC.....	97
Tabela 12 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e o tipo de AVC.....	97
Tabela 13 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e o local da lesão.....	98
Tabela 14 - Estatística descritiva dos dias de internamento dos doentes segundo o grupo.....	98
Tabela 15 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e os dias de internamento.....	99
Tabela 16 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e se houve alguma intercorrência durante o internamento.....	99

Tabela 17 - Distribuição dos doentes que tiveram intercorrências durante o internamento, segundo o tipo de intercorrência.....	100
Tabela 18 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e os antecedentes pessoais de fatores de risco de AVC.....	100
Tabela 19 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e os fatores de risco de AVC identificados.....	101
Tabela 20 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e se houve alguma sessão formal de ensino ao doente/família antes da alta.....	101
Tabela 21 - Distribuição dos doentes que tiveram sessão formal de ensino ao doente/família antes da alta, segundo o grupo e o conteúdo.....	102
Tabela 22 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e a sua avaliação funcional prévia ao AVC.....	103
Tabela 23 - Estatística descritiva da média da força muscular dos membros inferiores e superiores dos doentes segundo o grupo.....	103
Tabela 24 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e se têm défices cognitivos, emocionais e de comunicação.....	104
Tabela 25 - Distribuição dos doentes que têm défices cognitivos, emocionais e de comunicação, segundo o grupo e o tipo de défice apresentado.....	104
Tabela 26 - Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo.....	105
Tabela 27 - Estatística descritiva da média ponderada verificada na avaliação da independência funcional dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo.....	106
Tabela 28 - Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (autocuidado) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo.....	107
Tabela 29 - Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (esfíncteres) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo.....	108

Tabela 30 - Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (mobilidade) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo.....	108
Tabela 31 - Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (locomoção) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo.....	109
Tabela 32 - Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (comunicação) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo.....	110
Tabela 33 - Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (cognição) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo.....	110

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	17
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
CAPÍTULO I – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	23
1 – EPIDEMIOLOGIA.....	25
2 – FISIOPATOLOGIA.....	27
3 – FATORES DE RISCO.....	31
4 - PREVENÇÃO.....	34
5 – REABILITAÇÃO DOS DOENTES PÓS-AVC.....	36
5.1 – CONSEQUÊNCIAS E DÉFICES ESPECÍFICOS PÓS-AVC E AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO.....	39
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	
CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	61
1 – DA PROBLEMÁTICA AO OBJETIVO DO ESTUDO.....	63
2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES.....	64
3 – TIPO DE ESTUDO.....	65
4 – POPULAÇÃO ALVO/AMOSTRA.....	67
5 – COLHEITA DE DADOS.....	69
5.1 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	69
5.1.1 - Características psicométricas da Escala MIF.....	75

5.2 - APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE.....	78
5.3 - PROGRAMA DE REABILITAÇÃO.....	78
5.4 - PROCEDIMENTOS PARA A COLHEITA DE DADOS.....	82
6 – VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	83
7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	84
8 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	86
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	89
1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	91
1.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA.....	91
1.2 - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA.....	97
1.3 - CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA AMOSTRA.....	102
1.4 - TESTE DE HIPÓTESES.....	111
2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	115
CONCLUSÃO.....	125

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

APÊNDICE I - Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE II - Consentimento informado

ANEXOS

ANEXO I - Autorização da instituição hospitalar

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética

INTRODUÇÃO

O AVC é caracterizado por uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica ou destrói parte do cérebro, resultando num conjunto de sintomas de deficiência neurológica (Martins, 2006).

O AVC tem tido um impacto crescente na nossa sociedade, não só pelo aumento da sua prevalência, mas essencialmente devido à incapacidade que provoca naqueles que sobrevivem a esta patologia. Estima-se que 70% dos doentes que sobrevivem ao AVC apresentem incapacidade, dos quais 24% com um nível de incapacidade muito grave, com um impacto significativo nos vários domínios do doente (DGS, 2001).

Os avanços da ciência, da tecnologia e a incessante descoberta de novos fármacos têm contribuído de forma significativa para que a intervenção o mais precoce possível juntos dos doentes com AVC reduza as consequências deste e proporcione melhor qualidade de vida a estes doentes (Menoita *et al.*, 2012).

Para além disso, a especialização dos profissionais de saúde na área da reabilitação, em particular os enfermeiros, constitui uma mais valia na recuperação dos doentes com AVC, uma vez que as intervenções destes profissionais são devidamente fundamentadas e baseadas em conhecimentos científicos e as suas aptidões técnicas cada vez mais aperfeiçoadas (*ibidem*).

Com o aumento da sobrevivência nestes doente e, na maior parte dos casos, com a instalação de incapacidade parcial ou total, surge a necessidade de adaptação e o ajustamento quer por parte dos sobreviventes, quer da sua família. Deste modo, os enfermeiros de reabilitação têm procurado desenvolver um processo contínuo de avaliação, tratamento e reavaliação no sentido de individualmente passar da dependência à independência possível (Ventura, 2002).

A reabilitação deve ser iniciada o mais cedo possível, logo que as lesões sejam identificadas (Hesbeen, 2003). A implementação de um plano de cuidados de reabilitação deve iniciar-se entre as quarenta e oito e setenta e duas horas após o AVC (Martins, 2006) com o objetivo de obter a máxima independência funcional e psicológica possíveis (OMS, 2003).

Dada a pertinência do tema, foi sentido desde o início, a necessidade de aliar a prática diária à investigação científica como forma de produzir conhecimento que possa enriquecer cientificamente a profissão de enfermagem e, mais concretamente a especialidade de reabilitação, visando a melhoria dos cuidados prestados.

Sendo o AVC uma temática atual e de grande implicação na qualidade de vida da população acometida por esta patologia definiu-se como pressuposto de partida a pouca visibilidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação no HDFF, EPE e a necessidade sentida de avaliar as implicações que os cuidados do enfermeiro de reabilitação têm na independência funcional dos doentes com AVC no serviço de medicina interna do HDFF, EPE.

De acordo com esta problemática pretende-se estudar os doentes com AVC internados no serviço de medicina interna do HDFF, EPE, procurando avaliar se as intervenções do enfermeiro de reabilitação contribuem para a evolução positiva da independência funcional destes doentes. E é desta forma que surge a principal questão de investigação deste estudo:

Será que os cuidados do enfermeiro de reabilitação contribuem para a melhoria da independência funcional dos doentes após AVC?

Assim, a presente investigação de carácter quase-experimental, enquadra-se numa metodologia quantitativa e tem por objetivo identificar os contributos que os cuidados do enfermeiro de reabilitação têm, no âmbito da evolução da independência funcional dos doentes após o AVC, internados no serviço de medicina interna do HDFF, EPE. A principal finalidade consiste em explorar o fenómeno da independência funcional do doente com AVC durante a hospitalização e dar visibilidade aos cuidados do enfermeiro de reabilitação como contributo positivo para que essa independência funcional melhore progressivamente durante a hospitalização do doente.

A amostra é constituída por 60 doentes com AVC internados no serviço de medicina interna do HDFF, EPE (30 constituíram o grupo de controlo e os outros 30, o grupo experimental). Para o efeito foi aplicado um questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica e a escala MIF, no momento de entrada, às 72h e na alta do serviço, da amostra em estudo.

A colheita de dados ocorreu em dois momentos distintos, sendo que num primeiro momento a escala foi aplicada aos indivíduos que constituíram o grupo de controlo e,

num segundo momentos esta foi aplicada ao grupo experimental, o qual era sujeito à intervenção do enfermeiro de reabilitação.

A seleção do local deve-se à acessibilidade, uma vez que se trata do local de trabalho do investigador e, ao interesse por parte deste e da própria instituição, que se foca no doente e na promoção da sua independência funcional. A monitorização deste indicador pode levar à reflexão sobre a relevância da intervenção de enfermagem e da reabilitação nos cuidados às pessoas com AVC, em contexto de internamento, contribuindo para demonstrar o trabalho desenvolvido e os ganhos em saúde (principalmente em capacidade funcional) que poderão ser obtidos pela população abrangida.

Face ao exposto, com este trabalho pretende-se por um lado fazer uma caracterização da amostra em estudo no que diz respeito aos aspetos sócio-demográficos e clínico e, por outro identificar o nível de independência funcional do doente com AVC analisando a relação existente entre essa independência funcional e a intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se dividido em duas partes.

A primeira parte apresenta o enquadramento teórico no qual se aborda o AVC e os aspetos relativos à epidemiologia, à fisiopatologia, aos fatores de risco, à prevenção, dando relevância à reabilitação e às consequências e défices específicos decorrentes desta patologia e às intervenções específicas do enfermeiro de reabilitação junto destes doentes.

Na segunda parte do trabalho é apresentado o estudo empírico, delineando no segundo capítulo a metodologia implementada para a sua consecução, com abordagem do objetivo do estudo, das questões de investigação e hipóteses, do tipo de estudo, da população alvo/amostra, da colheita de dados, das variáveis em estudo, do tratamento estatístico dos dados e das considerações éticas. O terceiro capítulo está consignado à apresentação dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de colheita de dados e respetiva análise estatística descritiva e inferencial e à discussão dos mesmos.

Por fim surgem as principais conclusões/considerações e sugestões ao trabalho apresentado.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O primeiro capítulo deste trabalho, referente ao enquadramento teórico visa efetuar uma breve revisão acerca do AVC, uma vez que os doentes acometidos por esta patologia são os objetos de estudo neste trabalho. Pretende-se, ainda, dar ênfase às intervenções específicas do enfermeiro de reabilitação nas situações de AVC, já que as mesmas constituíram a base para a elaboração do programa de reabilitação aplicado ao grupo experimental durante a realização do estudo.

1 – EPIDEMIOLOGIA

Os acidentes vasculares cerebrais (AVC's) são uma causa comum de morbilidade e mortalidade na Europa, sendo a principal causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade em pessoas idosas (Costa, 2003; Valadas, 2007).

Salgueiro (2011) complementa referindo que o AVC é uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos, encontrando-se em terceiro lugar. Em Portugal constata-se que se passou deste terceiro lugar para o primeiro, sendo o AVC a principal causa de morte e superando as mortes atribuídas a todas as neoplasias e doenças coronárias (Ferro e Verdelho, 2000 *apud* Salgueiro, 2011).

Em Portugal, estima-se que a incidência de AVC's seja de 1 a 2 por cada 1.000 habitantes ao ano (Menoita *et al.*, 2012) e que, no mesmo período de tempo, sejam responsáveis pela morte de 200 em cada 100.000 portugueses (Marques, 2007), considerando-se por isso uma grave problema de saúde pública (Ferro, 2006 *apud* Menoita *et al.*, 2012).

Os dados disponíveis do ministério da saúde (MS) sobre taxas de mortalidade por AVC em Portugal apenas dizem respeito a indivíduos com menos de 65 anos. Neste grupo etário é de realçar que a taxa de mortalidade tem vindo a diminuir desde 2001 (17,2 por 100.000 habitantes) até 2008 (9,9 por 100.000 habitantes). Ainda assim, este valor de mortalidade por AVC abaixo dos 65 anos no nosso país é superior ao de outros países da Europa, cujas taxas de mortalidade se situam entre 5 e 6 óbitos por 100.000 indivíduos dos 0 aos 64 anos. Também a nível intra-hospitalar a mortalidade por AVC é considerável em Portugal, ultrapassando os 15% apesar de ter havido também uma ligeira diminuição de 2004 a 2007 (Sá, 2009).

Estudos efetuados pela direção geral da saúde (DGS) em 2004 apuraram que após um AVC, 14% dos doentes apresentam incapacidade considerada grave, 15% ligeira e 59% ficam independentes. Mesmo em unidades de agudos com todos os recursos incluindo trombólise, menos de um terço dos doentes com AVC recuperam na totalidade. Segundo a Sociedade Portuguesa do AVC em 2008, cerca de 10% dos

indivíduos que sofreram um AVC ficam totalmente incapazes e somente em 30% é recuperada a função neurológica anterior (Ricardo, 2012).

2 – FISIOPATOLOGIA

O AVC diz respeito a uma perturbação da função cerebral, relacionada com a obstrução ou a hemorragia de uma artéria que irriga áreas dos hemisférios cerebrais ou do tronco cerebral (Marques, 2007).

Segundo a autora, em 1989 a organização mundial de saúde (OMS) define-o como sendo um síndrome caracterizado por um desenvolvimento clínico rápido de sinais de um distúrbio focal ou global das funções cerebrais, com duração superior a 24 horas ou que origina a morte sem outras causas aparentes, que não as de origem vascular. Mais tarde, e em 2000, esta organização define o AVC como uma patologia diversa, de instalação rápida, com sinais clínicos de disfunção cerebral, focal ou global, cujos sintomas duram pelo menos 24 horas ou chegam a provocar a morte.

Em 2000, a direcção geral de saúde (DGS) esclarece que um AVC ocorre quando uma parte do cérebro deixa de ser irrigada pelo sangue. Isto acontece sempre que um coágulo se forma num vaso sanguíneo cerebral ou é transportado para o cérebro depois de se ter formado noutra parte do corpo, interrompendo o fornecimento de sangue a uma região cerebral. Ou, quando ocorre a ruptura de uma artéria cerebral, extravasando o sangue que posteriormente vai destruir o tecido cerebral circundante. Em qualquer dos casos, o tecido cerebral é destruído e o seu funcionamento afetado.

O tecido nervoso, desprovido de reservas, depende totalmente da circulação sanguínea, que mantém as células nervosas ativas, fornecendo-lhes o oxigénio e a glicose necessários para que ocorra o seu metabolismo (Cancela, 2008).

A interrupção deste fluxo numa determinada área do cérebro, explicita a autora, tem como consequência uma diminuição ou paragem da atividade funcional dessa área, sendo que uma interrupção do fluxo sanguíneo inferior a 3 minutos é reversível e, contrariamente, uma interrupção superior a 3 minutos pode causar alterações funcionais irreversível em consequência da necrose do tecido nervoso.

O AVC é uma doença que aparece de forma súbita, atingindo prioritariamente a artéria cerebral e em segundo lugar a artéria carótida interna. As alterações que o doente apresenta podem ser muito diferentes dependendo da área cerebral atingida e suas

respectivas funções. Cada AVC é diferente e cada pessoa também. Por conseguinte, o modo como cada doente é afetado pela doença difere muito. Varia com a zona do cérebro que é afetada, com o tipo de AVC, com a causa do AVC, com os fatores de risco presentes em cada doente, com o seu estado de saúde anterior e também com o apoio que cada doente terá na sua reabilitação (Valadas, 2007).

Dependendo do local do cérebro que foi afetado, os AVC's manifestam-se por: falta de força de um lado do corpo; dificuldade em falar; dificuldade em perceber o que se diz; sensação de encortamento ou formigueiro de um lado do corpo, podendo ser de metade da cara, do braço e mão ou da perna e pé ou de todas estas partes; dificuldade em ler ou escrever, em engolir, em ver ou em lembrar-se que um lado do corpo existe (*ibidem*).

Não sendo uniforme as classificações patológicas dos AVC's, estes são organizados segundo um critério etiológico ou uma dimensão territorial (Marques, 2007).

A autora, ao citar Adams e Victor (1996) faz referência a três tipos de AVC's: os hemorrágicos, os trombóticos e os embólicos. Já Salgueiro (2011) agrupa-os em duas classes: os isquémicos e os hemorrágicos.

O AVC isquémico resulta de uma oclusão de um vaso sanguíneo, levando posteriormente à isquémia da zona cerebral inerente à artéria afetada (Marques, 2007). Aquando desta isquémia cerebral focal, que acontece numa região específica e não a nível global, existe uma interrupção ao fluxo sanguíneo e logo do oxigénio e outros elementos essenciais à vida. As consequências variam de acordo com o local em que esta obstrução ocorre e da circulação colateral existente, ou tendo em consideração a velocidade com que acontece esta obstrução, já que se esta for gradual pode permitir a abertura de canais colaterais (Salgueiro, 2011).

Martins (2002) esclarece que as trombozes se podem associar a dois fatores. Por um lado, o tecido elástico das artérias pode transformar-se em tecido fibroso, com o seu consequente endurecimento e espessamento, provocando uma resistência à passagem do sangue. Por outro lado, com o aumento de lípidos transportados pelo sangue, estes podem acumular-se gradual e progressivamente na camada mais interna da artéria, com a consequente formação das referidas placas de ateroma, às quais as plaquetas vão aderir. Estas placas têm especial tendência a formar-se nos vasos de maior calibre, particularmente nas zonas de bifurcação ou curvatura das artérias.

A embolia cerebral, responsável por 20% do total de AVC's, resulta da obstrução do lúmen de uma artéria por um corpo estranho em circulação. Ocorre, quando pequenos êmbolos, geralmente de origem cardíaca ou cerebral inferior se deslocam no sentido distal e se alojam em pequenos vasos, originando uma perda do aporte sanguíneo (Marques, 2007).

De acordo Salgueiro (2011) podemos ainda falar de estados lacunares/lacunas, isto é, pequenas cavidades entre 5 e 15 mm de diâmetro resultado de uma obstrução dos ramos terminais das artérias. Quando o trombo se desfaz, a obstrução deixa de existir e a circulação volta a fazer-se, podendo estar-se perante um acidente isquémico transitório (AIT).

Os acidentes isquémicos transitórios (AIT's) são um sinal de aviso da eminência de um AVC e estima-se que ocorrem em 50 a 75% dos doentes com AVC do território carotídeo. O risco de sofrer um AVC após um AIT é de 7% ao ano ou de 25 a 40% nos 5 anos a seguir ao primeiro AIT, com maior risco no primeiro mês após o AIT. A maioria dos AIT's resolve nos primeiros 20 minutos e 90% nas 4 horas seguintes. Se os sintomas persistirem por mais de 24 horas, o evento é designado de AVC (Samuels e Stern, 2001).

Quando há uma rotura das paredes do vaso, quer pela existência de pequenos aneurismas ou malformações vasculares, quer pela hipertensão, estamos perante um AVC hemorrágico (Salgueiro, 2011).

Thelan *et al.* (1996) divide os AVC's hemorrágicos em hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnóideia. A hemorragia intracerebral é causada maioritariamente por uma rotura hipertensiva de um vaso cerebral com consequente sangramento no interior do cérebro (Toole, 1979 *apud* Marques, 2007; Cancela, 2008). Aproximadamente 50 a 60% localizam-se nos gânglios basais ou tálamo, 10 a 20% têm localização lobar e 20 a 30% são infratentoriais (cerebelo e protuberância) (Pontes, 1995). A hemorragia subaracnoideia ocorre a partir do sangramento para o espaço subaracnóide, podendo ser espontânea, resultante de uma malformação vascular intracraniana, ou secundária a uma hemorragia intracerebral ou um traumatismo (Martins, 2006; Cancela, 2008).

A prevalência do AVC isquémico é superior à do hemorrágico, cerca de 80% para 20%, respetivamente (Salgueiro, 2011).

A necessidade de conhecer melhor as razões da ocorrência do AVC justifica-se pela sua elevada frequência, gravidade e custos (Rocha *et al.*, 1997).

3 – FATORES DE RISCO

O fator de risco é uma característica ou estilo de vida de um indivíduo, ou população, que indica que esse indivíduo ou essa população tem uma probabilidade aumentada de contrair uma doença, quando em comparação com um indivíduo ou uma população sem essa característica (Sousa, 1999 *apud* Marques, 2007).

De acordo com Cancela (2008), vários são os fatores de risco que aumentam a probabilidade de um AVC, no entanto, muitos podem ser atenuados com tratamento médico ou alteração dos estilos de vida. Deste modo, os fatores de risco que predispõem ao aparecimento desta doença podem subdividir-se em dois grupos: não modificáveis e modificáveis (Valadas, 2007).

O autor esclarece que os fatores de risco não modificáveis são aqueles perante os quais não é possível agir e incluem a idade, o género ou a etnia. Ao contrário destes, já podemos atuar sobre os fatores de risco modificáveis (como a HTA (hipertensão arterial), a hiperlipidémia, o alcoolismo, o tabagismo, a diabetes, as doenças coronárias...). Estes fatores de risco podem encontrar-se isolados e/ou atuar associados, pelo que Franco (1997) *apud* Salgueiro (2011) refere que 66% dos doentes com AVC têm mais que um fator de risco.

A frequência do AVC aumenta com a idade e, regra geral, ocorre mais frequentemente entre os 65 e os 85 anos (Martins, 2002; Marques, 2007). Azeredo e Matos (2003) citados por Salgueiro (2011) descrevem que existe risco aumentado de aparecimento de AVC com o avanço da idade, sendo que a idade será um fator importante para esta patologia, apesar de não ser exclusivo dos idosos. Torna-se ainda uma ameaça à qualidade de vida familiar e na velhice, pela alta taxa de mortalidade, e também por uma alta morbilidade.

Embora o sexo não seja fator determinante, evidências comprovam que o AVC é menos frequente na mulher em idade fértil, sendo que a partir dos 50 anos e incidência tende a igualar-se em ambos os sexos (Martins, 2002). No entanto, e apesar de uma maior incidência no género masculino, a mortalidade é maior no género feminino (Salgueiro, 2011).

Tendo em conta a região do globo, verifica-se uma variação da morbilidade e mortalidade por AVC, pelo que alguns autores defendem que estas diferenças se relacionam especificamente com alterações ambientais (Martins, 2002). No entanto, os fatores genéticos parecem também interferir no processo de doença, verificando-se que nos indivíduos de raça negra a frequência de AVC é maior. Alguns autores apontam para a possibilidade destes interagirem com fatores ambientais para aumentar o risco de AVC (Salgueiro, 2011).

A HTA é de longe o maior fator de risco de AVC (Thelan *et al.*, 1996). Rocha *et al.* (1997) refere que um dos primeiros estudos que realça os riscos da HTA foi publicado em 1955, sendo evidenciado que 12% dos hipertensos estudados sofreram um AVC. Atualmente, estão documentados antecedentes de HTA em 25 a 40% dos doentes que sofreram AVC. Outros estudos apontam para uma frequência de 80% de HTA na altura do acidente. Há ainda referência de que entre 65 a 70% dos doentes com AVC têm HTA e que a cada 7,5 mmHg de aumento da tensão arterial (TA) corresponde um aumento da incidência de AVC de 46%. É ainda descrito que pelo controlo dos valores tensionais, se pode reduzir em cerca de 40% a incidência do AVC (Salgueiro, 2011).

Marques (2007) expõe que a hiperlipidémia vai também influenciar a predisposição do indivíduo para o AVC e que os estudos existentes indicam que a um elevado valor de colesterol corresponde uma maior incidência de AVC isquémico.

A hiperlipidémia faz com que exista uma acumulação de cristais de colesterol nas paredes dos vasos. Sobre as placas de ateroma vai-se depositar fibrina e algumas plaquetas e, como consequência a elasticidade dos vasos reduz, o que acarreta um aumento da TA. Por sua vez, também a HTA agrava a aterosclerose. Assim, para além de se procurar controlar a HTA é também de extrema importância evitar a formação de placas de ateroma controlando os níveis de colesterol. A diabetes também é um fator de risco na medida em que pode acelerar o processo aterosclerótico nas artérias (Salgueiro, 2011).

O alcoolismo parece surgir como um fator precipitante, sendo descrito como de maior importância no adulto jovem (Martins, 2002). Relativamente às bebidas alcoólicas é possível observar a chamada curva em J, ou seja, os bebedores ligeiros têm menor risco de AVC do que os abstémicos, mas os bebedores moderados ou que exageram têm um risco aumentado (considerando que a bebida ingerida é o vinho tinto) (Salgueiro, 2011).

O tabagismo pode aumentar o risco de AVC em cerca de 3 vezes (Martins, 2002). Este efeito é maioritariamente demonstrado no homem mais jovem e aumenta proporcionalmente ao número de cigarros fumados (Marques, 2007).

No que diz respeito aos doentes diabéticos, a autora acrescenta que a incidência do AVC é maior relativamente à da população em geral, sendo que um doente diabético tem o dobro do risco para AVC.

Outro fator de risco, ainda não muito consensual é a utilização de anticonceptivos e a terapêutica de substituição hormonal. As cardiopatias embolígenas podem dar origem ao AVC, como é o caso da insuficiência cardíaca congestiva ou da fibrilhação auricular, que também é descrita como um fator de risco a ter em conta (Salgueiro, 2011).

Finalmente, Martins (2006) faz referência à presença de AIT como um fator de risco de extrema importância, já que cerca de 1/3 dos indivíduos que sofreram um AIT acabarão por sofrer um AVC dentro de cinco anos.

4 - PREVENÇÃO

O AVC é a doença neurológica mais suscetível de ser evitada e, na maioria dos casos, tratável (Sá, 2009).

Salgueiro (2011) explica que existem dois tipos de prevenção dos fatores de risco: primária e secundária.

A prevenção primária relaciona-se mais com a mudança dos estilos de vida e tem como objetivo diminuir a incidência de AVC em indivíduos sem antecedentes conhecidos de doença vascular cerebral (Salgueiro, 2011). Deste modo, importa em primeiro lugar diagnosticar e corrigir a tempo as doenças que são fatores de risco vasculares, tais como a HTA, a diabetes, as dislipidémias, a obesidade e o excesso de peso e, em segundo lugar, promover estilos de vida saudáveis que evitem o desenvolvimento de aterosclerose e de fragilidade dos vasos sanguíneos, como sendo a promoção do exercício físico, uma melhor alimentação, menos consumo de sal, consumo moderado de álcool, um menor índice de massa corporal, ambiente sem tabaco e ausência do consumo de drogas (Sá, 2009).

Salgueiro (2011) esclarece que, na nossa sociedade se tem verificado a adoção de comportamentos alimentares errados, com predominância dos alimentos de confeção rápida, bem como o aumento do consumo de produtos com gorduras, açúcares e com excesso de sal. Aliado a isto, existe cada vez menos atividade física.

Assim, tem-se verificado a necessidade de encontrar estratégias adequadas dentro da prevenção primária do AVC e que, conforme esclarece o autor, podem ser de dois tipos: populacional ou individual.

Salgueiro (2011) acrescenta que da prevenção a nível populacional fazem parte as campanhas sobre uma correta alimentação (redução do consumo de gorduras sal e açúcares e o aumento do consumo de frutas, vegetais e fibras), as campanhas sobre os malefícios do tabaco e do álcool (ou mesmo legislar sobre estas questões), campanhas sobre os benefícios do exercício físico regular, sobre a necessidade de medir e controlar a TA, entre outros.

Já a estratégia individual relaciona-se com a identificação e tratamento de indivíduos com risco acrescido de AVC, ou seja, com um ou mais fatores de risco (Salgueiro, 2011). As recomendações de 2003 do *European Stroke Initiative* referem a avaliação da TA e o seu controle através de tratamento farmacológico, como componente essencial dos cuidados de saúde de rotina. Acrescentam ainda o controlo rigoroso dos níveis de glicemia na diabetes *mellitus*, o incentivo para que os fumadores deixem de fumar e o desencorajamento ao consumo excessivo do álcool, bem como a realização de exercício físico regular, como fundamentais para diminuir a ocorrência do AVC.

No que diz respeito à prevenção secundária, esta tem como objetivo prevenir não só o AVC, mas também o enfarte do miocárdio e a morte de causa vascular, após um AIT ou após um primeiro AVC e compreende antes de mais um correto diagnóstico e identificação dos fatores de risco, após o qual se podem adotar as respetivas intervenções. Estas intervenções podem ser divididas em três grupos: medidas gerais, terapêutica farmacológica antitrombótica e endarterectomia (Salgueiro, 2011).

Segundo o autor, das medidas gerais fazem parte o controlo da HTA, a redução do colesterol, a cessação tabágica, a redução na ingestão de álcool, para os anticoncepcionais orais e a terapêutica hormonal de substituição e por fim, alterar o estilo de vida, nomeadamente adquirir hábitos alimentares saudáveis e fazer exercício regular e adequado.

Da terapêutica farmacológica antitrombótica faz parte a anticoagulação e a antiagregação plaquetar. Os anticoagulantes são fundamentalmente utilizados na prevenção secundária do AVC isquémico associado a cardiopatias embolígenas de alto-médio-risco (Salgueiro, 2011).

Por fim, a endarterectomia pode proporcionar claramente benefícios na prevenção do AVC, especialmente aos doentes com uma estenose carotídea sintomática de alto grau (Kelley, 2007).

De acordo com Dilorio (2002), dos doentes que sofreram um AVC não fatal, aproximadamente um sexto irá ter outro num prazo de 5 anos. Deste modo, as medidas preventivas secundárias nunca podem ser separadas do tratamento, já que, conforme esclarece Salgueiro (2011), quando o AVC não leva à morte da pessoa, leva certamente a um certo grau de incapacidade, apresentando-se deste modo como um enorme peso para a pessoa, família e sociedade. Assim, torna-se fundamental fazer o necessário para o prevenir.

5 – REABILITAÇÃO DOS DOENTES PÓS-AVC

Os avanços da medicina científica conduziram-na a abordagens cada vez mais centradas nas várias partes do corpo. Esta especialização garante à população intervenções profissionais baseadas no conhecimento profundo de determinado órgão ou de determinada função (Hesbeen, 2003).

A reabilitação não escapou a esta especialização e tornou-se numa disciplina cuja intenção é trabalhar para que as pessoas e as populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade, se tornem o mais independentes possível face às situações do quotidiano, evitando que o peso da sua existência se torne demasiado difícil de suportar (*ibidem*). Clark e Granger (2000) esclarecem ainda que o objetivo maior da reabilitação é garantir a independência funcional, tornado o indivíduo capaz de funcionar sem precisar da assistência dos outros.

Os doentes internados com AVC são hoje encaminhados para os serviços de medicina e neurologia, sendo o enfoque dos cuidados orientado para a fase aguda (Valadas, 2007).

Uma assistência favorável por parte dos profissionais que atendem doentes com AVC pressupõe, segundo Neves *et al.* (2004), profissionais com prática especializada, baseada em conhecimentos científicos específicos, no sentido de permitir melhores resultados terapêuticos.

Para Smeltzer e Bare (2002), a reabilitação é um processo dinâmico, orientado para a saúde, que auxilia o indivíduo doente ou incapacitado a atingir o seu maior nível de funcionamento físico, mental e económico.

A reabilitação, nestas circunstâncias, tem como objetivo minimizar a incapacidade do doente através do estímulo da sua auto-confiança, visando a sua adaptação futura, quer através do desenvolvimento de novas capacidades, quer pela aprendizagem de recursos que lhe permitam viver com as incapacidades residuais permanentes (Ventura, 2000).

Tendo em consideração que os cuidados orientados para a reabilitação não têm sido valorizados tanto quanto seria desejável e aconselhável e, perante um aumento da

proporção de pessoas incapacitadas após AVC, há necessidade de equacionar as novas abordagens ao problema, que passam por melhores cuidados durante o internamento, melhor acompanhamento em ambulatório e por imprescindível articulação com outras instituições públicas ou privadas que dão um contributo importante para assegurar uma melhor qualidade de vida (Valadas, 2007).

Segundo a OMS (2003), apesar de alguns doentes terem uma recuperação total após o AVC, outros há que podem manter dificuldades consideráveis, especialmente no ano que se segue. Deste modo, importa em primeiro lugar clarificar que existem fatores que podem influenciar o curso dos acontecimentos. Entre eles são destacados, a qualidade do tratamento de reabilitação, a motivação do paciente e da sua família, a idade do paciente, a persistência do estágio flácido e o atraso no início do tratamento.

Quando é feita referência à qualidade do tratamento de reabilitação, a OMS (2003) salienta que é importante considerar por um lado a prevenção de novos episódios e, por outro lado, o tratamento de complicações que possam aumentar o dano causado pelo AVC. Além destes, e no que diz respeito à recuperação propriamente dita, a mesma organização acrescenta que as primeiras semanas imediatas ao AVC são cruciais e, nesta fase, é essencial estimular e usar o potencial do próprio doente.

O apoio de todos os elementos da família é indispensável. O otimismo, paciência e compreensão são essenciais (Oliveira *et al.*, 2003), pelo que a qualidade do cuidado e o estímulo dos familiares podem fazer toda a diferença no processo de recuperação (OMS, 2003).

No entanto, Oliveira *et al.* (2003) alertam que é importante que os familiares resistam à tentação de ajudar excessivamente, devendo estimular o doente para que este seja o mais autónomo possível.

No que diz respeito à idade, a OMS (2003) defende que os pacientes mais jovens têm maior probabilidade de conseguir uma recuperação melhor que aqueles que têm mais de 60 anos de idade, muito devido a problemas adicionais que afetam o idoso, tais como as alterações cardíacas e respiratórias e os aspetos psicológicos e familiares.

Johnston, Kelley e Wijman (2006) referem que, aproximadamente um quarto dos doentes com AVC apresentam deterioração dentro de 1 a 2 dias após o acontecimento. Os cuidados hospitalares precoces são, assim, fundamentais nestes doentes e incluem, não só a observação cuidada para despistar agravamento e complicações, as intervenções médicas e cirúrgicas, mas também a reabilitação.

Ventura (2000) e a OMS (2003) reforçam que o início da reabilitação é importante e deve começar logo que a situação clínica do doente o permita. Não obstante, reforçam que existem princípios da reabilitação que devem ser colocados em prática logo desde o primeiro momento e que visam a prevenção de úlceras de decúbito, de problemas respiratórios, intestinais e vesicais, da rigidez articular, de contraturas, da espasticidade, das tromboembolias e de problemas de ordem psicológica.

Para a recuperação da pessoa com AVC, a reabilitação tem de ser fundamentada em mecanismos fisiológicos (Menoita, 2009). O conceito de "plasticidade cerebral" baseia-se no princípio de que o cérebro tem a capacidade para se regenerar (Rodrigues, 2008; Menoita, 2009; Lopes *et al.*, 2010). Assim, na presença de lesões, o sistema nervoso central (SNC) utiliza-se desta capacidade na tentativa de recuperar as funções perdidas e/ou, mais frequentemente, fortalecer funções similares às originais (Menoita, 2009).

Lopes *et al.* (2010) defendem que a plasticidade cerebral endógena deve ser estimulada, em primeiro lugar pela reabilitação. A reabilitação neuropsicológica é considerada por Cancela (2008) como fundamental para a recuperação da pessoa após AVC. Este processo, que visa recuperar ou estimular as capacidades funcionais e cognitivas da pessoa tem dois objetivos gerais: por uma lado favorecer a recuperação das funções, isto é, recuperar a função em si mesma, os meios, as capacidades ou habilidades necessárias para alcançar a restituição da função; por outro lado, trabalhar com a pessoa para que ela possa atingir determinado objetivo, usando meios diferentes aos usados antes da lesão, isto é, substituir ou compensar a função.

O objetivo major da reabilitação é, portanto, a otimização do funcionamento físico, vocacional e social, depois de uma doença ou dano neurológico (Cancela, 2008). Marques (2007) acrescenta, ainda, que o processo de reabilitação ajuda a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida, com dignidade, auto-estima e independência.

O enfermeiro de reabilitação não só presta cuidados físicos e psicológicos, mas também é responsável pela coordenação da equipa e o veículo responsável entre o hospital e o domicílio (Oliveira *et al.*, 2003).

A importância desta abordagem é reforçada por Martins (1998), quando esta afirma que a intervenção nos doentes com AVC deve visar uma abordagem positiva, onde

cada elemento da equipa deve compreender os métodos utilizados pelos outros e usar, sempre que possível, os mesmos princípios.

Conto, Ramos e Lessmann (2006) ao citarem Beland e Passos (1979) descrevem alguns passos do processo de reabilitação: identificar as necessidades do indivíduo (psicológicas, sociais, económicas), perceber o indivíduo como um ser com capacidades e potencial para ajudar e estabelecer um programa de reabilitação que, para além de ser estabelecido pela equipa de saúde deve ter a participação, motivação e apoio do indivíduo e da família.

Os programas de reabilitação devem ser programas holísticos, nos quais se envolvam vários profissionais da equipa multidisciplinar e, nos quais, deverão ser incluídos exercícios que possam ser aplicados através de qualquer meio capaz de representar situações do quotidiano nos quais o doente é incentivado a concentrar-se, interagir, raciocinar, tomar decisões, entender o discurso corrente e expressar sentimentos e pensamentos (Cancela, 2008).

5.1 - CONSEQUÊNCIAS E DÉFICES ESPECÍFICOS PÓS-AVC E AS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

O AVC caracteriza-se pelo desenvolvimento súbito e dramático de um défice neurológico. O AVC rouba ao indivíduo um conjunto de funções significativas, pelo que o exame clínico a um doente cerebrovascular não se destina a perceber o que ele tem, mas sim a verificar o que ele perdeu (Marques, 2007).

Para Valadas (2007), o AVC manifesta-se de forma específica em cada pessoa. Esta especificidade depende da zona do cérebro que é afetada, do tipo de AVC (uma hemorragia ou enfarte), das causas do AVC, os fatores de risco presente naquele doente, do estado de saúde da pessoa antes do AVC e com o apoio que cada doente terá na sua reabilitação.

Os doentes que sofram um AVC podem apresentar uma multiplicidade de sintomatologia, de diferente importância e intensidade. Destacam-se usualmente a perda de capacidades motoras, sensoriais, as alterações na comunicação e as alterações cognitivas, psicológicas e comportamentais, já que estas correspondem

àquelas que merecem especial atenção por parte do enfermeiro de reabilitação (*ibidem*).

Os esforços da reabilitação devem começar no contacto inicial com o doente (Rocha e Resende, 1998; OMS, 2003; Leite e Faro, 2005), com o objetivo de obter o máximo grau de independência física e psicológica (OMS, 2003), prevenir complicações e promover a segurança no desempenho das atividades de autocuidado (Hoeman, 2000).

Atendendo às consequências e défices específicos pós-AVC importa clarificar de que forma deve intervir o enfermeiro de reabilitação em cada um dessas alterações.

Alterações da mobilidade

Menoita *et al.* (2012) ao citarem Horn *et al.* (2003) referem que, decorrente do AVC, a hemiparésia ou a hemiplegia é a principal causa de incapacidade grave na sociedade atual.

De acordo com Bonita (1990) *apud* Costa (2003, p.20), um "estudo observacional refere que aos 3 meses após AVC, 85% dos doentes estavam consideravelmente incapacitados de caminhar e, 37% necessitavam de algum tipo de assistência nas atividades de vida diária" (AVD's).

As alterações motoras estão presentes em cerca de 70 a 80% das pessoas que sofreram um AVC isquémico e, ao associarem-se a baixos níveis de recuperação, são tidas como a primeira causa de deficiência e incapacidade nos países ocidentais (Fontes, 1998).

Segundo Menoita *et al.* (2012), estas alterações da mobilidade estão diretamente relacionadas com as alterações da força, do tônus muscular, do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade.

Relativamente às alterações da força muscular, Leal (2001) refere que a hemiplegia é caracterizada por uma paralisia do hemicorpo direito ou esquerdo, contra-lateral ao lado da lesão cerebral, enquanto que a hemiparésia é caracterizada por uma diminuição da força e da sensibilidade do hemicorpo contra-lateral ao lado da lesão.

Menoita (2009) esclarece que uma pessoa que sofreu um AVC apresenta frequentemente alterações da força muscular que, para além da hemiplegia ou hemiparésia se pode manifestar por espasticidade ou, até mesmo, alterações do

controle postural que podem conduzir a perda dos padrões de movimento do hemicorpo afetado e a padrões inadequados do lado não afetado, como consequência de uma tentativa de compensação.

No que concerne às alterações do tônus, Bobath (2001) refere que inicialmente o hemicorpo afetado apresenta um estado de flacidez sem movimentos voluntários, ou seja, o tônus é muito baixo para que se inicie o movimento, não há resistência ao movimento passivo e o indivíduo não consegue manter o membro em qualquer posição, especialmente durante as primeiras semanas. Esta flacidez pode, na grande maioria das situações, permanecer por apenas algumas horas ou dias, persistindo indefinidamente em casos muito raros.

A autora explicita que são estas alterações que levam à ausência de consciencialização e perda dos padrões de movimento do hemicorpo lesado, sendo que o indivíduo deixa de conseguir rolar, sentar-se sem apoio, manter-se de pé, e tem tendência para transferir o peso para o lado sã, por falta de noção da linha média.

Segundo Cancela (2008), ainda que esta hipotonia possa persistir, é muito frequente o aparecimento de um quadro de hipertonia, no qual se verifica um aumento da resistência ao movimento passivo, característica típica dos padrões espásticos.

Deste modo, Leal (2001, p.136) esclarece que:

"a espasticidade surge dos segmentos distais para os proximais, ao contrário da força muscular. Após se iniciar o movimento (por exemplo a extensão do antebraço) a resistência aumenta de uma forma rápida, podendo ceder ou não de uma maneira brusca ou mais lentamente. Se interrompermos o movimento o fenómeno repete-se, conhecido em semiologia por reflexo da navalha em mola. A observação da espasticidade é mais eficaz quando o movimento é rápido".

A distribuição inadequado do tônus é variável, sendo habitualmente mais intensa em padrões que envolvem os músculos anti-gravíticos do hemicorpo afetado, isto é, os flexores do membro superior e os extensores do membro inferior. Esta postura recebe a denominação de atitude de Wernicke-Mann (Bobath, 2001; Marques, 2007) e leva ao desenvolvimento de alterações posturais e à limitação de movimentos (Marques, 2007).

Este aumento do tônus muscular pode resultar da falta de controlo e instabilidade do tronco, da tensão aumentada de um músculo decorrente de défices de controlo postural e alinhamento articular, nomeadamente a nível da musculatura proximal do

membro ou, ainda, decorrente de tentativas de movimentos ativos das extremidades (Ryerson, 2004 *apud* Conto, Ramos e Lessmann, 2006).

Tendo em conta estes aspetos, Martins (2002) esclarece que o doente hemiplégico apresenta problemas relacionados com a sua função motora, pelo que se torna portador de uma deficiência que, por sua vez, vai interferir com a realização de um movimento normal, causando-lhe uma determinada incapacidade.

Marques (2007) e Cancela (2008) complementam ao afirmar que o hemiplégico é incapaz de utilizar padrões normais ao virar-se, sentar-se ou pôr-se de pé, pelo que a incapacidade para a locomoção surge com elevada frequência, dadas as lesões dos membros inferiores, a falta de equilíbrio e a diminuição da sensibilidade propriocetiva. Esta incapacidade está, portanto, relacionada com a marcha, o subir e descer escadas e ainda o correr.

Todavia, Teixeira-Salmela (2000) evidencia que esta correlação entre a espasticidade e a função não está totalmente esclarecida, referindo que alguns estudos demonstram que a espasticidade limita os movimentos, mas que, à medida que ocorre um retorno da função voluntária, a dependência dos padrões sinérgicos e da espasticidade tende a diminuir. Ainda mais, estudos evidenciam que a força muscular do lado parético, contrariamente à espasticidade, se relaciona diretamente com as atividades funcionais, nomeadamente a marcha.

O dano do cérebro pode causar não somente a incapacidade física óbvia, mas igualmente dificuldades na perceção e perda de discriminação sensorial. Deste modo, a pessoa que sofreu AVC pode ter dificuldade em saber onde estão os seus membros e em que posição está o seu corpo (OMS, 2003).

As alterações sensoriais mais frequentes e observáveis nos casos de lesão neurológicas do hemicorpo são, portanto, os défices sensoriais superficiais, propriocetivos e visuais (Cancela, 2008).

No que diz respeito à diminuição e ou abolição da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa), a autora esclarece que esta contribui para o aparecimento de disfunções percetivas (alterações da imagem corporal, negligência unilateral), e para o risco de auto lesões. A diminuição da sensibilidade propriocetiva (postural e vibratória) contribui para a perda da capacidade para executar movimentos eficientes e controlados, para a diminuição da sensação e noção de posição e de movimento, impedindo e diminuindo novas aprendizagens motoras no hemicorpo afetado (*Ibidem*).

Atendendo às alterações da mobilidade decorrentes do AVC, na reabilitação é de primordial importância a prevenção da espasticidade, o treino de equilíbrio e o estímulo sensitivo, a promoção do aparecimento da força muscular e sensibilidade, com o intuito de evitar limitações e deformidades e deve ter início na fase aguda do AVC (Rodrigues, 2008).

No sentido de atingir estes objetivos, Menoita *et al.* (2012) referem que o enfermeiro de reabilitação deve recorrer a diversas técnicas e/ou estratégias, de acordo com a situação da pessoa. Essas atividades são: a facilitação cruzada; a indução de restrições; os posicionamentos em padrão anti-espástico; a estimulação sensorial; o programa de mobilizações e as atividades terapêuticas (como o rolar, a ponte, a rotação controlada da coxo-femoral, as auto-mobilizações, a carga no cotovelo, os exercícios de equilíbrio, as transferências, o treino de marcha controlada, os exercícios terapêuticos com bola suíça e o treino das AVD's).

No que diz respeito à facilitação cruzada, importa referir que se trata de uma técnica muito utilizada na reabilitação da pessoa com AVC (Menoita, 2009), na qual a pessoa trabalha sobre o lado não afetado do corpo, através da linha mediana, por forma a iniciarem-se as atividades de recuperação bilateral (Leal, 2001; Martins, 2002).

Esta técnica tem como objetivos a estimulação da ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado, a reeducação do reflexo postural do lado lesado, a estimulação da sensibilidade postural, a reintegração do esquema corporal e, por fim, a facilitação do auto-cuidado (Rodrigues, 2008; Menoita *et al.*, 2012).

Neste contexto, é imprescindível que a pessoa seja abordada e tocada pelo lado afetado, criando um estímulo sistemático, da mesma forma que a disposição do quarto deve estar de forma a permitir que a pessoa receba o máximo de estímulos pelo lado afetado (Johnstone, 1979; Leal, 2001; Martins, 2002).

De acordo com Meneghetti *et al.* (2010), outra terapia utilizada na reabilitação é a terapia de restrição e indução ao movimento (TRIM), baseada no conceito de plasticidade dependente do uso. Esta terapia baseia-se essencialmente em dois aspetos principais: o treino motor intensivo do membro superior mais afetado e a restrição motora do menos comprometido.

Deste modo, torna-se fundamental orientar a pessoa a não compensar com o seu lado são, uma vez que este pode aumentar a espasticidade e diminuir o estímulo relativo ao lado afetado (Martins, 2006; Meneghetti *et al.*, 2010). Para Ryerson (1994) *apud*

Menoita *et al.* (2012), a pessoa ao usar somente o lado sã, favorece a assimetria e pode desencadear uma eventual perturbação da função desse mesmo lado.

Conforme esclarece Davies (1996) *apud* Teixeira-Salmela (2000), existem várias formas de intervenção junto do doente hemiplégico, de entre as quais se destaca a teoria neuroevolutiva que visa facilitar os padrões normais de movimento e inibir os padrões espásticos e estereotipados.

Os posicionamentos do doente com AVC têm características específicas e são considerados como o primeiro passo para a recuperação do doente, pelo que manter o doente em padrão anti-espástico ao longo das vinte e quatro horas é fundamental para uma reabilitação de sucesso (Martins, 2002). O posicionamento incorreto do doente, esteja ele consciente ou inconsciente, leva a um reforço da espasticidade (Rodrigues, 2008).

Menoita *et al.* (2012) referem que o posicionamento em padrão anti-espástico deve permitir que a cabeça se mantenha alinhada com o corpo e, se possível, que esteja inclinada e rodada para o lado menos afetado; que a articulação escapulo-umeral esteja em rotação externa e abdução; que o cotovelo, punho e dedos estejam em extensão, com abdução dos últimos; que o antebraço esteja em supinação; que o tronco esteja em extensão, com bácia posterior da bacia e que, a coxa, o joelho e o tornozelo estejam em flexão e rotação interna. Os decúbitos preconizados são o dorsal, o lateral para o lado afetado e para o lado menos afetado.

Não obstante, Leal (2001) reforça que é indispensável informar atempadamente para que lado a pessoa vai ser posicionada e motivá-la a envolver-se neste processo.

No que diz respeito à estimulação sensorial, Menoita *et al.* (2012) enfatizam que a conceção do treino desta está alicerçada ao princípio da plasticidade cerebral, pelo que deverão ser criadas estratégias que visem o envio constante de estímulos para o cérebro para que, essa informação posteriormente descodificada permita à pessoa reaprender as funções perdidas ou esquecidas. Nessas estratégias podem ser incluídas, por exemplo, a criação de dispositivos de diferentes texturas, para a recuperação da sensibilidade tátil.

Para aumentar a carga sensitiva, Martins (2002) acrescenta que é fundamental estimular a audição, a visão e o tato. A audição pode ser estimulada por ordens simples, dinâmicas e emitidas desde o local correto por forma a obter uma resposta. O doente deve ser orientado para usar a visão e seguir todos os movimentos, mesmo

que passivos, ou ser reeducado com a ajuda de um espelho. O tato é um meio de reeducação dos défices sensitivos e inclui as pressões leves desencadeadas pelas mãos do profissional e as pressões profundas provocadas por talas de pressão ou o peso do corpo do doente.

Relativamente ao programa de mobilizações importa referir que o objetivo principal assenta na manutenção da integridade das estruturas articulares, na manutenção da amplitude dos movimentos, na conservação da flexibilidade, no evitar de aderências e contraturas, na melhoria da circulação de retorno e por último, na manutenção da imagem psico-social e motora da pessoa (Menoita *et al.*, 2012).

Martins (2002) acrescenta que as mobilizações passivas são fundamentais, não só para manter o estado muscular, mas também para evitar complicações como a diminuição da amplitude articular, anquiloses e tromboflebites.

No que diz respeito à reeducação do movimento controlado, a OMS (2003), na definição de um programa de tratamento, refere que é necessário ter em consideração que a direção do desenvolvimento do movimento voluntário é do proximal para o distal. Assim, o controlo dos movimentos do tronco superior, do ombro, do tronco inferior e do quadril devem ser estabelecidos primeiro. Esclarece ainda que todos os movimentos dos membros afetados devem ser realizados em estágios progressivos: movimentos passivos, movimentos ativos assistidos, movimentos ativos.

Como atividade bilateral, Menoita *et al.* (2012) realçam que as auto-mobilizações podem ser realizadas pela pessoa quer na posição deitada, quer na posição sentada. Os objetivos principais prendem-se com o tomar consciência do membro afetado como parte integrante do corpo e com a manutenção do membro superior em padrão antiespástico.

O processo de reabilitação de um doente após AVC é geralmente obtido por meio de um trabalho com uma sequência de exercícios progressivos, que seguem de perto o padrão de desenvolvimento motor dos bebés. Deste modo, inicia-se com o rolar, ficar de pé, sentar e só depois andar (OMS, 2003; Rodrigues, 2008).

Assim, os exercícios de equilíbrio têm início no rolar e, mais tarde quando o doente já se pode levantar, têm início os exercícios cujo objetivo é reeducar o equilíbrio, estimular os reflexos cervicais e preparar o doente para a marcha. Estes exercícios iniciam-se na cama, antes do levantar, depois numa cadeira e, por último de pé (Marques, 2002).

No que diz respeito ao rolar, Johnstone (1987) *apud* Menoita *et al.* (2012) defendem que ao rolar a pessoa está a utilizar os músculos do tronco e, desse modo, a iniciar o movimento voluntário que a levará a voltar à vida ativa. Este movimento permite a consciencialização de ambos os hemicorpos, a inibição da espasticidade e o iniciar dos movimentos ativos dos membros.

O exercício da ponte, por seu turno, tem um papel importante no treino da pessoa para passar à posição sentada e ortostática. Deve ser iniciado o mais precocemente possível e tem por objetivos a prevenção da rotação externa do membro inferior, a inibição da espasticidade em extensão do membro inferior afetado, a facilitação da elevação da bacia, a ativação da musculatura do tronco, a estimulação da sensibilidade postural e por fim, o fortalecimento dos músculos para permitir o assumir da posição ortostática (Leal, 2001).

Em alternativa à ponte é possível optar-se pela rotação controlada da anca, uma vez que esta permite o controlo precoce desta articulação e a preparação da pessoa para o levante (Menoita *et al.*, 2012).

Outro exercício contributivo para preparar a pessoa para o levante é a carga no cotovelo. Segundo Branco e Santos (2010), a pessoa inicialmente posicionada em decúbito dorsal e com os membros superiores em extensão ao longo do corpo e abdução a 45°, apoia-se e faz carga sobre o cotovelo afetado. Com o auxílio do enfermeiro, que fixa a mão e o antebraço afetados, a pessoa apoia-se sobre o cotovelo do lado afetado e levanta-se.

Os exercícios de equilíbrio são igualmente importante para preparar a pessoa para o levante já que visam reeducar o equilíbrio na posição sentada, estático e dinâmico. Os exercícios de equilíbrio estático sentado implicam que a pessoa se encontre sentada na cama, estendendo as mãos de lado e suportando o peso do corpo, enquanto que no treino do equilíbrio dinâmico sentado, o enfermeiro induz um ligeiro balanço no tronco da pessoa, por forma a que esta compense o movimento (Menoita *et al.*, 2012).

A preparação para o levante e transferência para a cadeira depende da lesão e do estado da pessoa (*ibidem*) e pode ser feita com ajuda total, parcial ou sem ajuda (Leal, 2001).

Na técnica de levante, o enfermeiro auxilia a pessoa a rolar para o lado afetado, a cruzar o membro inferior menos afetado sobre o afetado, através de um movimento cruzado dos membros superiores puxa a pessoa pelo membro superior não afetado e

em simultâneo estabiliza o antebraço do lado afetado, permitindo que a pessoa passe da posição deitada para o apoio com o cotovelo afetado. Posteriormente coloca os membros inferiores suspensos no leito e transfere a pessoa da cama para a cadeira (Johnstone, 1979). A pessoa sai da cama pelo lado afetado e entra pelo lado menos afetado.

Enquanto sentada, a pessoa deve manter o membro superior em padrão antiespástico e os pés devidamente apoiados no chão (Leal, 2001).

De acordo com Menoita *et al.* (2012) a marcha é a meta funcional dos doentes com AVC, pelo que se torna fundamental investir no seu treino. Tem como objetivos principais a reaquisição do padrão automático perdido e a promoção da independência a nível da locomoção e segurança.

Numa fase inicial a marcha deve ser assistida pelo enfermeiro que com as mãos sobre a anca da pessoa assegura suporte pélvico, passando progressivamente para a posição ideal, na qual o enfermeiro se coloca do lado afetado da pessoa e com a sua mão mantém o membro superior da pessoa em rotação externa, o punho em extensão e os dedos em abdução (Johnstone, 1987 *apud* Menoita *et al.*, 2012).

Teixeira-Salmela (2000) esclarece que logo que o doente se coloque de pé, pode ser colocado frente a um espelho, no sentido de lhe permitir a integração de todo o esquema corporal e a correção da postura. Os exercícios de marcha só serão iniciados quando o doente conseguir ficar de pé e tomar consciência do seu corpo.

Um treino de curta duração e várias vezes ao dia é, na opinião de Martins (2002) mais benéfico que um treino prolongado uma única vez por dia.

O treino das AVD's não pode ser deixado de parte no que concerne às alterações da mobilidade, uma vez que estas dizem respeito às ocupações que exigem ações diárias para os cuidados pessoais. São exemplos, o comer, vestir-se, banhar-se, arrumar-se. A capacidade para realizar estas tarefas é de extrema importância para a reabilitação (Carlson, 2000).

O enfermeiro de reabilitação recorre muitas vezes às ajudas técnicas, uma vez que estas se mostraram indispensáveis ao bem estar, autonomia, integração e qualidade de vida das pessoas, permitindo uma atividade mais independente, com maior comodidade, menor esforço e dor (Menoita *et al.*, 2012).

Alterações Visuais

No que diz respeito aos distúrbios do campo visual (diminuição da acuidade visual, hemianópsia e diplopia), importa referir que o mais comum é a hemianópsia homónima (cegueira da metade nasal de um dos olhos e da metade temporal do outro olho). Trata-se de um défice visual que contribui para a diminuição do nível de consciência e/ou diminuição da noção do hemicorpo afetado (Cancela, 2008).

Marques (2007) esclarece que os distúrbios visuais interferem com a capacidade do doente para reaprender as capacidades motoras, aumentando o risco de acidentes. Assim, a perceção visual dos planos horizontal e vertical pode estar comprometida, causando perturbações na postura e na marcha.

Em situações em que a pessoa com AVC apresente um défice visual, o enfermeiro deve estimular o doente por forma a compensar este défice estimulando o doente sempre do lado afetado, falar ou executar todas as atividades desse mesmo lado, colocar os objetos pessoais, inclusive a mesa de cabeceira do lado afetado e estimular a facilitação cruzada e, ensinar a explorar o campo visual do lado afetado (Pereira, 1990; Marques, 2007).

Alterações da comunicação

Os problemas da comunicação são frequentes nos indivíduos que sofreram um AVC, por obstrução da artéria cerebral média no hemisfério esquerdo (Martins, 2006; Cancela, 2008; Menoita, 2009). Mais de 99% dos indivíduos dextros têm a função da linguagem confinada ao hemisfério esquerdo. Contudo, nos indivíduos esquerdinos a situação é mais complexa, sendo que aproximadamente 60% têm o hemisfério esquerdo como dominante e os restantes 49% têm o hemisfério direito. Entre estes existem, ainda, indivíduos com dominância bilateral da linguagem (Perkin, 1998 *apud* Marques, 2007).

As perturbações da linguagem mais frequentes são a afasia e a disartria (Marques, 2007).

A afasia, de acordo com Smeltzer e Bare (2002) corresponde a um distúrbio da função da linguagem que resulta da lesão ou de doença dos centros cerebrais. Na opinião de Marques (2007) esta pode ser definida como um distúrbio na perceção e expressão da linguagem. O indivíduo apresenta dificuldades na compreensão e na emissão da fala e

da linguagem adquirida em consequência de uma lesão nas áreas cerebrais responsáveis pela fala ou pela compreensão das palavras faladas (Marques, 2007; Leonel, Dowsley e Azevedo, 2002).

Para classificar as afasias, a avaliação baseia-se na fluência, repetição, compreensão e nomeação (Marques, 2007) e podem ser classificadas com: afasia motora, de expressão, não fluente ou de Broca; afasia sensorial, de recepção, de compreensão, fluente ou de Werniche; afasia de condução; afasia global ou total (Leal, 2001; Parente *et al*, 2007; Ribeiro, 2006).

A afasia de Broca ou afasia motora manifesta-se pela dificuldade em expressar a linguagem e caracteriza-se por um fluxo verbal escasso e produzido com dificuldade (Marques, 2007). O indivíduo não consegue articular os sons e tem dificuldade em reconhecer os chamados pontos de articulação, coexistindo dificuldade na área de cálculo e escrita (Leonel, Dowsley e Azevedo, 2002). A fala é não fluente e a compreensão relativamente mantida. A lesão é na região do lobo frontal póstero-inferior (Perkin, 1998 *apud* Marques, 2007).

O mesmo autor refere que na afasia de Werniche a produção da fala é fluente, mas acompanhada de perda do sentido das palavras e uso de parafasias (parafasia literal, com substituição de uma sílaba; parafasia verbal, com a substituição de uma palavra ou frase; neologismos, com o uso de palavras sem sentido no contexto). Estão comprometidas tanto a compreensão como a expressão, mas sem a existência de dificuldades na articulação das palavras. Poderá haver um predomínio de dificuldade na área semântica quando o indivíduo consegue emitir perfeitamente as palavras, mas não compreende o que lhe é solicitado (Leonel, Dowsley e Azevedo, 2002). Segundo Smeltzer e Bare (2002), a lesão é localizada na região temporal posterior do hemisfério dominante.

Na afasia de condução, a conversação é fluente, com parafasias. Existe uma boa articulação das palavras, a compreensão está mantida, mas a repetição gravemente comprometida. O doente conseguir compreender quase tudo o que lhe é dito, mas tem dificuldade em articular os sons corretamente e em repetir frases ou orações (Marques, 2007). Este tipo de afasia ocorre em 10% dos doentes afásicos (Smeltzer e Bare, 2002).

A afasia global caracteriza-se pelo défice máximo que torna a pessoa incapaz de comunicar, isolando-a do mundo exterior (Parente *et al.*, 2007). A pessoa não

consegue nem ler, nem escrever e limita-se a compreender algumas palavras (Menoita *et al.*, 2012). Esta, segundo Smeltzer e Bare (2002), é observada em cerca de 5% dos doentes com afasia.

A disartria é uma perturbação da articulação verbal que resulta da falta de força, alteração do tónus ou da coordenação dos músculos do aparelho fonador. Caracteriza-se pela dificuldade em produzir determinados sons, tornando o discurso pouco inteligível (Menoita, 2009). A fala é coordenada pelo cerebelo, pelo que alterações deste causa disartria (Marques, 2007).

Perante um doente com alterações da fala, os objetivos centrais da reabilitação direccionam-se para o controlo da respiração, o aumento da força da musculatura oral e a melhoria da qualidade da voz e da articulação das palavras (Menoita *et al.*, 2012).

De acordo com os autores, as estratégias passam pelo recurso a técnicas terapêuticas como reflexo de fonação (tosse, riso), a terapia fisiológica (bocejo, suspiro), a reeducação da musculatura facial e as técnicas que ajudam a melhorar o discurso.

As alterações da comunicação relacionadas com a afasia manifestam-se pela dificuldade na expressão, compreensão ou pela sua associação. São objetivos da enfermagem facilitar a capacidade de compreensão e expressão do doente, bem como reduzir a frustração deste, relacionada com a incapacidade de comunicar (Parente *et al.*, 2007).

Sendo assim, os autores esclarecem que o enfermeiro de reabilitação deve usar técnicas que aumentem a capacidade de expressão verbal (permitir tempo ao doente para se expressar; repetir a mensagem transmitida em voz alta; não valorizar a pronuncia imperfeita; ignorar erros; não interromper e fornecer palavras apenas ocasionalmente), ensinar ao doente técnicas que ajudem a melhorar o discurso (incentivá-lo a expressar-se calma e claramente, encorajá-lo a utilizar frases curtas; incentivá-lo a escrever mensagens ou a fazer um desenho), reconhecer as frustrações de cada doente, identificar junto do doente fatores que promovam a expressão (avaliar a acuidade auditiva e visual), orientar os familiares para as formas alternativas de comunicação e explicar o motivo das reações do doente para com eles.

Hoeman (2000) resume dizendo que na abordagem do doente com afasia é conveniente o contacto ocular direto, estar relaxado e sem pressa, falar devagar e num tom de voz normal, dar ao doente uma ideia única e curta para que processe de

cada vez, dar tempo para que o doente processe a informação, usar gestos que se apropriem a transmitir o significado.

Alterações das funções cognitivas

A prevalência da diminuição da função cognitiva após AVC varia entre 11,6 e 56,3% (Heruti *et al.*, 2002 e Patel *et al.*, 2002, citados por Menoita *et al.*, 2012) e pode estar associada a dificuldades na recuperação funcional e ao aumento do risco de mortalidade (Terroni *et al.*, 2009 *apud* Menoita *et al.*, 2012).

A capacidade de aprendizagem, a memória, o pensamento ou outras funções intelectuais corticais mais elevadas podem estar comprometidas nas pessoas com AVC (Marques, 2007). Associadas a estas, Smeltzer e Bare (2002) acrescentam a diminuição da atenção, da compreensão e a falta de motivação como manifestações apresentadas.

Dependendo do hemisfério lesado na pessoa com AVC, ficam acometidas diversas funções cognitivas (Menoita *et al.*, 2012). O hemisfério esquerdo é responsável pelas capacidades verbais e, por aquelas que exigem análise detalhada e fina de estímulos, tais como a linguagem oral, escrita, cálculo e a memória verbal, enquanto que o hemisfério direito é responsável pelas não verbais e por aquelas que requerem um processamento mais global dos estímulos, tais como a memória visuo-espaciais e a capacidade musical (Martins, 2006 a)).

No que diz respeito à memória, Martins (2006 a)) afirma que o AVC que afeta o córtex cerebral ou que envolve o hipocampo ou os lobos frontais, é o que provoca mais frequentemente alterações da memória. Contudo, a memória não é apenas um fenómeno biológico, mas também psicológico, pelo que representa o conjunto de todas as estruturas e processos cognitivos que permitem codificar, armazenar e recuperar diversos tipos de informações.

De acordo com Pinto (1999) citado por Menoita *et al.* (2012), faz todo o sentido integrar no plano de reabilitação um plano de ativação cognitiva baseado nos conhecimentos da plasticidade cerebral. Assim, é possível recorrer a terapias como a terapia de orientação para a realidade (TOR), a reeducação comportamental ativa, a terapia da reminiscência e a reabilitação baseada na facilitação da memória implícita residual.

A TOR trabalha fundamentalmente a memória a curto prazo e tem por objetivo reduzir a desorientação, mediante o recurso a estímulos ambientais. Pode ser realizada TOR durante as 24 horas ou por episódios de 30 minutos. Independentemente da forma escolhida, ambas visam orientar a pessoa no tempo e no espaço, recorrendo a pistas (como relógios ou calendários), ao treino da repetição contínua de dados reais e à presença de informação real e atual (Bottino *et al.*, 2002 *apud* Menoita *et al.*, 2012).

Segundo o mesmo autor, a reeducação comportamental corresponde a uma forma de TOR e pretende uma intensificação das interações sociais e ambientais, enquanto que a terapia de reminiscência visa trabalhar a memória episódica, com factos significativos da vida da pessoa. Este último aspeto é fundamental para a manutenção da identidade e da auto-estima e para a promoção da socialização.

Para Menoita *et al.* (2012), a reabilitação baseada na facilitação da memória implícita residual baseia-se na premissa de que a pessoa tem sempre presente uma parcela de memória, mesmo que implícita e residual e baseia-se no treino da repetição com o objetivo principal de reaprender.

Alterações da deglutição

A disfagia é uma alteração comum, podendo ocorrer em 25 a 56% das pessoas com AVC. O termo disfagia deriva do grego *Dys* - dificuldade e *phagien* - comer e significa que existe um impedimento à passagem da comida deglutida (Leal, 2001).

Nos doentes com AVC o mais comum é apresentarem disfagia orofaríngea, relacionada com a diminuição da força, do tónus e/ou da sensibilidade dos músculos da face, da mandíbula ou da língua (Menoita *et al.*, 2012).

O'Sullivan (1993) citado por Marques (2007), reforça a ideia afirmando que o problema mais frequentemente observado é a demora no desenvolvimento do reflexo da deglutição, seguido pela redução do peristaltismo faríngeo.

De salientar que a disfagia está muitas vezes associada a complicações, tais como o aumento das secreções orais que conduzem muitas vezes à obstrução da via aérea ou a pneumonias de aspiração, à desidratação, ao medo de comer e beber e, consequentemente à perda de peso e má nutrição (Menoita *et al.*, 2012).

Segundo Faria (1998) a maioria dos doentes com disfagia recuperam espontaneamente ao fim de uma semana.

A atuação no doente disfágico passa pela identificação precoce do problema, que deve acontecer nas primeiras 48 horas (*ibidem*).

Deste modo, para avaliar a disfagia, na admissão do doente com AVC, o enfermeiro administra 10 ml de água, por três vezes e utilizando uma colher. De seguida, se o doente deglute, administram-se 50 ml de água num copo pequeno (Monteiro, 2010 *apud* Pires, 2012).

Contudo, a intervenção do enfermeiro de reabilitação no doente com disfagia não passa só pela sua avaliação, mas também pela classificação da disfagia, para que possa definir os procedimentos de alimentação nestes doentes, de acordo com o tipo de alterações na deglutição identificadas (Pires, 2012).

Se, o enfermeiro de reabilitação identifica que o doente apresenta disfagia ligeira, deve iniciar a alimentação com dieta pastosa (purés, iogurtes e geleias) e evitar alimentos com pequenas partículas como o arroz e massa. Durante a administração da alimentação deve fletir o pescoço ou roda-lo para o lado não afetado para facilitar a deglutição, dar uma quantidade pequena de alimentos de cada vez, com a ajuda de uma colher rasa e de metal. Nestas situações deve ser evitada a administração de líquidos puros: privilegiar a água com espessante (*ibidem*).

Caso se identifique disfagia grave e se verifica que a alimentação por via oral não acontece de forma segura, recomenda-se o recurso a nutrição artificial. O enfermeiro deve colocar sonda naso-gástrica (SNG) e dar início de nutrição entérica (NE) para alimentar o doente em segurança (Pires, 2012).

Para Faria (1998), a intervenção em situações de disfagia passa, essencialmente, por uma intervenção direta compensatória, relacionada com as alterações da postura corporal, da textura da dieta, do tamanho do bolo alimentar e/ou a sua administração e, por uma terapia indireta que envolve a restauração neuromuscular e/ou a sensibilização térmica de reflexo de deglutição.

Alterações do padrão de eliminação vesical e intestinal

Os problemas de eliminação vesical e intestinal são bastante frequentes em pessoas com patologia cerebrovascular (Marques, 2007).

A incontinência urinária e fecal surge muitas vezes associada a outros problemas, podendo estar relacionada com alterações cognitivas e da atenção, fatores emocionais e incapacidade de comunicação por parte do indivíduo (Martins, 2006 a)).

Complementando, Smeltzer e Bare (2002) acrescentam que ocasionalmente a bexiga fica atônica, com sensibilidade alterada em resposta ao enchimento vesical. Para além disso, muitas vezes o controlo do esfíncter urinário é diminuído ou até mesmo perdido.

Relativamente às alterações da eliminação intestinal, Marques (2007) ao fazer referência a Kottke *et al.* (1984) assume que geralmente os doentes apresentam obstipação. Leal (2001) acrescenta que após o AVC pode ocorrer uma diminuição da atividade reflexa do intestino e dos movimentos peristálticos, muito por consequência da diminuição da mobilidade em geral e da dificuldade na eliminação e, consequentemente surge a obstipação.

Associado a esta, e tendo em conta que não obstante à lesão cerebral, o peristaltismo intestinal continua, pelo que, o material fecal ao chegar ao reto e considerando que o doente é incapaz de inibir o impulso ou reflexo de evacuar, a incontinência fecal acontece (Kottke *et al.*, 1984, *apud* Marques, 2007).

A incontinência urinária após o AVC surge entre 32 e 79% dos casos (Marinkovic e Badlani, 2001 citados por Menoita *et al.*, 2012). Tem um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas e, como tal apresenta-se com consequência avassaladoras pela marginalização do convívio social e frustrações psicossociais (Branco, 2009). Esta ideia é corroborada por Costa (2003) que afirma que de um modo geral a incontinência provoca fortes sentimentos de vergonha, constrangimento e dependência.

No doente com AVC, numa fase aguda, o doente pode apresentar uma bexiga neurogénica desinibida (Hoeman, 2000), caracterizada pela capacidade vesical normal ou diminuída, com ausência do controlo voluntário da micção (Leal, 2001).

Burney *et al.* (1996) *apud* Menoita *et al.* (2012) referem ainda que, numa fase inicial a pessoa pode apresentar retenção urinária, devido à abolição do tónus dos músculos da bexiga.

Para a promoção da eliminação intestinal eficaz é fundamental promover a privacidade, o conforto da pessoa e o ambiente calmo. Assim, deve ser estabelecida uma hora para a pessoa evacuar, de preferência o mesmo horário que a pessoa tinha antes do AVC (DGS, 2010 citada por Menoita *et al.*, 2012).

Segundo os autores, é aconselhável que a pessoa recorra igualmente a manobras de estimulação intestinal tais como: aproveitar o reflexo gastro-cólico, massajar a zona abdominal na direção do fluxo intestinal; proporcionando o esvaziamento intestinal aplicando supositório ou clister e, colocar corretamente a arrastadeira por forma a facilitar o processo de defecação (isto é, com o tronco inclinado anteriormente).

Para Hoeman (2000), o tratamento de problemas relacionados com a eliminação vesical são parte integrante dos cuidados de reabilitação, pelo que Smeltzer e Bare (2002) acrescentam que é possível recuperar o controle urinário rapidamente. Já para Leal (2001), a reeducação vesical é mais complexa que a intestinal, embora com êxitos mais frequentes.

Numa fase inicial e, em caso de retenção urinária Menoita *et al.* (2012) referem que os doentes devem ser algaliados, mas logo que haja melhoria da situação clínica deve proceder-se à desalgaliação e recorrer-se à algaliação intermitente.

Para Branco (2009) na abordagem da pessoa com AVC e incontinente torna-se primordial recorrer a técnicas de reeducação perineal, com destaque para o treino vesical.

O fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico têm mostrado igualmente benefícios e Hoeman (2000) considera que estes exercícios melhoram a resistência da uretra, aumentam o suporte muscular das estruturas pélvicas e fortalecem a musculatura, tanto peri-uretral quanto pélvica.

Alterações psicológicas e comportamentais

Depois da ocorrência de um AVC, muitos dos doentes sentem medo, ansiedade, frustração, raiva, tristeza e uma enorme mágoa pelas suas perdas físicas e psicológicas, sentimentos esses que representam até certo nível uma resposta normal ao trauma psicológico do evento. Por outro lado, a própria lesão de estruturas cerebrais também pode contribuir e ser responsável por algumas das alterações emocionais e de personalidade (Eastwood *et al.*, 1989 *apud* Silva, 2010).

Segundo o que é referido por Silva (2010), a depressão representa o distúrbio emocional mais comumente vivenciado tendo sido descrita em até 1/3 dos doentes de AVC, surgindo como um sentimento de falta de esperança que impossibilita ao indivíduo as condições necessárias para funcionar.

Cancela (2008) complementa que a labilidade emocional é geralmente encontrada nos casos de hemiplegia. O indivíduo apresenta emoções instáveis, sendo capaz de inibir a expressão das emoções espontâneas, que rapidamente alteram o seu comportamento emocional sem qualquer razão aparente.

Os indivíduos com lesão no hemicorpo esquerdo e direito diferem amplamente nos seus efeitos comportamentais. Os indivíduos com lesão do hemicorpo direito, tem um comportamento lento, são muito cuidadosos, incertos e inseguros, logo, ao desempenharem tarefas estes se apresentam ansiosos e hesitantes, exigindo frequentemente “feedback” e apoio. Eles também tendem a ser realistas na avaliação dos próprios problemas (*ibidem*).

A distratibilidade, irritabilidade, impulsividade, sonolência, anasagnosia e problemas sexuais, nos quais se incluem a disfunção erétil, a perda de interesse sexual ou o comportamento sexual inadequado, são igualmente problemas comportamentais associados ao AVC e com impacto devastador no estado emocional da pessoa afetada (Martins, 2006 a)).

Relativamente aos aspetos psicológicos e comportamentais, Oliveira (2000) defende que a motivação é o processo que mobiliza a pessoa para a ação, pelo que se torna fundamental motivar a pessoa para o programa instituído, fazendo-a sentir-se com vontade de participar.

Defende ainda que ao estimular a auto-confiança e auto-estima nas pessoas com AVC é possível melhorar o auto-cuidado e a motivação e esta, por sua vez diminui a depressão, a ansiedade, o isolamento social, melhorando a qualidade de vida da pessoa.

Deste modo, Menoita *et al.* (2012) fazem referência a um ambiente terapêutico e relaxado e ao estabelecimento de uma relação de confiança, onde a confidencialidade, a segurança, partilha e o reforço positivo se tornem basilares.

Terminado este capítulo é dada por concluída a primeira parte deste documento, relativa ao enquadramento teórico do estudo realizado. Seguidamente será apresentada a segunda parte do documento, relativa ao enquadramento metodológico,

a qual se encontra dividida em dois capítulos principais. São estes a metodologia e a apresentação, análise e discussão dos resultados.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

Neste capítulo pretende-se clarificar o que impulsionou a autora à realização do estudo, bem como o objetivo do mesmo, as questões de investigação e hipóteses. É ainda propósito esclarecer o tipo de estudo, a população alvo e o tipo de amostra selecionada, bem como descrever de que forma foi realizada toda a colheita de dados e quais as variáveis em estudo. Por fim, são apresentadas as opções estatísticas para o tratamento dos dados e os princípios éticos considerados.

1 – DA PROBLEMÁTICA AO OBJETIVO DO ESTUDO

Os AVC's são uma causa comum de morbidade e mortalidade na Europa, sendo a principal causa de morte em Portugal, ao mesmo tempo que constituem a principal causa de internamento nos serviços de medicina.

A mortalidade no caso do AVC é elevada e os que sobrevivem vêm-se sujeitos a um certo grau de incapacidade e tornam-se um enorme peso para a pessoa, família e sociedade.

Uma assistência favorável por parte dos profissionais que atendem doentes com AVC pressupõe profissionais com prática especializada, baseada em conhecimentos científicos específicos, no sentido de permitir melhores resultados terapêuticos.

Tendo em conta que os cuidados da enfermagem de reabilitação não têm sido valorizados tanto quanto seria desejável e aconselhável e, perante a proporção de pessoas incapacitadas após AVC, há necessidade de equacionar as novas abordagens ao problema, que passam essencialmente por melhores cuidados durante o internamento, no sentido de assegurar uma melhor qualidade de vida a estes doentes.

Deste modo, a problemática em estudo teve a sua génese nas inquietudes percebidas, vividas ou testemunhadas, ao longo do percurso profissional da autora. Surge, portanto, a necessidade de entender se as intervenções específicas realizadas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação influenciam de forma positiva a evolução da independência funcional dos doentes após um AVC.

Depois de formulado o problema, o investigador define o objetivo, no sentido de precisar a direção que entende dar à investigação (Fortin, Côté e Filion, 2009). Com efeito, identificar os contributos que os cuidados do enfermeiro de reabilitação têm, no âmbito da evolução da independência funcional dos doentes após o AVC, internados no serviço de medicina interna do HDFF, EPE, torna-se o objetivo do presente trabalho.

2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESE

No sentido de clarificar o caminho da investigação e compreender a problemática em estudo, formulou-se a seguinte questão de partida: Será que os cuidados do enfermeiro de reabilitação contribuem para a melhoria da independência funcional dos doentes após AVC?

A hipótese proposta para este estudo é a seguinte:

- Os doentes após AVC que recebem intervenção do enfermeiro de reabilitação, têm ganhos em termos de independência funcional, às 72h e no momento da alta, comparativamente com aqueles que não estão sujeitos a essa intervenção.

3 – TIPO DE ESTUDO

Atendendo às características e ao objetivo do estudo, a opção metodológica recai sobre a abordagem quantitativa, uma vez que no decurso da definição do objeto de estudo e da construção do desenho da investigação, se tornou evidente que o objetivo principal desta investigação será identificar as implicações dos cuidados do enfermeiro de reabilitação na evolução da independência funcional dos doentes pós AVC, mediante aplicação da escala MIF, ao grupo controlo e, após implementação de um programa de reabilitação, ao grupo experimental.

A abordagem quantitativa em investigação tem as suas raízes nas ciências físicas e assenta no paradigma positivista. Implica que a verdade seja absoluta e que os factos e os princípios existam, independentemente dos contextos históricos e sociais (Norwood, 2000 *apud* Fortin, Côté e Filion, 2009).

Na mesma linha de pensamento, é acrescentado que se algo existe, é passível de ser medido, pelo que segundo os investigadores quantitativos, para que seja possível compreender completamente um fenómeno é necessário e fundamental decompô-lo nos elementos que o constituem e identificar a relação entre eles, ao invés de os considerar na sua totalidade. O paradigma está orientado para que os resultados se possam generalizar.

Polit, Beck e Hungler (2004) clarificam esta questão ao afirmarem que num estudo quantitativo, o pesquisador parte de uma questão e dirige-se para o ponto final que é a obtenção de uma resposta, completando uma sequência lógica de passos que é muito similar em todos os estudos.

Dos tipos de investigação quantitativa, Fortin, Côté e Filion (2009) fazem referência à investigação descritiva, à investigação correlacional e à investigação experimental.

Englobado nos estudos experimental, os desenhos de investigação do tipo quase-experimental distinguem-se destes pelo facto de não satisfazerem todas as exigências do controlo experimental. O que têm em comum é que ambos os estudos comportam a manipulação de uma variável. O primeiro, todavia, difere do segundo pela ausência

de grupo de controlo ou da repartição aleatória (Robert, 1998 *apud* Fortin, Côté e Fillion, 2009).

Neste estudo, o enfermeiro avalia a evolução da independência funcional ao longo do internamento num grupo de doentes com AVC e numa fase posterior implementa um programa de reabilitação junto de outro grupo doentes com AVC, e avalia igualmente a evolução da sua independência funcional.

Considerando estes factos e analisando Poli, Beck e Hungler (2004) pode-se entender que este estudo corresponde a um dos delineamentos quase-experimentais mais usados pelos pesquisadores em enfermagem. Trata-se de um delineamento do grupo de controle não-equivalente, uma vez que envolve um tratamento e dois grupos de sujeitos observados antes e depois da sua implementação. Difere dos estudos de natureza experimental já que os sujeitos não foram aleatoriamente distribuídos aos grupos, mas englobados nos mesmos de forma accidental.

Face ao exposto e a título de sintetização, realiza-se um estudo de natureza quantitativa, do tipo quase-experimental.

4 – POPULAÇÃO ALVO/AMOSTRA

A população alvo deste estudo corresponde a todos os utentes vítimas de AVC internados no serviço de medicina interna do HDFF, EPE durante o período definido para o estudo e que cumprissem os critérios de inclusão na amostra.

Deste modo, a amostra corresponde ao conjunto de doente com AVC que, no período de Fevereiro a Agosto de 2013, estiveram internados no serviço de medicina interna, independentemente do tempo de permanência no mesmo. Nas primeiras 72h de internamento todos os doentes que constituíram a amostra estiveram internados na unidade de AVC's daquele serviço, tendo posteriormente sido transferidos para outra cama do mesmo serviço.

Foram definidos como critérios de inclusão na amostra estar internado na unidade de AVC's do serviço de medicina interna do HDFF, EPE, a participação voluntária no mesmo e não ter doenças incapacitantes prévias. Consequentemente, como critério de exclusão da amostra ter uma pontuação na escala de Rankin superior a 3.

A versão da Escala de Rankin mais comumente utilizada é a Escala de Rankin modificada, constituída por 6 pontos de avaliação extremamente simples (Wilson *et al.*, 2002):

0. **Assintomático:** sem nenhuma incapacidade;
1. **Déficit não incapacitante:** capaz de realizar todas as tarefas anteriores ao AVC;
2. **Incapacidade ligeira:** incapaz de realizar algumas tarefas anteriores, mas independente nas atividades diárias;
3. **Incapacidade moderada:** sintomas que restringem significativamente o estilo de vida e/ou impedem uma independência completa nas atividades diárias;
4. **Incapacidade moderadamente grave:** doente claramente dependente, embora não necessite de ajuda em todas as atividades de vida diária;

5. Incapacidade grave: totalmente dependente, requerendo cuidados de terceiros.

A definição deste critério de exclusão teve como ponto de partida o pressuposto que doentes com uma pontuação na escala de Rankin igual ou superior a 4 apresentarem limitações motoras bastante significativas e que não estariam relacionadas com o AVC atual.

Tratou-se, portanto, de um tipo de amostragem não probabilística, do tipo acidental, que corresponde a 60 doentes vítimas AVC internados no serviço de medicina interna do HDFF, EPE (30 doentes para o grupo controlo e 30 doentes para a grupo experimental) durante o período definido para a realização do estudo.

5 – COLHEITA DE DADOS

A investigação, conforme já referido anteriormente é suscetível de tratar uma variedade de fenómenos. Contudo, para que isso seja possível é necessário que tenha ao seu dispor diferentes instrumentos de medida (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

Os dados podem ser colhidos de diversas formas, pelo que cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor se adegue ao objetivo do seu estudo, às suas questões de investigação e às suas hipóteses (*Ibidem*).

Poli, Beck e Hungler (2004) reforçam que sem os métodos apropriados de colheita de dados, a validade das conclusões da pesquisa é facilmente colocada à prova.

5.1 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A recolha de dados decorreu mediante o recurso a um instrumento de colheita de dados (APÊNDICE I) tendo como suporte questionários e escalas, obedecendo à seguinte sequência:

- Questionário de caracterização sociodemográfica;
- Questionário de caracterização clínica;
- Escala de Medida de Independência funcional – (MIF).

Questionário de caracterização sociodemográfica:

Este questionário foi construído tendo por base a consulta de bibliografia e como finalidade recolher informações relevante para a caracterização sociodemográfica dos doentes com AVC. É constituído por 6 questões, sendo 4 fechadas e 2 abertas. Encontra-se dividido em alíneas acerca da idade, género, estado civil, escolaridade, profissão e agregado familiar.

Engloba-se ainda nesta parte, informação relativa ao destino do doente após a alta e a necessidade de alguma sessão formal de ensinamentos ao doente e/ou família antes da alta.

O seu preenchimento foi realizado pelo enfermeiro mediante questionário ao doente e/ou familiar de forma individual.

Questionário de caracterização Clínica:

Este questionário foi construído com a finalidade de recolher informações relevante para a caracterização clínica dos doentes com AVC. É constituído por 9 questões, sendo 7 fechadas e 2 abertas. Encontra-se dividido em alíneas acerca dos antecedentes pessoais; fatores de risco identificados; tipo de AVC, território afetado, primeiro AVC, intercorrências durante o internamento; força muscular; défices cognitivos, emocionais e de comunicação.

No sentido de ir ao encontro dos pressupostos para a realização do presente estudo incluiu-se no questionário de caracterização clínica a aplicar da escala de Rankin, uma vez que a pontuação obtida constituía critério de exclusão da amostra.

A Escala de Rankin tem ampla aceitação como avaliação de medida de resultado funcional. A versão da escala mais comumente utilizada é a Escala de Rankin modificada, constituída por 6 pontos de avaliação extremamente simples e que incluem as limitações da atividade e mudança de estilo de vida. Contudo, as descrições dadas para as categorias desta escala são amplas e abertas e de interpretação subjetiva, deixando ao avaliador a possibilidade de aplicar a escala de forma impressionista (Wilson *et al.*, 2002).

Todavia, uma vez que neste estudo o recurso à mesma tem apenas como finalidade a inclusão do indivíduo na amostra a ser estudada, considera-se a simplicidade da sua aplicação uma mais valia para o estudo.

O preenchimento deste questionário foi realizado pelo enfermeiro mediante observação do doente e consulta do diário clínico.

Escala de Medida de Independência funcional – (MIF)

A MIF foi desenvolvida pela Research Foundation, State University of New York, em 1990, no âmbito de um programa conjunto da Academia Americana de Medicina Física

e Reabilitação e do Congresso Americano de Medicina de Reabilitação (Research foudation state university of new york, 1990).

Historicamente, importa referir que em 1983 foi constituído um grupo de trabalho encarregue de desenvolver um sistema uniformizado de dados para a reabilitação médica cujo principal objetivo era documentar a severidade da incapacidade de um doente e de traduzir os resultados conseguido com um tratamento de reabilitação (Lains, 1991 e Ottenbacheret *al.*, 1996 *apud* Borges, 2006). Este grupo de trabalho, depois de rever diversos instrumentos de avaliação funcional, selecionou os itens mais comuns e úteis para a avaliação funcional e definiu níveis que permitissem determinar a severidade da incapacidade de forma fiável e uniforme. Deste trabalho emergiu a MIF que, numa escala de sete níveis avalia os autocuidados, o controlo de esfíncteres, a mobilidade, a locomoção, a comunicação e a cognição (Research foudation state university of new york, 1990).

De acordo com dados do mesmo documento, com o objetivo de testar a validade e a reprodutividade da mesma, foi efetuado a partir de 1984 um estudo piloto de implementação e ensaio, tendo-se provando que é válida e fiável.

Traduzida para Português por Jorge Laíns em 1991, encontra-se disponível no Guia para o uso do Sistema Uniformizado de dados para Reabilitação Médica, que descreve de que forma surgiu a escala e os procedimentos detalhados para a sua correta utilização.

Discutindo a validação e confiança da escala MIF, Borges (2006) faz referência a Ottenbacheret *al.* (1996) e ao procedimento de meta-análise em onze estudos que estes utilizaram, após o qual concluíram que a escala MIF demonstrou confiança e validade em ampla variedade de doentes. Nesse sentido, outros pesquisadores ampliaram e apontaram adaptações para o uso da mesma.

Segundo Kelly-Hayes (2000) a MIF é usada por permitir comprovar ganhos em independência funcional. O instrumento pode ser gerido por aqueles que exerçam reabilitação ou que certifiquem os requisitos necessários para a sua utilização.

A MIF foi escolhida por ser uma medida que atende a critérios de fiabilidade, validade, precisão, praticabilidade e facilidade.

Esta escala também é considerada uma das melhores para avaliar a incapacidade funcional no momento, apresentando grande sensibilidade às mudanças (Guzzo, 2008 *apud* Menoita *et al.*, 2012).

Além do mais, a MIF mede a incapacidade e não a deficiência, tendo por isso como objetivo medir o que o indivíduo com incapacidade faz na realidade, não aquilo que ele deveria ou poderia fazer em circunstâncias diferentes. Contribuiu igualmente para a sua escolha o facto de avaliar não só o componente motor, mas também o componente cognitivo e a sua grande aceitação na literatura internacional.

A MIF verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas repartidas, conforme já referido, em seis dimensões (Research foundation state university of new york, 1990):

➤ **Autocuidados:**

- 6. Alimentação:** utensílios necessários para levar os alimentos à boca, mastigar e engolir a refeição já devidamente preparada;
- 7. Higiene pessoal:** cuidados de apresentação e aparência - escovar os dentes, pentear os cabelos, lavar as mãos e o rosto, fazer a barba ou maquilhagem;
- 8. Banho (limpeza do corpo):** lavar, enxaguar e secar o corpo (exceto as costas) em segurança;
- 9. Vestir a metade superior do corpo:** colocar e tirar roupa (prótese ou ortótese) da cintura para cima;
- 10. Vestir a metade inferior do corpo:** colocar e tirar roupa (prótese ou ortótese) da cintura para baixo;
- 11. Uso do sanitário:** realizar a higiene perineal e o despir e vestir a roupa antes e depois da utilização da sanita;

➤ **Controlo dos esfínteres:**

- 12. Controlo de Urina:** controlo completo e intencional da diurese e a utilização dos equipamentos ou dos meios necessários ao controlo vesical;
- 13. Controlo das fezes:** controlo completo e intencional da defecação e a utilização dos equipamentos ou dos meios necessários à defecação;

➤ **Mobilidade:**

14. Transferências - leito/cadeira/cadeira de rodas: todos os aspetos de uma transferência de e para o leito, a cadeira, ou a cadeira de rodas; ou então a passagem de uma posição de pé se a marcha é um modo típico de locomoção, e vice-versa;

15. Transferências - sanita: passar para a sanita e vice-versa;

16. Transferências - banheira/chuveiro: entrar e sair da banheira e/ou chuveiro;

➤ **Locomoção:**

17. Locomoção: andar a partir da posição de pé, ou utilizar uma cadeira de rodas, uma vez sentado, num piso plano;

18. Locomoção - escadas: subir e descer 12 a 14 degraus em ambiente interior;

➤ **Cognitivos - comunicação:**

19. Compreensão: compreensão de uma comunicação visual ou auditiva;

20. Expressão: a expressão clara da linguagem verbal e não verbal, isto é, a expressão da informação linguística verbal ou gráfica (usando a escrita ou outro tipo de sistema de comunicação) com sentido e dramaticamente apropriado e exato;

➤ **Cognitivos - cognição social:**

21. Interação social: o desempenho, a maneira como a pessoa lida com as suas próprias necessidades e em simultâneo com as dos outros;

22. Resolução de problemas da vida quotidiana: a tomada de decisão seguras, adaptadas ao momento acerca das tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento, a auto-correção das tarefas e atividades para a resolução desses problemas;

23. Memória: capacidade para recordar e lembrança durante a vida corrente, a capacidade para armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal e social.

Para cada um destes sub-itens o score varia de 1 a 7:

- **1 - Ajuda total:** assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos de 25% do esforço necessário para realizar a tarefa;
- **2 - Ajuda máxima:** utiliza menos que 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total;
- **3 - Ajuda moderada:** necessita de uma moderada quantidade de assistência, mais do que o simples tocar (realiza 50% do esforço necessário na tarefa);
- **4 - Ajuda mínima:** necessita de uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa);
- **5 - Supervisão, orientação ou preparação:** o sujeito necessita de supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contato ou ajuda. É somente para preparo da tarefa quando necessário;
- **6 - Independência moderada:** capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza-a de forma segura e totalmente independente;
- **7 - Independência completa:** toda a tarefa que envolve uma atividade é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável.

A pontuação final possível varia entre 18 e 126, sendo que o primeiro corresponde à dependência com ajuda total e o segundo à independência completa.

Segundo Oliveira e Candeias (2000), são atribuídos níveis de função a partir da pontuação total obtida em cada uma das dimensões consideradas na MIF, sendo que os indivíduos atingem:

- Nível de independência com uma pontuação entre [108 e 126],
- Nível de dependência modificada com uma pontuação entre [54 e 108],
- Nível de dependência completa com valores compreendidos entre [18 e os 54].

A MIF é, portanto, o mais amplo instrumento para medir a capacidade funcional. É um instrumento recente, preciso e universal para avaliar as funções superiores, sendo um indicador base da importância da incapacidade, que pode ser modificada durante a

reeducação/readaptação. Logo, as modificações da MIF demonstram os efeitos ou resultados do programa de reabilitação.

A aplicação da escala ficou a cargo da investigadora e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação do serviço, tendo ocorrido de acordo com a disponibilidade de cada um e sem definição prévia de quem a aplicaria.

De destacar que Riberto *et al.* (2001) num artigo sobre a reprodutividade da versão brasileira da MIF concluem que esta apresenta boa reprodutividade interobservadores.

5.1.1 - Características psicométricas da Escala de Medida de Independência Funcional

Embora se verifique que a escala MIF tem sido largamente utilizada em dissertações e teses de mestrado e doutoramento, considerou-se ser uma mais valia para este trabalho fazer uma análise mais detalhada relativa às características psicométricas da mesma.

Trata-se de uma escala do tipo Likert, com 18 itens, pontuados de 1 a 7, sendo que quanto mais elevadas as pontuações maior o grau de independência funcional.

Para que qualquer medição seja precisa é essencial que, primeiro, meça o que se pretende medir e não outro espectro diferente ou parecido (esta característica designa-se *validade*), e segundo, que se a medição for repetida, nas mesmas condições e com os mesmos respondentes, o resultado obtido seja idêntico (esta característica designa-se *fidelidade*).

A inspeção da **validade** dos itens da MIF foi feita do seguinte modo:

- Inspeção da correlação de cada item com a escala total. Este procedimento indica-nos se cada parte se subordina ao todo, isto é, se cada item se define como um bom operante do constructo geral que pretende medir (Streiner e Norman, 1989; Vaz-Serra, 1994). De acordo com os critérios apontados por estes autores as correlações devem ser superiores a 0,20.

Pela análise da tabela 1, pode-se verificar que o valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala a que pertence quando esta não contém o item) é de

0,59 (Item n.º 16). Logo, todos os itens apresentam correlações superiores a 0,20, o que nos leva a optar por manter todos os itens da escala.

O estudo da **fidelidade** foi realizado de acordo com os seguintes critérios:

- Determinação do coeficiente Alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo excluídos, um a um. A determinação do coeficiente Alfa de Cronbach de todos os itens é uma medida da consistência global, tanto melhor quanto mais elevada a nota obtida. Segundo alguns autores, entre os quais Pais Ribeiro (1999) e Hill e Hill (2000), uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número muito baixo de itens. Seguindo estes critérios, mantivemos 18 itens da escala original.

A tabela 1, mostra a fidelidade avaliada através da consistência interna de cada um dos itens e da escala total.

Os valores de α obtidos variam entre 0,975 e 0,978 para os itens individualmente, sendo de 0,977 para o total da escala. Verifica-se que, na maioria dos casos o valor do Alfa de Cronbach para o total da escala desce quando os itens são excluídos, e que nos restantes casos se mantém, o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da escala.

Tabela 1 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da escala MIF

Itens	Descrição	Limites	M	DP	alpha total sem o item	alpha de Cronbach quando o item é excluído
1	Alimentação	1-7	5.18	1.77	0.842	0.976
2	Higiene pessoal	1-7	4.42	2.10	0.929	0.975
3	Banho	1-7	4.27	1.95	0.924	0.975
4	Vestir a metade superior do corpo	1-7	4.30	2.15	0.902	0.975
5	Vestir da metade inferior do corpo	1-7	3.65	2.21	0.897	0.975
6	Utilização da sanita		3.85	2.32	0.889	0.975
7	Controlo vesical	1-7	5.25	2.20	0.863	0.976
8	Controlo intestinal	1-7	5.27	2.19	0.847	0.976
9	Transferências: leito; cadeira; cadeira de rodas	1-7	4.85	1.77	0.943	0.975
10	Transferências: sanita	1-7	4.70	1.97	0.927	0.975
11	Transferências: banheira; duche	1-7	4.62	2.05	0.933	0.975
12	Deambulação na horizontal/cadeira de rodas	1-7	4.15	2.16	0.838	0.976
13	Escadas	1-7	3.02	2.28	0.757	0.977
14	Compreensão	1-7	6.10	1.33	0.720	0.977
15	Expressão	1-7	5.75	1.74	0.593	0.978
16	Interação social	1-7	5.88	1.55	0.757	0.977
17	Resolução de problemas da vida quotidiana	1-7	4.27	2.48	0.770	0.977
18	Memória	1-7	5.83	1.58	0.694	0.977
Escala Total		18-126	85.35	30.80		0.977

A análise dos resultados encontrados leva-nos a concluir que a MIF apresenta boas características psicométricas. A consistência interna revelou um Alfa de Cronbach

elevado (0,977) e superior ao referido por Dodds *et al.* (1993) num estudo realizado com 11.102 doentes em reabilitação do Noroeste do Pacífico, no qual a consistência interna da MIF revelou um Alfa de Cronbach de 0,93.

5.2 - APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE

O pré-teste visa a aplicação antecipada do instrumento de colheita de dados a um grupo que apresenta as mesmas características da amostra selecionada para o estudo e é, de acordo com Fortin, Côté e Filion (2009) uma etapa indispensável, uma vez que permite descobrir os defeitos do questionário e assim permitir as correções que se impõem.

No sentido de dar cumprimento aos requisitos, o pré-teste foi aplicado a 3 doentes internados na unidade de AVC do serviço de medicina interna do HDFF, EPE, com dois propósitos distintos. Por um lado visou aferir e identificar possíveis constrangimentos à aplicação do questionário à população definida, bem como o tempo previsto para o seu preenchimento e, por outro lado permitiu que a aplicação da MIF fosse feita a cada um dos doentes pelos dois avaliadores de forma independente, servindo como treino para a aplicação da mesma. Este último aspeto mostrou-se relevante uma vez que durante o estudo a aplicação da MIF não foi exclusiva da investigadora, mas contou com a colaboração do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação do serviço.

Da análise não houve necessidade de alterações do questionário.

5.3 - PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

A enfermagem de reabilitação recorre-se de intervenções diversificadas, sendo que essas intervenções variam de acordo com os diagnósticos de enfermagem estabelecidos e o nível de incapacidade do doente.

Segundo a OMS (2003), não há duas pessoas iguais, pelo que as habilidades do doente devem ser avaliadas e reavaliadas oferecendo um tratamento de acordo com os achados.

Assim sendo, e como referido anteriormente o grupo de controlo não esteve sujeito a qualquer intervenção do enfermeiro de reabilitação, todavia na fase experimental deste estudo, os doentes estiveram sujeito a um conjunto de intervenções específicas do enfermeiro de reabilitação.

O ênfase do plano de reabilitação variou de acordo com os problemas específicos encontrados. Após identificadas as necessidade de cuidados de reabilitação de cada um dos doentes do grupo experimental foram definidas as intervenções consideradas pertinentes para cada doente em particular, no sentido de dar resposta aos problemas encontrados, tendo por base o programa de reabilitação pré definido.

Sem descurar a particularidade e individualidade da cada um dos elementos do grupo experimental, os elementos essenciais da intervenção do enfermeiro de reabilitação cumpriram o seguinte formato:

Quadro 1 – Programa de reabilitação

Alterações identificadas	Atividades realizadas
Alterações da mobilidade	– posicionamentos em padrão anti-espástico 2/2 horas (na posição deitada ou sentada); – mobilizações passivas, ativas assistidas e/ou ativas resistidas; – ensino e incentivo às auto-mobilizações; – abordagens ao doente pelo lado afetado; – exercícios facilitação cruzada; – exercícios da ponte; – rolamentos no leito e/ou exercícios de rotação controlada da anca;

	– treino carga com o cotovelo; – treino da técnica de levantar; – levantar precoce; – exercícios de equilíbrio estático e dinâmico; – técnica de transferências; – treino para ficar de pé / exercícios de preparação para a marcha; – treino de marcha; – treino de motricidade fina; – treino da sensibilidade (diferentes texturas); – treino das AVD's (higiene, comer, vestir-se, tomar banho,...).
Alterações visuais	– abordar o doente pelo lado afetado; – colocar objetos pessoais (mesa de cabeceira) do lado afetado.
Alterações da comunicação	– promover um ambiente calmo; – comunicar com o doente dentro do seu campo visual; – dar tempo ao doente para processar a informação; – abordar o doente com uma ideia única e curta; – recorrer a estratégias de comunicação (mímica, gestos, escrita, imagens e códigos); – treino da fonação reflexo (com bocejos e risos); – realizar exercícios de reeducação da musculatura facial.

Alterações das funções cognitivas	– realizar TOR (orientar pessoa tempo e espaço, treino da repetição contínua de dados reais, promover informação real e atual); – envolver a família.
Alterações da deglutição	– realizar teste disfagia; – permitir alimentos de textura adequada à condição do doente; – incentivar movimentos da língua e da deglutição; – reabilitação da parésia facial.
Alterações do padrão de eliminação vesical e intestinal	– promover conforto, privacidade e ambiente calmo; – estabelecer uma hora para evacuar; – realizar manobras de estimulação intestinal: aproveitar reflexo gastro-cólico, realizar massagem zona abdominal, aplicar clister quando necessário; – colocar corretamente a arrastadeira; – realizar treino vesical; – executar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica.
Alterações psicológicas e comportamentais	– motivar a pessoa para participar nas atividades; – estímulo da auto-confiança e da auto-estima; – promoção de um ambiente terapêutico e relaxado; – estabelecer relação terapêutica e de confiança.

5.4 - PROCEDIMENTOS PARA A COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada no serviço de medicina interna no HDFF, EPE, entre Fevereiro e Agosto de 2013.

Após aplicação de Escala de Rankin e considerados os critérios de inclusão na amostra procedeu-se à aplicação do instrumento de colheita de dados, sendo que a aplicação da MIF ocorreu em 3 momentos distintos: na admissão do doente no serviço, passadas 72 horas e no momento da alta.

Para a consecução deste estudo, foram estruturados dois momentos distintos para a colheita de dados. Numa primeira fase colheram-se os dados relativos ao grupo de controlo e numa segunda fase relativos ao grupo experimental.

Após um levantamento junto do secretariado do serviço de medicina interna do HDFF,EPE foi possível constatar que no ano de 2012 estiveram internados na unidade de AVC do mesmo cerca de 160 doentes. Deste modo e, considerando que se pretendia uma amostra aproximada de 30 doente para cada um dos grupos, foi definido que a partir de Fevereiro de 2013 iriam ser colhidos os dados relativos ao grupo de controlo e que, atingida uma amostra de 30 seria iniciada a colheita de dados correspondente ao grupo experimental, isto é, com a implementação de um programa de reabilitação a cada um dos doentes pertencentes à amostra.

O programa de reabilitação a que foi sujeito o grupo experimental assentou num conjunto de intervenções do enfermeiro de reabilitação, previamente definidas e ajustadas ao doente em função da avaliação efetuada e da sua situação clínica. Essas intervenções tiveram na sua base o programa de reabilitação anteriormente apresentado, mas foram ajustadas individualmente a cada doente em função das suas necessidades. As sessões decorreram ao longo dos 7 dias da semana, no turno das 8 às 16h e foram levadas a cabo pela autora e pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação do serviço. Previamente foi discutido o plano de intervenção para cada um dos doentes de forma individual e ajustado diariamente de acordo com as alterações consideradas no momento.

A aplicação da MIF foi, como já anteriormente referido, realizada pela investigadora e pelo enfermeiro especialista do serviço de acordo com a disponibilidade de cada um.

6 – VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis são as unidades de base da investigação e correspondem a qualidades, propriedades ou características de pessoas, suscetíveis de mudar ou variar no tempo (Fortin, Côté e Filion, 2009).

As variáveis "tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados" (*ibidem*, p.171).

Conforme o objetivo e o desenho do estudo, a variável independente corresponde ao programa de reabilitação e a variável dependente, à evolução da independência funcional do doente após AVC.

Variável independente: a variável independente, intervenção de enfermagem de reabilitação, corresponde à implementação de um programa específico de reabilitação durante o internamento de um doente após AVC.

Variável dependente: a variável dependente tem em consideração o principal objetivo visado pelas intervenções do enfermeiro de reabilitação. Assim sendo, considera-se os contributos da intervenção da enfermagem de reabilitação na evolução da independência funcional do doente após AVC.

7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa estatístico IBM-SPSS versão 19.0.

A decisão dos designs estatísticos (paramétricos ou não paramétricos) a utilizar para o tratamento e análise de dados, adequaram-se em função dos seguintes critérios: o valor de simetria, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Skewness pelo erro padrão da medida. Se o valor obtido oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é simétrica, se for inferior a -2 , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se for superior a $+2$, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda, e o valor de achatamento, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Kurtosis pelo seu valor do erro padrão se o valor encontrado oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a $+2$, a distribuição é leptocúrtica (Pestana e Gajero, 2008).

A avaliação da aderência à normalidade (quadro 2) foi realizada através da utilização do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov (quando $p > 0,05$ as variáveis em estudo possuem uma distribuição normal).

A leitura dos coeficientes de simetria e achatamento (curtose), permitiu constatar que as distribuições são assimétricas e leptocúrticas, para todas as dimensões e para o global da escala. Esta análise e mediante os valores encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correcção de Lilliefors ($p < 0,05$), associado a dimensão da amostra ($n=60$), permitiu concluir que a amostra segue uma distribuição muito diferente da normal, assim elegemos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos não paramétricos.

Foram aplicadas como medidas descritivas: estatísticas de frequência (absolutas e relativas), medidas de localização ($\bar{x}$ (média), M_o (moda) de M_d (mediana)), medidas de dispersão (DP (desvio padrão), CV (coeficiente de variação), $Min.$ (mínimo) e $Máx.$ (máximo)) e o coeficiente “alpha” de Cronbach. Foi aplicado o seguinte teste: Mann-

Whitney (variável nominal dicotômica em três ou mais grupos de sujeitos/variável intervalar).

A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de $\alpha=0,05$ com um intervalo de confiança de 95%. Como critérios na testagem de hipóteses estatísticas definiram-se: para um α significativo ($p \leq 0,05$) observam-se diferenças/associações entre os grupos. Para um $p > 0,05$ não se observam diferenças/associações significativas entre os grupos.

Quadro 2 – Resultados do teste de normalidade para a escala MIF

Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)	<i>Kolmogorov-Smirnova</i>	Nível de Significância
Autocuidados	0.142	0.004
Esfíncteres	0.266	0.000
Mobilidade	0.214	0.000
Locomoção	0.164	0.000
Comunicação	0.232	0.000
Cognição Social	0.207	0.000
Total MIF	0.121	0.030

a. Lilliefors Significance Correction

8 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Tendo em conta que a investigação do âmbito da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas têm, inevitavelmente, de ser consideradas desde o início da investigação (Fortin, Côté e Fillion, 2009).

Martins (2008) reforça ao afirmar que toda a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Assim, "desde a seleção do problema até à publicação dos resultados, o investigador tem um longo caminho a percorrer, podendo ser de grande importância alguns aspetos que, à primeira vista, são de pormenor" (p.62).

Durante a realização deste trabalho de investigação foram tidos em atenção todos os princípios éticos e, ao longo de todas as fases do processo, procurou-se assegurar todos os direitos das pessoas envolvidas. Neste sentido, foram contemplados os seguintes pressupostos:

- Solicitação do parecer à comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC) (ANEXO II). Para Martins (2008) o enfermeiro investigador tem de discernir sobre os atos que pode ou não praticar, já que são eles que balizam os limites da ação. Deve, por isso, ter uma consciência ética bem formada e a humildade de pedir a apreciação do seu projeto de investigação a uma Comissão de Ética;
- Obtenção de autorização para a colheita de dados no HDFF, EPE (Anexo I);
- Obtenção do consentimento informado de todos os participantes no estudo (Apêndice II), após o devido esclarecimento do propósito do mesmo.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), o consentimento significa que os participantes são detentores da informação adequada relativamente à pesquisa, podendo decidir se participam nela voluntariamente ou não.

Neste estudo, sempre que o doente não compreendia a informação fornecido ou não tinha capacidade para assinar o formulário de consentimento, recorria-se ao familiar ou responsável direto do mesmo;

- Promoção da confidencialidade dos participantes em todo o processo;
- Garantia de privacidade e anonimato dos dados colhidos;
- Isenção e autenticidade na análise e tratamento dos dados e na apresentação das conclusões.

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo tem como principais objetivos, por um lado descrever a informação obtida através do recurso a métodos estatísticos que permitam descrever, clarificar e interpretar os dados colhidos e, por outro lado analisar a presença de relações entre as variáveis e fazer uma comparação entre os resultados obtidos neste estudo, com outros previamente realizados.

1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste ponto do trabalho procede-se à apresentação e análise dos resultados obtidos com a aplicação do instrumento de colheita de dados, processo decorrente do tratamento estatístico efetuado.

Seguindo a estrutura geral do instrumento de colheita de dados, optou-se por apresentar em primeiro lugar a amostra nas suas características socio-demográfica e clínicas, com base na estatística descritiva. E, de seguida, apresentar a análise decorrente da estatística inferencial. Com o objetivo de facilitar a leitura e análise dos resultados, estes são apresentados em tabelas, acompanhados de descrições sucintas que realçam os aspetos mais relevantes.

1.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 60 doentes vítimas de AVC internados no serviço de medicina interna do HDFF, E.P.E.

Os doentes dividem-se por dois grupos de 30 indivíduos cada, que são:

- Grupo 1 – Controlo (Cont.);
- Grupo 2 – Experimental (Exp.) - doentes que após o AVC receberam intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Tabela 2 – Distribuição dos doentes segundo o grupo

Grupo Doentes	n	%
Controlo	30	50,0
Experimental	30	50,0
Total	60	100,0

Para a apresentação dos dados referentes à idade os grupos etários foram construídos tendo por base as frequências absolutas (grupos homogêneos por frequência absoluta).

A média de idades nos doentes do grupo de controlo foi de $75,7 \pm 11,6$ anos sendo o mínimo de 39 anos e o máximo de 89 anos. No grupo experimental a média de idades dos doentes foi de $75,27 \pm 13,14$, tendo a idade oscilado entre um mínimo de 45 e um máximo de 93 anos.

Tabela 3 – Estatística descritiva da idade dos doentes segundo o grupo

Idade	$\bar{X}$	DP	Md	Mo	CV	Mín.	Max.
Controlo	75,70	11,60	79	81	15,32	39	89
Experimental	75,27	13,14	80	81	17,45	45	93

A maior parte (46,7%) dos doentes em estudo tem idade igual ou superior a 81 anos, sendo a percentagem igual nos dois grupos, seguindo-se aqueles com idade compreendida entre os 61 e 80 anos (40,0% do grupo controlo e 36,7% do grupo experimental). Os 15,0% dos doentes em estudo tinham idade igual ou inferior a 60 anos (16,7% do grupo de estudo e 13,3% do grupo de controlo).

Tabela 4 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e a idade

Idade	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
≤ 40 Anos	1	3,3	-	0,0	1	1,7
41 - 60 Anos	3	10,0	5	16,7	8	13,3
61 - 80 Anos	12	40,0	11	36,7	23	38,3
≥ 81 Anos	14	46,7	14	46,7	28	46,7
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Verificamos que no que concerne ao sexo (tabela 5), a amostra é maioritariamente de mulheres (56,7%) sendo a percentagem igual nos dois grupos em estudo.

Tabela 5 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e o sexo

Sexo	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	13	43,3	13	43,3	26	43,3
Feminino	17	56,7	17	56,7	34	56,7
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Quanto à distribuição dos doentes segundo o estado civil, podemos verificar que 63,3% dos doentes do grupo experimental são casados descendo essa percentagem para 50,0% nos do grupo de controlo. De referir que a percentagem de viúvos é superior (46,7%) no grupo de controlo do que no experimental (36,7%). Apenas um doente é divorciado e nenhum solteiro.

Tabela 6 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e o estado civil

Estado Civil	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Casado	15	50,0	19	63,3	34	56,7
Viúvo	14	46,7	11	36,7	25	41,6
Divorciado	1	3,3	-	0,0	1	1,7
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

No que concerne a escolaridade dos doentes em estudo, uma primeira análise da tabela 7, permite constatar que a maior parte (48,3%) nunca frequentaram a escola, sendo metade dos doentes do grupo de controlo e 46,7% do experimental. Em

segundo lugar, surgem os doentes com o ensino primário (35,0%), sendo 30,0% do grupo de controlo e 40,0% do experimental. De referir que apenas 3,3% dos doentes tem formação superior, sendo a percentagem igual nos dois grupos. Por outro lado, 10,0% dos doentes do grupo experimental tem o ensino secundário sendo apenas 3,3% do grupo de controlo.

Tabela 7 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e a escolaridade

Escolaridade	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	15	50,0	14	46,7	29	48,3
Ensino Primário	9	30,0	12	40,0	21	35,0
Ensino Básico	4	13,3	-	0,0	4	6,7
Ensino Secundário	1	3,3	3	10,0	4	6,7
Ensino Superior	1	3,3	1	3,3	2	3,3
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Relativamente a situação profissional dos doentes em estudo (tabela 8), podemos verificar que a maioria (81,6%) são reformados (86,7% grupo controlo e 76,7% experimental). De referir que 20,0% dos doentes do grupo experimental se encontravam profissionalmente ativos, sendo essa percentagem de 13,3% no grupo de controlo.

Tabela 8 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e a situação profissional

Situação Profissional	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Empregado	4	13,3	6	20,0	10	16,7
Desempregado	-	0,0	1	3,3	1	1,7
Reformado	26	86,7	23	76,7	49	81,6
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Quando questionados os doentes em estudo acerca do seu agregado familiar (Tabela 9), a maior parte (43,4%) vive com o cônjuge, sendo a maioria (53,3%) dos doentes do grupo experimental e apenas 33,3% do grupo de controlo. De salientar, que 21,7% dos doentes vivem sozinhos e 15,0% vivem com os filhos (20,0% grupo controlo e 10,0% grupo experimental).

Tabela 9 - Distribuição dos doentes segundo o grupo e o agregado familiar

Agregado Familiar	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vive Só	8	26,7	5	16,7	13	21,7
Cônjuge	10	33,3	16	53,3	26	43,4
Pais	-	0,0	2	6,7	2	3,3
Filhos	6	20,0	3	10,0	9	15,0
Cônjuge e filhos	2	6,7	3	10,0	5	8,3
Lar de Idosos	4	13,3	1	3,3	5	8,3
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Através a análise da tabela 10, podemos constatar que metade dos doentes em estudo regressaram ao seu domicílio anterior após a alta, contudo devemos salientar que essa percentagem foi de 63,3% nos doentes do grupo experimental e cerca de metade (36,7%) no grupo de controlo. Por outro lado, 30,0% dos doentes do grupo de controlo, após a alta foram viver para casa de familiares, sendo essa percentagem de menos de metade (13,3%) no grupo experimental.

Tabela 10 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e o destino após a alta

Destino Após Alta	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Domicílio Anterior	11	36,7	19	63,3	30	50,0
Casa Familiares	9	30,0	4	13,3	13	21,7
Lar de Idosos	4	13,3	3	10,0	7	11,6
CMRRC-Rovisco Pais	6	20,0	4	13,3	10	16,7
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

1.2 - CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA

A tabela 11, permite constatar que, independentemente do grupo, para a maioria dos doentes este foi o seu primeiro AVC.

Tabela 11 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e se este foi o primeiro AVC

Primeiro AVC	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	22	73,3	23	76,7	45	75,0
Não	8	26,7	7	23,3	15	25,0
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

No que respeita ao tipo de AVC que os doentes em estudo sofreram, observa-se que para a maioria (95,0%) foi isquémico. De salientar que 6,7% dos doentes do grupo de controlo tiveram um AVC hemorrágico, sendo apenas metade os que tiveram esse tipo de AVC no grupo experimental.

Tabela 12 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e o tipo de AVC

Tipo de AVC	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Isquémico	28	93,3	29	96,7	59	95,0
Hemorrágico	2	6,7	1	3,3	3	5,0
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

A análise da tabela 13, referente ao local da lesão, permite verificar que para a maior parte (48,4%) dos doentes a área afetada foi o hemisfério esquerdo do cérebro, sendo metade dos doentes do grupo experimental e 46,7% do grupo de controlo. Seguindo-

se as lesões no hemisfério direito, 36,7% nos doentes do grupo de controlo e 30,0% no grupo de estudo. De salientar que 10,0% dos doentes tiveram lesões localizadas apenas no cerebello, sendo 16,7% do grupo experimental e apenas 3,3% do grupo de controlo.

Tabela 13 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e o local da lesão

Local da Lesão	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hemisfério Direito	11	36,7	9	30,0	20	33,3
Hemisfério Esquerdo	14	46,7	15	50,0	29	48,4
Tronco Cerebral	1	3,3	1	3,3	2	3,3
Cerebello	1	3,3	5	16,7	6	10,0
Hemisfério Direito e Cerebello	3	10,0	-	0,0	3	5,0
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Quanto à duração do internamento no serviço de medicina, nos doentes do grupo de controlo, a média foi de 7,43 dias (DP=3,84), oscilando entre um mínimo de 3 e um máximo de 19 dias. A moda foi de 4 e a mediana de 7 dias. No grupo experimental a média de dias de internamento foi inferior ($5,70 \pm 2,36$), sendo o mínimo de 3 e o máximo de 14 dias, a moda foi 7 dias e a mediana 5,50 dias.

Tabela 14 – Estatística descritiva dos dias de internamento dos doentes segundo o grupo

Duração Internamento	$\bar{X}$	DP	Md	Mo	CV	Mín.	Max.
Controlo	7,43	3,84	7	4	51,14	3	19
Experimental	5,70	2,36	5,50	7	41,40	3	14

A análise da tabela 15, permite constatar que 51,7% dos doentes tiveram internamento inferior a sete dias, sendo 60,0% do grupo experimental e apenas 43,3% no grupo de controlo.

Tabela 15 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e os dias de internamento

Dias Internamento	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 7 dias	13	43,3	18	60,0	31	51,7
≥ 7 dias	17	56,7	12	40,0	29	48,3
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Da observação da tabela 16, verifica-se que a maioria dos doentes (95,0%), não tiveram qualquer intercorrência durante o internamento, de salientar que a totalidade dos doentes do grupo experimental não teve qualquer intercorrência.

Tabela 16 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e se houve alguma intercorrência durante o internamento

Intercorrência no Internamento	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	27	90,0	30	100,0	57	95,0
Sim	3	10,0	-	0,0	3	5,0
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Os doentes que tiveram intercorrências durante o internamento (tabela 17), 2 tiveram uma infeção urinária e um agravamento posterior do deficit motor.

Tabela 17 – Distribuição dos doentes que tiveram intercorrências durante o internamento, segundo o tipo de intercorrência

Intercorrência	n	%
Infeção Urinária	2	66,7
Agravamento posterior do deficit motor	1	33,3
Total	3	100.0

No que respeita aos antecedentes pessoais dos doentes em relação aos fatores de risco de AVC (HTA, hiperlipidémia, alcoolismo, tabagismo, diabetes e as doenças coronárias...), podemos constatar que o mais frequente é a HTA (46,7%), com 56,7% nos doentes do grupo experimental e 36,7% nos do grupo de controlo. Seguindo-se a diabetes (20,0%), as doenças coronárias (15,0%) e a hiperlipidémia (13,3%). De estranhar que o tabagismo e o alcoolismo não tenha sido identificado em nenhum doente.

Tabela 18 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e os antecedentes pessoais de fatores de risco de AVC

Antecedentes Pessoais	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
HTA	11	36,7	17	56,7	28	46,7
Diabetes	5	16,7	7	23,3	12	20,0
Hiperlipemia	3	10,0	5	16,7	8	13,3
Doença Coronária	3	10,0	6	20,0	9	15,0

A tabela 19, permite constatar que, a maioria (51,7%) dos doentes foi identificado pelo menos um fator de risco durante o internamento, sendo 56,7% do grupo de controlo e 46,7% do experimental. Seguindo-se 26,7% de doentes aos quais foram identificados dois fatores de risco, esta percentagem é igual em ambos os grupos. De salientar que

em 13,3% dos doentes do grupo experimental foi identificado três fatores de risco, sendo apenas 3,3% no grupo de controlo com os três fatores de risco em simultâneo.

Tabela 19 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e os fatores de risco de AVC identificados

Nº de fatores identificados	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum	4	13,3	4	13,3	8	13,3
Um	17	56,7	14	46,7	31	51,7
Dois	8	26,7	8	26,7	16	26,7
Três	1	3,3	4	13,3	5	8,3
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Quando a realização de sessões formais de ensino ao doente/família antes da alta (Tabela 20), apenas ocorreu em 11,7% dos doentes/famílias, sendo 13,3% do grupo de controlo e 10,0% no grupo experimental.

Tabela 20 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e se houve alguma sessão formal de ensino ao doente/família antes da alta

Sessão Formal Ensino	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	26	86,7	27	90,0	53	88,3
Sim	4	13,3	3	10,0	7	11,7
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Dos 7 doentes/famíliares que tiveram sessões formais de ensino, a maioria (85,7%) foi sobre Treino AVD`s (higiene, mobilização, transferências) e apenas um sobre o treino específico da alimentação por SNG.

Tabela 21 – Distribuição dos doentes que tiveram sessão formal de ensino ao doente/família antes da alta, segundo o grupo e o conteúdo

Conteúdo da Sessão Formal Ensino	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Treino alimentação	-	0,0	1	33,3	1	14,3
Treino AVD`s (higiene, mobilização, transferências)	4	100,0	2	66,7	6	85,7
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

1.3 - CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA AMOSTRA

Através a análise da tabela 22, podemos constatar que a maioria (73,3%) dos doentes era assintomático na sua avaliação funcional (avaliado pela escala de Rankin) prévia ao atual AVC, sendo 80,0% do grupo experimental e 66,6% do grupo de controlo. Seguindo-se 11,7% com incapacidade ligeira, 20,0% no grupo de controlo e apenas 3,3% no grupo experimental. De salientar que apenas 5,0% tinham uma incapacidade moderada prévia ao AVC.

Tabela 22 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e a sua avaliação funcional prévia ao AVC

Avaliação Funcional (Escala Rankin)	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Assintomático	20	66,6	24	80,0	44	73,3
Deficit não incapacitante	2	6,7	4	13,4	6	10,0
Incapacidade Ligeira	6	20,0	1	3,3	7	11,7
Incapacidade Moderada	2	6,7	1	3,3	3	5,0
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

No que concerne a avaliação da força muscular dos membros inferiores e superiores nos doentes em estudo (tabela 23), podemos constatar que independentemente do grupo de doentes e do membro, a média de força muscular aumentou sempre da admissão para a alta. De referir ainda, que no que toca ao lado direito a média de força nos membros é sempre superior a quatro nos dois grupos em estudo. Por outro lado, no que concerne ao membro superior esquerdo, nos dois grupos em estudo a média de força observada na admissão é inferior a quatro.

Tabela 23 – Estatística descritiva da média da força muscular dos membros inferiores e superiores dos doentes segundo o grupo

Força Muscular	Admissão		Alta	
	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
Membro Superior Direito	4,17	4,23	4,27	4,57
Membro Superior Esquerdo	3,77	3,73	4,07	4,37
Membro Inferior Direito	4,20	4,37	4,30	4,63
Membro Inferior Esquerdo	3,70	4,37	3,80	4,57

Quanto a existência de défices cognitivos, emocionais ou de comunicação (tabela 24), a grande maioria dos doentes (63,1%) não os apresentava, sendo 66,7% dos doentes do grupo de controlo e 60,0% do grupo experimental.

Tabela 24 – Distribuição dos doentes segundo o grupo e se têm défices cognitivos, emocionais e de comunicação

Défice	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	20	66,7	18	60,0	38	63,1
Sim	10	33,3	12	40,0	22	36,9
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

Quando analisamos o tipo de défices apresentados pelos 22 doentes (tabela 25) podemos constatar que o mais frequente (50,0%) é a disartria, estando presente em 60,0% dos doentes do grupo de controlo e 41,7% do grupo experimental. Em segundo lugar surge a afasia, com 40,0% dos doentes do grupo de controlo e 33,4% do grupo experimental.

Tabela 25 – Distribuição dos doentes que têm défices cognitivos, emocionais e de comunicação, segundo o grupo e o tipo défice apresentado

Défices cognitivos, emocionais e de comunicação	Controlo		Experimental		Total	
	n	%	n	%	n	%
Depressão	-	0,0	1	8,3	1	4,5
Afasia	4	40,0	4	33,4	8	36,5
Deficit visual	-	0,0	2	16,6	2	9,0
Disartria	6	60,0	5	41,7	11	50,0
Total	30	100,0	30	100,0	60	100,0

A tabela 26, permite avaliar o grau de independência funcional dos doentes nos três momentos de avaliação (entrada, 72 horas e na alta). Após uma primeira análise dos dados podemos facilmente concluir que a independência funcional teve um aumento em todas as dimensões da Escala MIF, independentemente do grupo de doentes, quando comparado o momento da entrada com as 72h e com a alta.

Tabela 26 – Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo

<i>Avaliação Independência Funcional (Escala MIF)</i>	Admissão		72h		Alta	
	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
Autocuidados	16,36	18,43	17,53	30,46	18,16	33,16
Esfíncteres	7,00	8,66	7,46	11,73	8,53	12,50
Mobilidade	8,90	9,10	9,83	15,76	10,86	17,46
Locomoção	4,23	4,13	4,83	8,26	5,06	9,26
Comunicação	10,40	11,43	10,70	12,46	10,96	12,73
Cognição Social	14,13	16,40	13,56	17,83	13,96	18,00
Total MIF	61,03	68,17	64,23	96,23	68,16	102,63

De forma a permitir uma análise mais detalhada, procedemos ao calculo das médias ponderadas (divisão do valor obtido em cada dimensão e no global pelo nº de itens dessa dimensão e do total da escala), assim em todas as dimensões e no global os valores podem oscilar entre um mínimo de 1 e um máximo de 7. Assim, da análise da tabela 28, podemos verificar que os valores mais baixos (maior dependência funcional) na admissão são na escala “locomoção” em ambos os grupos em estudo, seguida da “mobilidade” e “autocuidados”. Por outro lado, é na dimensão “comunicação” onde se observam os valores médios mais elevados, logo maior independência funcional. Quando comparamos a evolução da independência funcional nos dois grupos em estudo ao longo dos três momentos

de avaliação, podemos verificar que as dimensões com um aumento mais significativo foram a locomoção onde o valor médio duplicou (2,06/4,63) da admissão para o momento da alta no grupo experimental. Seguindo-se a dimensão “mobilidade” e “autocuidados” onde se verifica o maior ganho de funcionalidade no grupo experimental nos três momentos em avaliação.

Tabela 27 - Estatística descritiva da média ponderada verificada na avaliação da independência funcional dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo

<i>Avaliação Independência Funcional (Escala MIF)</i>	Admissão		72h		Alta	
	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
Autocuidados	2,72	3,07	2,92	5,08	3,03	5,53
Esfíncteres	3,50	4,33	3,73	5,86	4,26	6,25
Mobilidade	2,77	3,03	3,27	5,25	3,62	5,82
Locomoção	2,11	2,06	2,41	4,13	2,53	4,63
Comunicação	5,20	5,71	5,35	6,23	5,48	6,36
Cognição Social	4,71	5,47	4,52	5,94	4,65	6,00
Total MIF	3,39	3,79	3,57	5,35	3,79	5,98

Seguidamente procederemos a análise detalhada por dimensão e respetivos itens. Assim, a tabela 28 referente aos “autocuidados” permite verificar que quando da admissão do doente, independentemente do grupo, é no autocuidado “vestir a metade inferior do corpo” onde se verifica o maior grau de dependência funcional. Podemos ainda verificar que neste autocuidado, no momento da alta o valor médio quase duplicou nos doentes do grupo experimental, sendo apenas esse aumento de 0,10 no grupo de controlo. Esta tendência mantém-se nos restantes autocuidados, sendo mais notória em relação a alimentação, utilização da sanita, higiene pessoal e vestir a metade superior do corpo.

Tabela 28 – Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (autocuidados) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta segundo o grupo

<i>Avaliação Independência Funcional (Autocuidados)</i>	Admissão		72h		Alta	
	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
Alimentação	3,63	3,57	4,10	5,73	4,23	6,13
Higiene Pessoal	2,57	3,23	2,80	5,37	2,97	5,87
Banho	2,57	3,00	2,80	5,07	2,97	5,57
Vestir a metade superior corpo	2,67	3,23	2,80	5,33	2,90	5,70
Vestir a metade inferior do corpo	2,37	2,63	2,43	4,43	2,47	4,83
Utilização da sanita	2,57	2,77	2,60	4,53	2,63	5,07

A tabela 29 referente a avaliação da independência funcional no que toca aos “esfíncteres”, podemos verificar que ambos os grupos de doentes apresentavam um maior grau de dependência funcional no controlo vesical na admissão. Às 72h e no momento da alta os “ganhos” de independência funcional são mais notórios no grupo experimental, sendo que no momento da alta os doentes do grupo experimental são já mais independentes no controlo vesical, quando comparado com o intestinal.

Tabela 29 – Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (esfíncteres) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo

Avaliação Independência Funcional (Esfíncteres)	Admissão		72h		Alta	
	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
Controlo vesical	3,43	4,23	3,73	5,80	4,23	6,27
Controlo Intestinal	3,57	4,43	3,73	5,93	4,30	6,23

A tabela 30, permite-nos avaliar o nível de independência funcional quanto a mobilidade dos dois grupos de doentes nos três momentos de avaliação, assim, a valor médio observado na admissão é sempre superior no grupo de doentes do grupo experimental nos três itens em análise, contudo os valores são muito similares nos dois grupos de doentes. Por outro lado, às 72 horas e no momento da alta, quando comparamos os valores com os dois grupos de doentes, os ganhos em termos de funcionalidade são muito superiores no grupo experimental, sendo a diferença notória (± 2), para os três itens quer às 72 horas quer no momento da alta.

Tabela 30 – Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (mobilidade) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo

Avaliação Independência Funcional (Mobilidade)	Admissão		72h		Alta	
	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
Transferências (leito, cadeira, cadeira de rodas)	3,17	3,03	3,63	5,27	3,87	5,83
Transferências sanita	2,97	3,03	3,13	5,23	3,60	5,80
Transferências (banheira, duche)	2,77	3,03	3,07	5,27	3,40	5,83

No que concerne a independência funcional da locomoção (tabela 31), podemos verificar quanto ao subir e descer 12 a 14 degraus de escadas em ambiente interior “escadas” o grau de dependência é muito elevado na admissão em ambos os grupos, sendo maior no grupo experimental. Podemos constatar que no momento da alta a independência funcional é quase o dobro nos doentes do grupo experimental quando comparados com o de controlo (4,00/2,03).

Quanto a deambulação a partir da posição de pé, ou utilizar uma cadeira de rodas, uma vez sentado, num piso plano; os valores médios observados nos doentes do grupo experimental no momento da alta, são mais do dobro do observado no momento da admissão, sendo essa diferença de apenas 0,63 no grupo de controlo.

Tabela 31 – Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (locomoção) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo

<i>Avaliação Independência Funcional (Locomoção)</i>	Admissão		72h		Alta	
	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
Deambulação na horizontal/cadeira de rodas	2,40	2,50	2,80	4,80	3,03	5,27
Escadas	1,83	1,63	2,03	3,47	2,03	4,00

A análise da tabela 32, permite verificar que na dimensão comunicação, os valores médios nos dois grupos, vão aumentando com o decorrer do internamento, sendo esse aumento muito similar nos três momentos em avaliação, nos dois grupos de doentes.

Tabela 32 – Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (comunicação) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na alta, segundo o grupo

Avaliação Independência Funcional (Comunicação)	Admissão		72h		Alta	
	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
Compreensão	5,13	6,00	5,57	6,47	5,63	6,57
Expressão	4,83	5,43	5,13	6,00	5,30	6,17

Quando avaliamos a independência funcional dos doentes no que concerne a “cognição” (tabela 33), podemos constatar que na admissão os doentes do grupo experimental apresentam valores médios mais elevados em todos os itens em análise, sendo essa diferença mais acentuada no que se refere a “resolução de problemas da vida quotidiana” (4,47/2,90). Todos os doentes apresentam ganhos de funcionalidade com o decorrer do internamento, exceção do doentes do grupo experimental às 72 horas e alta quanto a “memória”.

Tabela 33 – Estatística descritiva da média verificada na avaliação da independência funcional (cognição social) dos doentes no momento da admissão, às 72 horas e na, alta segundo o grupo

Avaliação Independência Funcional (Cognição Social)	Admissão		72h		Alta	
	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.	Cont.	Exp.
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}$
Interação Social	4,77	5,97	5,10	6,33	5,30	6,47
Resolução de problemas da vida quotidiana	2,90	4,47	3,20	5,20	3,30	5,23
Memória	4,93	5,97	5,27	6,30	5,37	6,30

1.4 - TESTE DE HIPÓTESE

Depois de efectuada a análise descritiva dos dados obtidos com a aplicação do instrumento de colheita de dados, segue-se a análise inferencial, feita com base na estatística analítica. Neste sentido, através do estabelecimento de uma associação entre a variáveis independente e a variável dependente em estudo (independência funcional), foi elaborada a hipótese apresentada no capítulo III, ponto dois, sobre a qual se verifica agora a sua inferência.

H1 - Os doentes após AVC que recebem intervenção do enfermeiro de reabilitação, têm ganhos em termos de independência funcional, as 72h e no momento da alta, comparativamente com aqueles que não estão sujeitos a essa intervenção.

Com a finalidade de estudar a relação entre a intervenção do enfermeiro de reabilitação no doente com AVC e os ganhos em termos de independência funcional comparativamente com aqueles que não estão sujeitos a essa intervenção, elaboramos os quadros 3, 4 e 5.

Assim, da análise do quadro 3, referente a avaliação da independência funcional dos doentes na admissão no serviço, podemos constatar que, os doentes do grupo experimental apresentam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões da MIF, bem como no global. Contudo, os resultados do teste de Mann-Whitney permitiu concluir que as diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Quadro 3 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, relativamente ao grupo e à avaliação da sua independência funcional (MIF), na admissão no serviço

<i>Avaliação Independência Funcional – Admissão</i>	Controlo		Experimental		Z p	
	n	Mean Rank	n	Mean Rank		
Autocuidados	30	28,27	30	32,73	-0,993	0,321
Esfínteres	30	27,37	30	33,63	-1,4088	0,159
Mobilidade	30	29,95	30	31,05	-0,247	0,805
Locomoção	30	29,70	30	31,30	-0,377	0,706
Comunicação	30	26,85	30	34,15	-1,670	0,095
Cognição Social	30	26,28	30	34,72	-1,880	0,060
Total MIF	30	27,88	30	33,12	-1,161	0,246

Ao avaliarmos a independência funcional dos doentes às 72 horas de internamento, (quadro 4), verificámos que os doentes do grupo experimental apresentam ordenações médias mais elevadas, no global da escala e em todas as dimensões, que os do grupo de controlo. Logo apresentam uma maior independência funcional em todas as dimensões. Para verificar se essas diferenças encontradas são estatisticamente significativas, aplicámos o teste de Mann-Whitney, o que nos permitiu concluir que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p < 0,05$), de salientar que as diferenças encontradas são altamente significativas ($p < 0.0001$) no global da escala e na maioria das dimensões.

Quadro 4 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, relativamente ao grupo e à avaliação da sua independência funcional (MIF) às 72 horas de internamento no serviço

<i>Avaliação Independência Funcional – 72 Horas</i>	Controlo		Experimental		Z	p
	n	Mean Rank	n	Mean Rank		
Autocuidados	30	21,00	30	40,00	-4,218	0,000
Esfíncteres	30	22,60	30	38,40	-3,608	0,000
Mobilidade	30	21,73	30	39,27	-3,920	0,000
Locomoção	30	22,83	30	38,17	-3,435	0,001
Comunicação	30	24,72	30	36,28	-2,682	0,007
Cognição Social	30	23,10	30	37,90	-3,315	0,001
Total MIF	30	21,67	30	39,33	-3,919	0,000

Cruzando a informação referente a independência funcional no momento da alta com os grupos em estudo (quadro 5), a tendência verificada anteriormente mantém-se, ou seja, os doentes do grupo experimental apresentam maior independência funcional quando comparado com os do grupo de controlo. O teste de Mann-Whitney permitiu concluir que essa associação era altamente significativa ($p < 0,0001$) para o global da escala e para a maioria das dimensões, a exceção das dimensões “comunicação” ($p = 0,005$) e “cognição social” ($p = 0,001$) onde a relação encontrada é muito significativa.

Concluindo, a análise dos quadros anteriores permitiu verificar que se confirma estatisticamente a hipótese de investigação, ou seja, a intervenção do enfermeiro de reabilitação, tem poder explicativo nos ganhos em termos de independência funcional dos doentes após AVC, quer às 72h quer no momento da alta.

Quadro 5 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, relativamente ao grupo e à avaliação da sua independência funcional (MIF) no momento da alta do serviço

<i>Avaliação Independência Funcional - Alta</i>	Controlo		Experimental		Z	p
	n	Mean Rank	n	Mean Rank		
Autocuidados	30	19,83	30	41,17	-4.738	0,000
Esfíncteres	30	21,98	30	39,02	-3.979	0,000
Mobilidade	30	20,68	30	40,32	-4.419	0,000
Locomoção	30	21,80	30	39,20	-3.886	0,000
Comunicação	30	24,47	30	36,53	-2.815	0,005
Cognição Social	30	23,25	30	37,75	-3.254	0,001
Total MIF	30	21,05	30	39,95	-4.193	0,000

Concluída a apresentação e análise dos resultados obtidos com a realização do estudo, segue-se a discussão dos mesmos.

2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e análise dos resultados torna-se necessária a sua discussão e apreciação crítica, comparando-os entre si e com o quadro teórico de referência, por forma a permitir uma melhor compreensão dos mesmos.

A discussão dos resultados é efetuada no sentido de dar resposta ao objetivo do estudo e hipótese formulada. Deste modo, são destacados os resultados considerados mais relevantes procurando, sempre que possível, encontrar uma justificação e confrontando-a com o quadro de referência.

Considera-se pertinente, antes de mais, abordar alguns aspetos relativos à caracterização da amostra, tanto no domínio socio-demográfico como no domínio clínico.

A população estudada constituiu uma amostra de 60 doentes, sendo 30 do grupo de controlo e 30 do grupo experimental, isto é, os doentes que estiveram sujeitos à intervenção do enfermeiro de reabilitação.

A amplitude de idades da população estudada vai dos 39 aos 93 anos, sendo que 46,7% dos doentes têm idades superiores a 81 anos e apenas 15,0% têm idades inferiores a 60 anos. Estes dados estão de acordo com Martins (2002) e Marques (2007) quando referem que a frequência do AVC aumenta com a idade, ocorrendo mais frequentemente entre os 65 e os 85 anos.

Relativamente à média de idades verifica-se que no grupo de controlo se situa nos $75,7 \pm 11,6$ e no grupo experimental nos $75,27 \pm 13,14$, próxima do estudo realizado por Ricardo em 2012 sobre a avaliação dos ganhos em saúde nos doentes com AVC, com intervenção do enfermeiro de reabilitação, no qual a média de idades foi de 75 anos.

Na população estudada obtivemos uma predominância do sexo feminino (56,7%), com distribuição igual pelos dois grupos. Estes dados não são concordantes com diversos estudos, nos quais se verificou a predominância do sexo masculino. Em 2008, Benvegna *et al.* realizaram um estudo com 26 doentes, dos quais 38,0% eram mulheres e 61,0% eram homens e, em 2012 Ricardo refere que no seu estudo a predominância ia para o sexo masculino (54,8%), da mesma forma que no mesmo ano

Silva, Schoeller e Silva, numa amostra de 218 doentes identificaram 56,0% do sexo masculino e 44,0% do sexo feminino.

Considera-se que tal facto pode dever-se à evidência de que a partir dos 50 anos a incidência do AVC tende a igualar-se em ambos os sexos (Martins, 2002). De acordo com a DGS (2001) ao fazer referência aos dados do projeto "Médicos Sentinela", no grupo etário a partir dos 75 anos a incidência de AVC foi semelhante nos dois sexos e, a partir dos 80 predomina no sexo feminino.

O baixo nível de escolaridade foi verificado na amostra estudada, atendendo ao facto de 48,3% dos doentes nunca terem frequentado a escola e 35,0% dos doentes apenas terem frequentado o ensino primário. De realçar que em ambos os grupos, apenas 1 elemento da amostra frequentou o ensino superior.

Na opinião de Marques, Rodrigues e Kusumota (2006), o baixo nível de escolaridade pode dificultar a consciencialização para as necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida, adesão ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável, com reflexo sobre o controlo dos fatores de risco associados a várias patologias.

Na população em estudo, 81,6% dos doentes encontravam-se já reformados, aspeto facilmente perceptível devido à média de idades da amostra, e 16,7% em situação ativa (dos quais 20,0% pertenciam ao grupo experimental e 13,3% ao grupo de controlo).

Da amostra estudada, 43,4% vivem com o cônjuge e 21,7% vivem sozinhos. De realçar que 15,0% da amostra vive com os filhos e 8,3% em lares de idosos.

O processo de envelhecimento influencia de forma significativa o estilo de vida dos idosos, comprometendo a sua autonomia e capacidade funcional (Costa, 2007), o que faz com que o número de idosos institucionalizados tenha vindo a aumentar (Carvalho, Pinto e Mota, 2007). Em Portugal, o número de idosos institucionalizados tem, efetivamente aumentado, sendo que, dos 33,0% dos utentes ligados à segurança social, 12,0% encontram-se em lares e os restantes na sua própria residência ou em residência de familiares, com apoio domiciliário (Lobo e Pereira, 2007).

Metade dos doentes em estudo regressaram ao seu domicílio anterior após a alta, contudo devemos salientar que essa percentagem foi de 63,3% nos doentes do grupo experimental e cerca de metade (36,7%) no grupo de controlo. Em estudos sobre reabilitação de idosos com AVC, pesquisadores encontraram dados que indicam que os doentes com idades maior ou igual a 80 anos que completam com sucesso o

programa de reabilitação regressam, na sua maioria à comunidade (Ergeletzis, Kevorkian e Rintala, 2002).

Por outro lado, 30,0% dos doentes do grupo de controlo, após a alta foram viver para casa de familiares, sendo essa percentagem de menos de metade (13,3%) no grupo experimental. Importa referir também que do total da amostra, 11,6% foram para lares de idosos e 16,7% para o centro de medicina de reabilitação da região centro (CMRRC) - Rovisco Pais. Dos últimos, apenas 4 indivíduos pertenciam ao grupo experimental.

Este aspeto vai ao encontro do referido por Musicco *et al.* (2003) referente a alguns estudos que citam que quando o processo de reabilitação se inicia na fase aguda, apenas uma minoria de doentes necessitaram manter-se institucionalizados na fase crónica.

Tendo em conta a incapacidade funcional superior à pré-enfermidade, muitas famílias não têm capacidade de prestar cuidados aos doentes por diversas razões de ordem socio-familiar. Por isso, muitos doentes são institucionalizados após a alta, enquanto alguns são transferidos para outras tipologias da rede de cuidados continuados. Outros são cuidados por pessoas que não a família. No entanto, os estudos revelam que, no nosso país a maioria das pessoas com compromisso físico é cuidada em casa pela família (Torres *et al.*, 2004 *apud* Cerveira, 2011).

Independentemente do facto de se tratar do grupo de controlo ou do grupo experimental constata-se que, na maioria dos doentes este é o primeiro AVC, ocorrendo em 75,0% dos casos, sendo que os restantes 25,0% já tiveram um AVC previamente.

Estes dados são semelhantes aos obtidos por Cerveira em 2011 no estudo sobre independência funcional dos doentes com AVC, no qual identificou que da amostra em estudo, 82,9% dos indivíduos afirmavam ser o primeiro AVC, enquanto que os outros 17,1% referiam ser uma repetição.

No que diz respeito ao tipo de AVC que os doentes em estudo sofreram, observa-se que para a maioria (95,0%) foi isquémico. O AVC hemorrágico ocorreu apenas em 5% da amostra.

Estes dados não se encontram nos valores citados pelos autores do enquadramento teórico e da bibliografia consultada em que o AVC isquémico tem, igualmente uma

evidente predominância relativamente ao AVC hemorrágico, mas não atinge uma discrepância tão notória.

Fazendo alusão a Salgueiro (2011), por exemplo, a prevalência do AVC isquémico é superior à do hemorrágico em cerca de 80,0% para 20,0% respetivamente. Já Parente *et al.* (2002) num estudo realizado num hospital distrital concluem que, apesar da prevalência dos AVC's isquémicos, os AVC's hemorrágicos em Portugal são igualmente frequentes, duplicando em relação à generalidade dos países ocidentais.

No entanto, Martins (2002) esclarece que as alterações derivadas da lesão não têm a ver com o tipo de AVC, mas sim com a zona cerebral afetada.

Analisando o local em que ocorreu a lesão cerebral na amostra em estudo verifica-se que para a maior parte (48,4%) a área afetada foi o hemisfério esquerdo do cérebro. Seguindo-se as lesões no hemisfério direito, em 33,3% dos casos e as lesões do cerebelo em 10,0% dos casos. Apenas 2 casos tiveram lesões a nível do tronco cerebral e, em 3 dos doentes do grupo de controlo ocorreu lesão simultânea no hemisfério direito e no cerebelo.

A distribuição da amostra por hemisférios direito e esquerdo assemelha-se à distribuição referida por Ventura (2002) num estudo relativo à independência funcional dos doentes com AVC: influência do hemisfério afetado, no qual 51,0% dos sujeitos da amostra apresentavam lesão do hemisfério esquerdo e 49,0% apresentavam lesão do hemisfério direito.

No que respeita aos antecedentes pessoais dos doentes em relação aos fatores de risco de AVC podemos constatar que o mais frequente é a HTA, ocorrendo em 46,7% dos casos. Seguida da diabetes (20,0%), das doenças coronárias (15,0%) e da hiperlipidémia (13,3%).

Em alguns aspetos estes dados convergem para os obtidos noutros estudos, sendo apenas de estranhar que o tabagismo e o alcoolismo não tenha sido identificado em nenhum doente. Nomeadamente num estudo levado a cabo por Gonçalves e Cardoso em 1997, no qual concluíram que a HTA era fator de risco identificado em 56,8% dos doentes com AVC e a um estudo levado a cabo por Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004) no qual os resultados evidenciaram que a HTA é frequente em 87,8% dos doentes com AVC, seguindo-se das cardiopatias (35,1%), da diabetes (19,9%) e por fim das dislipidémias (15,6%). Neste estudo, os autores referem ainda que nos homens se

tinham verificado antecedentes de tabagismo em 46,9% dos casos e alcoolismo em 35,1% dos casos.

Estes fatores de risco podem encontrar-se isolados e/ou atuar associados. Salgueiro (2011) faz alusão a um estudo de Fonseca e colaboradores, afirmando que 66,0% dos doentes com AVC apresentam mais do que um fator de risco.

Neste estudo foi possível constatar que em 51,7% dos casos foi identificado pelo menos um fator de risco durante o internamento, sendo que em 35,0% dos casos foram identificados dois ou mais fatores de risco simultaneamente.

Quanto à duração do internamento no serviço de medicina, nos doentes do grupo de controlo, a média foi de 7,43 dias, oscilando entre um mínimo de 3 e um máximo de 19 dias. No grupo experimental a média de dias de internamento foi inferior 5,7 dias, sendo o mínimo de 3 e o máximo de 14 dias. De destacar que 51,7% dos doentes tiveram internamento inferior a sete dias, sendo 60,0% do grupo experimental e apenas 43,3% no grupo de controlo.

Simões e Grilo (2012) referem que, segundo vários autores, tem sido verificado nos últimos tempos que o tempo de internamento hospitalar nos doentes com AVC é cada vez mais curto. Este facto pode dever-se por um lado à necessidade de reduzir os custos relacionados com o internamento e, por outro lado com a crescente otimização dos cuidados de saúde.

Durante o período de internamento, é de destacar que a maioria dos doentes não teve qualquer intercorrência (95,0%) e que, estas apenas ocorreram em doentes pertencentes ao grupo de controlo.

Os doentes que tiveram intercorrências durante o internamento, 2 tiveram uma infeção urinária e 1, agravamento posterior do défice motor.

Relativamente à realização de sessões formais de ensinios ao doente/família antes da alta verifica-se que estas ocorreram em 11,7% dos doentes/famílias, sendo 13,3% do grupo de controlo e 10,0% no grupo experimental.

Um indivíduo que sofreu um AVC, na grande maioria das vezes, permanece com sequelas da doença ao retomar ao domicílio (Conto, Ramos e Lessmann, 2006). E são, maioritariamente, as famílias que suportam e apoiam as necessidades destes doentes após a alta, com manifestações claras das dificuldades que apresentam em cuidar (Carvalho e Lopes, 2009). Deste modo, torna-se fundamental a preparação e

educação da família para o cuidado a este indivíduo (Conto, Ramos e Lessmann, 2006).

Dos 7 doentes/familiares que tiveram sessões formais de ensino, a grande maioria (85,7%) foi relativa ao treino das AVD's (higiene, mobilização, transferências) e apenas um, sobre o treino específico da alimentação por SNG.

No que diz respeito às características da avaliação funcional da amostra verificou-se que previamente ao AVC, e mediante a aplicação da escala de Rankin, 73,3% dos elementos da amostra estudada eram assintomáticos. Seguindo-se um grupo de 10,0% que apresentava défice não incapacitante, 11,7% que apresentavam incapacidade ligeira e, apenas 5% com incapacidade moderada. Considera-se que estes dados podem estar intimamente relacionados com a elevada média de idades da amostra.

Relativamente à avaliação da força muscular nos doentes em estudo, podemos constatar que, independentemente do grupo de doentes e do membro, a média de força muscular aumentou sempre da admissão para a alta. De referir que do lado direito a média de força muscular é sempre superior a quatro nos dois grupos em estudo. Este dado permite-nos concluir que no grupo de doente com lesão do hemisfério direito a evolução em termos de força muscular foi mais significativa.

No que diz respeito à presença de défices cognitivos, emocionais e de comunicação importa referir que dos 36,9% dos doentes que os apresentavam, 50,0% apresentavam disartria, seguindo-se da afasia (em 36,5% dos casos). Tal como nos refere Marques (2007), as perturbações da linguagem mais frequentes nos doentes com AVC são a afasia e a disartria. Para Pedersen *et al.* (1995), a proporção de doentes com AVC a manifestar afasia na avaliação inicial é de 19% a 38%.

Analisando os dados obtidos a partir da aplicação da MIF verifica-se que no momento da admissão no serviço, os elementos da amostra que constituíram o grupo experimental apresentavam ordenações médias mais elevadas em todas as dimensões da MIF, relativamente aos elementos que constituíram o grupo de controlo.

Deste modo, procedeu-se à aplicação do teste de Mann-Whitney (quadro 3) que revelou que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($p>0,05$). Assim, considera-se que o facto de no grupo experimental a MIF apresentar ordenações médias mais elevadas no momento da admissão dos elementos da

amostra, não é fator determinante nos valores da MIF obtidos nas avaliações seguintes (às 72h e no momento da alta).

Ainda no que diz respeito à aplicação da MIF no momento da admissão dos doentes verifica-se que, tanto no grupo de controlo como no grupo experimental os valores obtidos levam-nos a considerar que, no global, os elementos da amostra apresentavam, conforme considera Oliveira e Candeias (2000), dependência modificada (54 a 108).

Para Martins (2002), o AVC é a patologia responsável pelo maior índice de incapacidade e dependência funcional da população adulta portuguesa.

Apesar dos valores totais da MIF situarem a amostra no intervalo considerado para a dependência modificada nos três momentos da avaliação (admissão, 72 horas e na alta), pode-se facilmente concluir que a independência funcional teve um aumento em todas as dimensões da MIF, independentemente do grupo de doentes, quando comparado o momento da entrada, com as 72h e com a alta. Considera-se que este resultado pode estar associado à recuperação neurológica espontânea que ocorre após o AVC.

Numa análise mais detalhada e atendendo ao cálculo das médias ponderadas de cada uma das dimensões da MIF, verifica-se que os valores mais baixos (maior dependência funcional) na admissão são relativos à dimensão “locomoção” em ambos os grupos em estudo, seguida da “mobilidade” e dos “autocuidados”. Por outro lado, é na dimensão “comunicação” onde se observam os valores médios mais elevados, logo maior independência funcional. Estes resultados estão em consonância com os apresentados por Benvegnu *et al.* (2008) e Riberto *et al.* (2007) onde foi observada uma menor pontuação nos mesmos itens, tendo sido justificado com o facto dessas atividades apresentarem um nível de dificuldade de realização maior em doentes hemiplégicos.

Coincidentemente são nas dimensões com valores mais baixos na admissão que se verifica um aumento mais significativo no momento da alta. De destacar a locomoção que, no grupo experimental, o valor médio duplicou (2,06/4,63).

De acordo com Menoita *et al.* (2012), a marcha é a meta funcional primária para a pessoa com AVC, pelo que é fundamental investir-se no seu treino.

De uma forma global e, ainda considerando o cálculo das médias ponderada, pode-se destacar que o valor total da MIF foi aumentando ao longo das 3 avaliações, quer no

grupo de controlo, quer no grupo experimental, todavia neste último o valor total aumentou de 3,79 para 5,98, enquanto que no primeiro apenas aumentou de 3,39 para 3,79.

Segundo Kelly-Hayes (2000) o objetivo da reabilitação é melhorar ou substituir a função e limitar o impacto da incapacidade. Verificam-se ganhos substanciais nas capacidades funcionais das pessoas com AVC em função da rapidez de atuação e da especificidade dos cuidados do enfermeiro de reabilitação.

Analisando de forma mais detalhada cada uma das dimensões da escala e respetivos itens verifica-se que para a dimensão do "autocuidado", aquando da admissão do doente, independentemente do grupo, é no autocuidado "vestir a metade inferior do corpo" onde se verifica o maior grau de dependência funcional. Podemos ainda verificar que neste autocuidado, no momento da alta o valor médio quase duplicou nos doentes do grupo experimental, sendo apenas esse aumento de 0,1 no grupo de controlo. Esta tendência mantém-se nos restantes autocuidados, sendo mais notória em relação à alimentação, utilização da sanita, higiene pessoal e vestir a metade superior do corpo. Estes dados mostram a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação junto do grupo experimental e vão ao encontro dos encontrados por Albuquerque *et al.* em 2011 num estudo no qual verificou existirem ganhos funcionais a nível das AVD's (banho, alimentação, vestuário) quando doentes com AVC isquémico eram sujeitos à intervenção de um grupo de reabilitadores.

Relativamente à dimensão "esfíncteres", às 72h e no momento da alta os "ganhos" de independência funcional são mais notórios no grupo experimental e, embora na admissão a às 72h fossem mais independentes no controlo intestinal, no momento da alta essa tendência inverte-se e os doentes do grupo experimental são mais independentes no controlo vesical, quando comparado com o intestinal. Estes dados convergem para os apresentados num estudo levado a cabo por Riberto *et al.* em 2007 relativo à independência funcional de pessoas com lesões encefálicas sob reabilitação ambulatorial, no qual refere que a independência no controlo urinário foi alcançada em 10,7% dos doentes, enquanto que o controlo das fezes apenas foi alcançado em 4,3% dos doentes.

Quanto à dimensão "mobilidade" verifica-se que às 72 horas e no momento da alta, os valores para cada um dos 3 itens no grupo experimental são muito superiores ao do grupo de controlo. Num estudo levado a cabo por Silva, Schoeller e Silva em 2012 foi igualmente verificado que a reabilitação proporcionou ganhos funcionais aos doentes

no que diz respeito aos aspetos da transferência da cadeira de rodas para a cama, vaso sanitário ou chuveiro.

Os dados deste estudo vão ao encontro de outros referidos por Ferro *et al.* (2008) que observam que doentes tratados em unidades de AVC, com um programa de reabilitação diário, apresentam uma evolução funcional favorável e diminuem o seu grau de dependência nas AVD's.

A dimensão comunicação é aquela na qual se verificam diferenças menos evidentes nos dois grupos. Em ambos, os valores médios da MIF aumentam com decorrer do internamento, mas de forma gradual e muito similar nos três momentos em avaliação.

Quando avaliamos a independência funcional dos doentes no que concerne a “cognição social” constata-se que na admissão os doentes do grupo experimental apresentam valores médios mais elevados em todos os itens em análise, sendo essa diferença mais acentuada no que se refere a “resolução de problemas da vida quotidiana” (4,47/2,90). Todos os doentes apresentam ganhos em termos de cognição social com o decorrer do internamento, à exceção dos elementos do grupo experimental que mantém o mesmo valor relativamente à “memória”, às 72 horas e na alta. Segundo Ferro *et al.* (2008), de momento não existe evidência da eficácia de reabilitação específica da memória.

A evolução verificada em cada uma das dimensões da MIF é relevante, uma vez que o AVC é tido como a principal causa de incapacidade por doença neurológica. Amaral (1994) considera que o prognóstico funcional da pessoa com AVC está muito relacionado com a reabilitação, mesmo em doentes com faixas etárias avançadas.

Através da reabilitação, o doente com AVC pode readquirir capacidades e também aprender novas formas de realizar determinadas tarefas e compensar disfunções residuais, procurando o seu nível de função pré-enfermidade. Se tal não for possível, procura-se ajudar o doente a alcançar o máximo de independência, dentro dos seus limites da incapacidade. Logo que a situação clínica do doente se estabilize, desenvolvem-se esforços perspetivando a sua recuperação funcional (Duncan *et al.*, 2005).

A primeira etapa concentra-se em promover a independência motora, dado que muitos deles se encontram seriamente limitados ou mesmo paralisados. Os doentes são solicitados a realizar todo um conjunto de exercícios amplos passivos ou ativos incluindo os autocuidados, com o objetivo de fortalecer os membros debilitados.

Começar a readquirir a capacidade para realizar estas AVD's maximizando as suas capacidades existentes, representa o primeiro passo no sentido da independência funcional (*ibidem*).

Atendendo ao facto de se ter verificado que os doentes do grupo experimental apresentam ordenações médias mais elevadas, no global da MIF e em todas as dimensões, que os do grupo de controlo e, no sentido de perceber se os dados relativos à independência funcional dos doentes do grupo experimental estavam relacionados com a intervenção do enfermeiro de reabilitação, procedeu-se à aplicação do teste de Mann-Whitney, às 72h e no momento da alta do serviço.

Os resultados encontrados permitem-nos concluir que, às 72h, as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p < 0,05$), sendo inclusivé altamente significativas ($p < 0,0001$) no global da escala e na maioria das dimensões. E, no momento da alta, a tendência mantém-se, sendo que o teste de Mann-Whitney permitiu concluir que essa associação entre a independência funcional e o grupo experimental era altamente significativa ($p < 0,0001$) para o global da escala e para a maioria das dimensões, com exceção das dimensões “comunicação” ($p = 0,005$) e “cognição social” ($p = 0,001$) onde a relação encontrada é muito significativa.

Estes dados vão para além dos encontrados por Tsukamoto *et al.* (2010) no qual se observaram melhorias nos índices de independência funcional dos doentes hemiplégicos sujeitos a um programa de reabilitação, mas os resultados não foram estatisticamente significativos.

Ainda mais, os dados apresentados permitem confirmar estatisticamente a hipótese de investigação formulada no início do estudo, levando-nos a concluir que os cuidados inerentes à intervenção do enfermeiro de reabilitação, têm poder explicativo nos ganhos em termos de independência funcional dos doentes após AVC, quer às 72h, quer no momento da alta, contribuindo de forma significativa para uma evolução positiva da independência funcional dos doentes após o AVC.

CONCLUSÃO

Neste capítulo pretendem-se tecer algumas conclusões passíveis de serem extraídas dos resultados obtidos com a realização da investigação, fazer uma reflexão acerca das limitações do estudo, quer no âmbito metodológico quer no alcance dos resultados obtidos, e sobre a relação entre a temática em estudo com os cuidados do enfermeiro de reabilitação. Termina-se com uma reflexão sobre as suas implicações para investigações futuras.

O número de indivíduos com perda de autonomia, de invalidez e de dependência não pára de aumentar, muito devido ao aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes. De entre estas patologias, o AVC assume um papel preponderante no grupo de patologias que facilmente são associadas à deterioração da capacidade física, emocional e social dos indivíduos e que, inevitavelmente colocam em risco a sua autonomia funcional e o desempenho das suas AVD's.

À enfermagem reserva-se um papel estruturante no processo de gestão da cronicidade deste novo século e exige-se uma competência técnica irrepreensível. Deste modo, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental em todo o processo de reabilitação de um doente com AVC, uma vez que é o profissional de saúde que junto do doente realiza tarefas fulcrais ao restabelecimento da sua qualidade de vida.

Os enfermeiros ao entenderem o processo de reabilitação, percecionam-se como agentes de reabilitação e, mostram-se despertos para a necessidade de implementar um programa de reabilitação imediato que vise não só a prevenção de sequelas e a recuperação física, mas também a reintegração familiar e social.

O presente estudo pretendia atingir o objetivo referenciado no ponto um da metodologia e, nesse sentido, foram descritas as características socio-demográficas, clínicas e da avaliação funcional dos doentes que ao longo dos 7 meses durante os quais decorreu o estudo estiveram internados no serviço de medicina interna do HDFF, EPE.

Deste modo e, atendendo à comparação efetuada entre os dados obtidos a partir da amostra que constituiu o grupo de controlo e os referentes aos obtidos com o grupo experimental, consideramos ter dado algum contributo no conhecimento da relação associada, com significância estatística, entre os cuidados prestados pelo enfermeiro de reabilitação e o domínio da independência funcional dos doentes com AVC.

Dos 60 sujeitos da amostra (30 pertencentes ao grupo de controlo e 30 ao grupo experimental) concluímos que, no que diz respeito aos aspetos socio-demográficos, 34 são mulheres e 26 homens, apresentando uma média de idades de 75,7 anos para o grupo de controlo e 75,27 anos para o grupo experimental. Os elementos da amostra são predominantemente casados (56,7%) e em 43,3% dos casos vivem com o cônjuge. Do total da amostra 50% regressam ao domicílio anterior após a alta e os restantes são maioritariamente levados para casa de familiares (21,7%). Grande parte dos elementos da amostra ou não tem formação (48,3%) ou apenas frequentou o ensino primário (35,0%).

No que respeita à caracterização clínica constata-se que para 45 dos elementos da amostra este foi o primeiro AVC e que em 51,7% dos elementos da amostra foi identificado um fator de risco para o seu surgimento. De referir que em 30% dos casos estavam identificados dois ou três fatores de risco.

O tipo de AVC predominante foi o isquémico, tendo ocorrido em 95% dos casos e 48,4% dos elementos da amostra apresenta lesão do hemisfério esquerdo.

A média dos dias de internamento variou em função do grupo, sendo que no grupo de controlo esta foi de 7,43 dias e no grupo experimental de 5,7 dias.

No que diz respeito aos dados subjacentes a cada uma das dimensões da MIF verificou-se que no momento da admissão no serviço, o total da MIF revelava-se superior para o grupo experimental, quando comparado com o grupo de controlo, mas não se confirmou que essa diferença fosse estatisticamente significativa.

Verificou-se igualmente que o valor total da MIF se manteve mais elevado nas avaliações seguintes (às 72h e no momento da alta) no grupo experimental e que esse valor aumentou de forma mais significativa entre as três avaliações do grupo experimental do que nas do grupo de controlo. No total, a MIF aumentou de 68,23 para 102,63 no grupo experimental e de 61,03 para 68,16 no grupo de controlo.

Das dimensões da MIF que revelaram um aumento ao longo das três avaliações do grupo experimental destacam-se o "autocuidado", a "mobilidade" e a "locomção".

No global e comparando os dados relativos ao grupo de controlo e ao grupo experimental, desde a admissão até à alta constatou-se facilmente que em todas as dimensões da MIF, os doentes do grupo experimental apresentavam ordenações médias mais elevadas, logo maior independência funcional.

Tendo-se verificado que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, conclui-se que a hipótese "os doentes após AVC que recebem intervenção do enfermeiro de reabilitação, têm ganhos em termos de independência funcional, as 72h e no momento da alta, comparativamente com aqueles que não estão sujeitos a essa intervenção" é aceite.

A independência funcional é uma variável sempre presente na área da reabilitação, que merece a atenção tanto do profissional como do doente acometido pela doença vascular cerebral. Os ganhos em reabilitação e funcionalidade, definem-se pelas alterações conseguidas na vida e no meio ambiente dos doentes, estando ligados aos objetivos que se pretendem atingir. Importa para isso que o enfermeiro de reabilitação conheça as variáveis que mais influenciam o processo de recuperação e a capacidade de atingir os objetivos funcionais de uma forma eficaz e eficiente.

Este domínio revela-se portanto, preponderante para as instituições de saúde, profissionais e investigadores, devendo ser encarado como orientador da conduta dos mesmos e constituir uma referência de qualidade no tratamento reabilitador.

A realização do presente estudo, embora dotada de significativas contribuições científicas e sociais, apresenta limitações.

Uma das limitações diz respeito ao tamanho da amostra, uma vez que se considera que o trabalho ficaria enriquecido se a amostra fosse maior. Todavia, importa referir que o facto de haver necessidade de dois grupos distintos (um de controlo e outro experimental) e de terem sido previamente definidos os horizontes temporais para a colheita de dados em cada um dos grupos, não permitiu um "n" amostral maior.

De destacar que a duração média do internamento que se verificou é reduzida e que a intervenção do enfermeiro de reabilitação é considerada relevante e significativa até seis meses após o evento. Não obstante consideram-se os resultados relevantes.

Realça-se a existência de poucos estudos comparativos face ao papel do enfermeiro de reabilitação enquanto promotor de ganhos em capacidade funcional, não tendo sido possível efetuar comparações neste sentido.

A maioria dos estudos consultados direcionam-se essencialmente na capacidade funcional da pessoa com AVC, preferencialmente num momento de avaliação, cruzando-a essencialmente com variáveis sociodemográficas.

Terminado este estudo fica a convicção de que foi atingido o objetivo inicialmente proposto e que, a partir daqui muitas serão as reflexões acerca das atitudes subjacentes ao enfermeiro de reabilitação face à dimensão pessoal, familiar e social da pessoa com AVC.

Numa lógica de produção de conhecimento pretende-se que este estudo seja impulsionador de desenhos de programas de intervenção formativos e informativos, visando minimizar as deficiências adquiridas e reduzindo consequentemente as incapacidades e desvantagens à posteriori a que estão sujeitos os doentes vítimas de AVC.

De forma mais concreta fica a convicção que no HDFF, EPE este estudo seja um impulsionador da valorização do trabalho levado a cabo pelos enfermeiros de reabilitação e que, à parte dos constrangimentos económicos, possa ser dada oportunidade a estes profissionais para desempenharem a sua atividade profissional com base nos conhecimentos especializados adquiridos.

Ressalta-se o enriquecimento intelectual e científico da pesquisadora na área da independência funcional dos doentes com pós-AVC, tanto no que se refere às descobertas apontadas nos resultados do estudo, como na leitura aprofundada da literatura que aborda a temática de investigação.

É de salientar a consciência de que muito há a fazer e a investigar no domínio da independência funcional dos doentes com AVC e da forma como o enfermeiro de reabilitação contribui para os ganhos nesta matéria.

Apresentamos algumas sugestões, que por ventura possam ser úteis em vindouros trabalhos de investigação no âmbito da independência funcional:

- Realização de estudos semelhantes com ênfase nos itens das dimensões da MIF;
- Realização de um estudo para além do internamento hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Camila Pontes [et al.] – Grupo de atividades de vida diária: influência do procedimento em pacientes adultos com acidente vascular encefálico isquêmico. **Acta Fisiátrica**. [em linha]. Vol.12, nº2 (2011), p. 71-74. [Consult. 2 Nov. 2013]. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=81.

BENVEGNU, Andressa Benvenuti [et al.] - Avaliação da medidade de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). **Revista Ciências e Saúde**. Porto Alegre. [em linha]. Vol.1, nº2 (Julho/Dezembro, 2008), p.71-77. [Consult. 18 Nov. 2013]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4115/3652>.

BOBATH, B. - **Hemiplegia no adulto: avaliação e tratamento**. São Paulo: Editora Manole, 2001. 209p. ISBN 85-204-1126-6.

BORGES, Juliana Bassalobre Carvalho - **Avaliação da Medida de Independência Funcional - escala MIF - e da percepção da qualidade de serviço - escala SERVQUAL - em Cirurgia Cardíaca**. [em linha]. Faculdade de Medicina de Botucatu. Tese de doutoramento (2006). [Consult. 15 Dez. 2011]. Disponível em: www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/.../borges_jbc_dr_botfm.pdf.

BRANCO, Teresa – Estratégias na incontinência urinária: novas abordagens. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº83 (Março, 2009), p.16-23.

BRANCO, Teresa; SANTOS, Rui – **Reabilitação da pessoa com AVC**. Coimbra: Formasau, 2010. 153p. ISBN 978-989-8269-09-6.

CANCELA, Diana Manuela Gomes – O Acidente Vascular Cerebral - classificação, principais consequências e reabilitação. **Psicologia.com.pt: o portal dos psicólogos**. [em linha]. (2008), p. 1-18. [Consult. 29 Dez. 2011]. Disponível em: www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf.

CARLSON, Nancy – Terapia Ocupacional. In O'YOUNG, Bryan; YOUNG, Mark A.; STIENS, Steven A. – **Segredos em Medicina Física e de Reabilitação**. Porto Alegre: Artmed, 2000. ISBN 85-7307-542-2.

CARVALHO, Joana; PINTO, Joana; MOTA, Jorge - Actividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. **Revista Portuguesa de Ciências Desportivas**. [em linha]. Porto. Vol.7, nº2 (Agosto, 2007), p.225-231. [Consult. 18 Nov. 2013]. Disponível em: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpcd/v7n2/v7n2a11.pdf.

CARVALHO, T.; LOPES, C. - Capacidade da família em assegurar a continuidade dos cuidados ao doente com acidente vascular cerebral: ajudar e constrangimentos. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. (Abril, 2010), p.13-18.

CERVEIRA, Joel Andrade - **Independência funcional nos doentes com AVC: determinantes sócio-demográficos e clínicos**. [em linha]. Instituto Politécnico de Viseu. Dissertação de Mestrado (Junho, 2011). [Consult. 30 Nov. 2013]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1616>.

CLARK, Gary S.; GRANGER, M.D. – Medidas dos resultados funcionais. In O'YOUNG, Bryan; YOUNG, Mark A.; STIENS, Steven A. – **Segredos em Medicina Física e de Reabilitação**. Porto Alegre: Artmed, 2000. ISBN 85-7307-542-2, p.39-43.

CONTO, Fernanda; RAMOS, Greice; LESSMANN, Juliana Cristina - **O cuidado de enfermagem e o processo de reabilitação ao indivíduo com acidente vascular cerebral sob a ótica da Teoria de Orem**. [em linha]. Universidade federal de santa Catarina: centro de ciências da Saúde. (2006) [Consult. 29 Dez. 2011]. Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0488.pdf>.

COSTA, David Bompastor – **Influência da actividade física na aptidão física de idosos institucionalizados e não institucionalizados**. [em linha]. Universidade do Porto - Faculdade de Desporto. Porto. Dissertação de Licenciatura. 2007. 135p. [Consult. 18 Nov. 2013]. Disponível em: www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/14564/2/5761.pdf.

COSTA, F. - **Qualidade de vida pós-AVC: resultados duma intervenção social**. Porto: Faculdade de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Mestrado, 2003.

DiLORETO, Stacy – AVC: Utilização dos Avanços Recentes no Diagnóstico e Tratamento. **Patient Care**. Lisboa. ISSN 0873-2167. (Outubro, 2002), p.29-41.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa, 2001. 28p. ISSN 972-9425-97-3.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Viver após um acidente vascular cerebral. Autocuidados na saúde e na doença: Guias para as pessoas idosas.** Nº2. Lisboa, 2000. 33p. ISSN 0872-2455.

DODDS, T. A. [et al.] - A validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation.** [em linha]. Nº74 (Maio, 1993), p.531-536. [Consult. 17 Nov. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8489365>.

DUNCAN, Pamela W. [et al.] - Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline. **Journal of the American Heart Association.** [em linha]. Nº36 (2005), p.100-143. ISSN: 1524-4628 [Consult. 1 Dez. 2013]. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/36/9/e100>.

EUROPEAN STROKE INITIATIVE – AVC isquémico: profilaxia e tratamento. Informação para médicos hospitalares e medicina ambulatória. **Comité Executivo da EUSI.** [em linha]. Recomendações 2003. [Consult. 27 Dez. 2011]. Disponível em: http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf.

ERGELETZIZ, D.; KEVORKIAN, C.G.; RINTALA D. - Rehabilitation of the older stroke patient: functional outcome and comparison with younger patients. **Am J Phys Med Rehabil.** [em linha]. Nº81 (Dec. 2002), p.881-889. [Consult. 1 Dez. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12447086#>.

FARIA, Maria do Carmo - Disfagia no doente com acidente vascular cerebral. **Geriatrics.** Lisboa. ISSN: 0871-5386. Ano XI. Volume XI. Nº110 (Dezembro, 1998), p.13-15.

FERRO, José [et al.] - Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico. **The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee.** [em linha]. 2008. p.1-125 [Consult. 27 Dez. 2011]. Disponível em: http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf.

FONTES, N. - A doença vascular cerebral estabelecida: recuperação motora. **Geriatrics.** Lisboa. ISSN: 0871-5386. Nº11 (1998), p.5-10.

FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise – **Fundamentos e etapas do processo de investigação.** Loures: Lusodidacta, 2009. 595p. ISBN 978-989-8075-18-5.

GONÇALVES, A. Freire; CARDOSO, S. Massano – Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais em Coimbra. **Acta Médica Portuguesa**. Lisboa. ISSN: 1646-0758. (1997), p.543-550.

HESBEEN, Walter - **A Reabilitação: criar novos caminhos**. Loures: Lusociência, 2003. 166p. ISBN 972-8383-43-6.

HILL, Andrew; HILL, Manuela Magalhães - **Investigação por questionário**. Lisboa: Síbaló, 2000.

HOEMAN, Sirley P. – **Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo**. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000. 787p. ISBN 972-8383-13-4.

JOHNSTONE, Margaret – **Restauração da função motora no paciente hemiplégico**. São Paulo: Editora Manole, 1979. 208p.

JOHNSTON, S. Claiborne; KELLEY, Roger E.; WIJMAN, Christine – Como lutar contra o acidente vascular cerebral. **Patient Care**. Lisboa. ISSN 0873-2167. Vol. 11, nº116 (Junho, 2006), p.22-38.

KELLY-HAYES, Margaret – Avaliação Funcional. In HOEMAN, Sirley P. - **Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo**. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-13-4. p.161-172.

KELLEY, Roger E. – Actualização de 2007 sobre a prevenção do AVC. **Patient Care**. Lisboa. ISSN 0873-2167. Vol.12, nº130 (Outubro, 2007), p.60-70.

LEAL, F. - Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In PADILHA, J. [et al.] - **Enfermagem em Neurologia**. Coimbra: Formasau, 2001. p.131-151.

LEITE, Valéria Barreto Esteves; FARO, Ana Cristina Mancussi – O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Revista Escola Enfermagem USP**. [em linha] Ano 39, nº1 (2005), p.92-96. [Consult. 14 Nov. 2013]. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/50.pdf.

LEONEL, Márcia; DOWSLEY, Millena; AZEVEDO, Silvia - Sequelados de acidente vascular cerebral - AVC e o apoio familiar na reabilitação. **Centro de Psicologia hospitalar e domiciliar do nordeste LTDA** [em linha]. (2002) . [Consult. 14 Dez. 2011]. Disponível em: www.cphd.com.br/trabalhos/cphd_11022006111236.doc.

LOBO, Alexandrina; PEREIRA, Adriana - Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. IIª Série, nº4 (Junho, 2007), p.61-68.

LOPES, Castro [et al.] – Neuroprotecção e neurorecuperação no AVC agudo e suas sequelas. **Patient Care**. Lisboa. ISSN 0873-2167. Vol.15, nº161 (Julho, 2010), p.65-72.

MARQUES, Sónia Catarina Lopes – **Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 972-8485-78-6.

MARQUES, Sueli; RODRIGUES, Rosalina A. P.; KUSUMOTA, Luciana - O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [em linha]. Vol.14, nº3 (Maio/Junho, 2006). [Consult. 16 Nov. 2013]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

MARTINS, I – Funções cognitivas. In FERRO, J.; PIMENTEL, J. - **Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento**. Lisboa: Lidel, 2006. ISBN 978-972-7573-68-4. p.1-23. a)

MARTINS, Maria Manuela – Cuidados de enfermagem ao doentes com AVC em internamento hospitalar. **Geriatria**. Lisboa. ISSN 0871-5386. Ano XI. Vol. XI, nº108 (Outubro, 1998), p.23-29.

MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira Silva – **Uma crise accidental na família: o doente com AVC**. Coimbra: Formasau, 2002. 296 p. ISBN 972-8485-30-1.

MARTINS, Teresa – **Acidente Vascular Cerebral: qualidade de vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores**. Coimbra: Formasau, 2006. 264 p. ISBN 972-8485-65-4.

MENEGHETTI, Cristiane [et al.] - Terapia de restrição e indução ao movimento no paciente com AVC: relato de caso. **Revista Neurociências**. [em linha]. Vol.18, nº1 (2010), p. 18-23. [Consult. 17 Nov. 2013]. Disponível em: www.revistaneurociencias.com.br/.../248%20relato%20de%20caso.pdf.

MENOITA, Elsa Cristina Paz Carvela – Viver depois de um AVC: contributos da enfermagem de reabilitação. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. (Setembro, 2009), p.36-40.

MENOITA, Elsa [et al.] - **Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente**. Loures: Lusociência, 2012. 211p. ISBN 978-972-8930-78-3.

MUSICCO, Massimo M. D. [et al.] - Early and Long-Term Outcome of Rehabilitation in Stroke Patients: The Role of Patient Characteristics, Time of Initiation, and Duration of Interventions. **Arch Phys Med Rehabil** [em linha]. Vol. 84 (Abril, 2003), p.551-558. [Consult. 27 Nov. 2013]. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12690594.

NEVES, Priscila Parochi [et al.] – Profissionais da saúde, que assistem pacientes com Acidente Vascular Cerebral, necessitam de informação especializada. **Revista Neurociências**. [em linha]. Vol.12, nº4 (Out./Dez., 2004), p. 173-181. [Consult. 10 Dez. 2011]. Disponível em: http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_4/avc.htm.

OLIVEIRA, Carlos; CANDEIAS, Maria Lisete – A independência funcional dos doentes com acidente vascular cerebral: estudo de alguns factores que a influenciam. **Revista de investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº2 (Agosto 2000), p. 11-21.

OLIVEIRA, Catarina da Silva [et al.] – Acidente Vascular Cerebral. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº49 (Julho, 2003), p.1-13.

OLIVEIRA, Rui Aragão – Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. **Análise Psicológica**. [em linha]. Nº4, (2000), p. 437-453. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em: www.scielo.oces.mctes.pt.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Promovendo a qualidade de vida após Acidente Vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003. 159p. ISSN 85-363-0238-0.

PAIS RIBEIRO, José Luís - **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. 148p. ISBN 978-972-8449-44-5.

PARENTE, Anabela [et al.] – A comunicação do doente afásico. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº70 (Janeiro, 2007), p.55-58.

PARENTE, Francisco [et al.] – Acidente vascular cerebral hemorrágico - impacto clínico e social, experiência num hospital distrital. **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**. Lisboa. Vol.9, nº3 (Julho/Setembro, 2002).

PEDERSEN, M. [et al.] - Aphasia in acute stroke: incidence, determinants and recovery. **Annals of Neurology**. [em linha]. Vol.38, nº2 (1995), p.659-666. [Consult. 1 Dez. 2013]. Disponível em: http://cognisoft.info/site_media/docs/Pedersen_1995_aphasia.pdf.

PEREIRA, Maria da Graça Marques – Alguns cuidados de enfermagem de reabilitação ao doente com acidente vascular cerebral e incapacidade de hemiplegia. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. nº38. Nº1 (Janeiro-Fevereiro, 1990), p. 5-12.

PESTANA, Maria Helena, GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para as Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS**. 5ª ed. Lisboa: Sílabo, 2008. 478p. ISBN: 972-618-18-1-x.

PIRES, Cândido Vilarinho - **Avaliação nutricional na admissão do doente com AVC**. [em linha]. Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Saúde. Dissertação de Mestrado (Maio, 2012) . [Consult. 12 Nov. 2013]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7702/1/Tese%20Final%20C%C3%A2ndido.pdf>.

PIRES, Sueli Luciano; GAGLIARDI, Rubens José; GORZONI, Milton Luiz – Estudo das frequências dos principais factores de risco para acidente vascular cerebral isquémico em idosos. **Arquivos de neuropsiquiatria** [em linha]. Nº62 (2004), p. 844-851. [Consult. 1 Dez. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n3b/a20v623b.pdf>.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernardette P. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p. ISBN 85-7307-984-3.

PONTES, Celso – Acidentes vasculares hemorrágicos e trombozes venosas cerebrais. **Geriatria**. Lisboa. ISSN 0871-5386. Ano VIII. Vol. VIII, nº76 (Junho, 1995), p.5-10.

RESEARCH FOUNDATION STATE UNIVERSITY OF NEW YORK - **Guia para o uso do sistema uniformizado de dados para reabilitação médica**. Versão 3.0. Março, 1990.

RIBEIRO, Jorge Manuel da Silva – Comunicar com o doente afásico. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 16, nº216 (Dezembro, 2006), p.42-46.

RIBERTO, Marcelo [et al.] – Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. **Acta Fisiátrica**. [em linha]. Vol.14, nº2 (2007), p. 87-94. [Consult. 28 Nov. 2012]. Disponível em: www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=193.

RIBERTO, Marcelo [et al.] – Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**. [em linha]. Vol. 8, nº1 (2001), p.45-52. [Consult. 29 Dez. 2011]. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/F899139DF5E1059396431415E770C6DD/vl_08_n_01_45_52.pdf.

RICARDO, Rui Manuel Peredo - **Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação**. [em linha]. Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Saúde. Dissertação de Mestrado (Julho, 2012) . [Consult. 30 Nov. 2013]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/7680>.

ROCHA, Belmiro M.; RESENDE, António G. - Gestos que reabilitam... alguns cuidados de reabilitação nos doentes que sofreram acidentes vasculares cerebrais (AVC). **Geriatrics**. Lisboa. ISSN: 0871-5386. Ano XI. Volume XI. Nº110 (Dezembro, 1998), p.16-18.

ROCHA, Evangelista [et al.] – Factores de Risco de Acidente Vascular Cerebral numa Coorte de Hipertensos. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. Lisboa. ISSN 0304-4750. Nº6 (1997), p.543-556.

RODRIGUES, Cristina Alexandra Fernandes – A pessoa com AVC, actividades de vida diárias alteradas, cuidados de enfermagem de reabilitação. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. (Novembro, 2008), p.14-19.

SÁ, Maria José – AVC: primeira causa de morte em Portugal. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde** [em linha]. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6 (2009), p. 12-19. [Consult. 29 Dez. 2011]. Disponível em: http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1258/3/12-19_FCS_06_-2.pdf.

SALGUEIRO, Hugo Daniel – Factores de Risco Vascular e AVC nos Idosos. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. (Março, 2011), p.32-36.

SAMUELS, Owen B.; STERN, Barney J. – O Acidente Vascular Cerebral Isquémico e os Acidentes Isquémicos Transitórios. In HEFTA, Joseph [et al.] – **Cardiologia em Cuidados Primários**. Algés: Euromédice, 2001. ISBN 972-98521-5-4.

SILVA, Emanuel de Jesus Alves - **Reabilitação após o AVC**. [em linha]. Faculdade de Medicina: Universidade do Porto (Abril, 2010). [Consult. 18 Dez. 2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao%20aps%20o%20AVC.pdf>.

SILVA, Gelson Aguiar; SCHOELLER, Soraia D.; SILVA, Evelise Maria - Reabilitação funcional após acidente vascular cerebral: uso da Escala de Medida de Independência Funcional. **Revista Digital**. [em linha]. Buenos Aires. Ano 17, nº167 (Abril, 2012) [Consult. 1 Dez. 2013]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>.

SIMÕES, Sílvia Cristina; GRILO, Eugénia Nunes - Cuidados e cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral. **Revista de Saúde Amato Lusitano** [em linha]. Nº 31 (2012), p.18-23. [Consult. 25 Nov. 2013]. Disponível em: http://www.ulscb.min-saude.pt/media/6461/artigo_revisao_1.pdf.

SMELTZER, C. Suzanne; BARE, G. Brenda - **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9ª edição, Vol. I. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. 1892p. ISBN 85-277-0721-7.

STREINER, David. L.; NORMAN, Geoffrey.R. - **Health measurement scales: a practical guide to their development and use**. London: Oxford Medical Publications, 1989. 435p. ISBN 978-0-19-923188-1.

TEIXEIRA-SALMELA, Luci Fuscaldi [et al.] – Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. **Acta Fisiátrica**. [em linha]. Vol.7, nº3 (2000), p. 108-116. [Consult. 27 Dez. 2011]. Disponível em: <http://www4.fct.unesp.br/docentes/fisio/augusto/artigos%20cient%EDficos/2000%20-%20Fortalecimento%20muscular%20e%20condicionamento%20f%EDsico%20em%20hemipl%E9gicos.pdf>.

THELAN, Lynne A. [et al.] – **Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção**. 2ª ed. Loures: Lusodidacta, 1996. 1050p. ISBN 978-7296-610-2-0.

TSUKAMOTO, Heloísa Freiria [et al.] – Análise da independência funcional, qualidade de vida, força muscular respiratória e mobilidade torácica em pacientes hemiparéticos submetidos a um programa de reabilitação: estudos de caso. **Ciências Biológicas da Saúde** [em linha]. Vol.31, nº1 (Jan./Jun., 2010), p. 63-69. [Consult. 27 Dez. 2011]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/6606/5994>.

VALADAS, Maria dos Anjos Berjano – O doente internado na unidade de AVC's. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº70 (Janeiro, 2007), p.14-18.

VAZ-SERRA, Adriano - **Inventário de Avaliação Clínica da Depressão**. Coimbra: Psiquiatria Clínica, 1994.

VENTURA, Maria Clara Amado Apóstolo – Independência Funcional em Doentes com AVC: Influência do Hemisfério Afectado. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº9 (Novembro, 2002), p.31-40.

VENTURA, Maria Clara Amado Apóstolo – Influência do hemisfério afectado na reabilitação do doente com acidente vascular cerebral. **Revista Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. Nº5 (Novembro, 2000), p.17-24.

WILSON, J.T. Lindsay [et al.] – Improving the Assessment of Outcomes in Stroke: Use of a Structured Interview to Assign Grades on the Modified Rankin Scale. **Stroke: a Journal of Cerebral Circulation** [em linha]. Vol.33, nº9 (2002). [Consult. 28 Jan. 2012]. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/33/9/2243.full>.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Instrumento de colheita de dados

Grupo controlo: ____

Grupo experimental: ____

Data do AVC: ____

Data de entrada no serviço: ____

Data da Alta: ____

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE

1. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Idade: ____ anos

Sexo: ☐ Masculino
☐ Feminino

Estado Civil: ☐ Solteiro(a)
☐ Viúvo(a)
☐ Casado(a)

Escolaridade: ☐ Nenhuma
☐ Ensino primário
☐ Ensino básico
☐ Ensino secundário
☐ Ensino superior

Profissão: _____

Agregado familiar: _____

Destino após a alta:

☐ Domicílio anterior
☐ Casa de familiares
☐ Lar
☐ Outro _____

Houve alguma sessão formal de ensino ao doente e/ou à família antes da alta?:

☐ Não
☐ Sim Conteúdo: _____

2. DADOS DE SAÚDE

Primeiro AVC?: Sim ☐
Não ☐

Fatores de risco identificados:

Tipo de AVC

☐ Isquémico
☐ Trombótico
☐ Embólico
☐ Hemorrágico
☐ Outro _____

Local da Lesão

☐ Hemisfério Direito
☐ Hemisfério Esquerdo
☐ Tronco Cerebral
☐ Cerebelo
☐ Outro _____

Intercorrências durante o internamento:

☐ Não
☐ Sim Quais: _____

3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Escala de Rankin prévia ao AVC:

☐ Assintomático (0)
☐ Déficit não incapacitante (1)
☐ Incapacidade Ligeira (2)
☐ Incapacidade Moderada (3)
☐ Incapacidade moderada grave (4)
☐ Incapacidade Grave (5)

Força Muscular:

M.S. direito:
M.S. esquerdo:
M.I. direito:
M.I. esquerdo:

Admissão	Alta

Défices cognitivos, emocionais e de comunicação:

☐ Depressão
☐ Alterações cognitivas
☐ Afasia
☐ Outros: _____

PARTE II

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL			
DATA	ADMISSÃO _/_/_	72H _/_/_	ALTA _/_/_
AUTOCUIDADO			
ALIMENTAÇÃO			
HIGIENE PESSOAL			
BANHO			
VESTIR A METADE SUPERIOR DO CORPO			
VESTIR DA METADE INFERIOR DO CORPO			
UTILIZAÇÃO DA SANITA			
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES			
CONTROLO VESICAL			
CONTROLO INTESTINAL			
MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS			
TRANSFERÊNCIAS: LEITO; CADEIRA; CADEIRA DE RODAS			
TRANSFERÊNCIAS: SANITA			
TRANSFERÊNCIAS: BANHEIRA; DUCHE			
LOCOMOÇÃO			
DEAMBULAÇÃO NA HORIZONTAL/CADEIRA DE RODAS			
ESCADAS			
COMUNICAÇÃO			
COMPREENSÃO			
EXPRESSÃO			
COGNIÇÃO SOCIAL			
INTERACÇÃO SOCIAL			
RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS DA VIDA QUOTIDIANA			
MEMÓRIA			
TOTAL:			

APÊNDICE II - Consentimento informado

Consentimento Informado

Para: (doente) _____

Rita Maria da Silva Santos, Enfermeira, a exercer funções no Serviço de Medicina deste Hospital, estudante do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontra-se a desenvolver uma tese de mestrado cujo tema é "Contributos da intervenção do enfermeiro de reabilitação na evolução da independência funcional do doente após AVC".

Este trabalho tem por objetivo identificar os contributos que a implementação de um programa de reabilitação tem no âmbito da evolução da independência funcional dos doentes após o AVC, e que estejam internados no serviço de medicina do HDFF, E.P.E. durante o tempo em que decorre o estudo.

No sentido de atingir o objetivo referido, serão colhidos dados de caracterização (como sendo a idade, a profissão, tipo de AVC) e será aplicada uma escala (Medida de Independência Funcional - MIF) durante o internamento do doente. A MIF verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de dezoito tarefas relacionadas com os autocuidados, o controlo de esfíncteres, a mobilidade, a locomoção, a comunicação e a cognição social, podendo aceitar ou recusar a sua participação, sem nenhum prejuízo no atendimento médico-hospitalar a ser realizado.

Desde já informo que a confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos serão asseguradas, sendo divulgados publicamente apenas os resultados globais por grupos de indivíduos, sem que qualquer informação leve à identificação dos respetivos participantes e suas famílias.

Consentimento

Eu, _____, fui informado e percebi os objetivos e procedimentos do estudo, dando a minha autorização para que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima e confidencial em apresentações públicas, congressos científicos e publicações.

Data: _____

O doente/responsável: _____

A investigadora: _____

ANEXOS

ANEXO I - Autorização da instituição hospitalar

Do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Figueira da Foz, 07 de Novembro de 2012

(Rita Maria da Silva Santos)

A Dr. Amelie
pare infanter
april
12.11.12.

(O Professor Orientador: Carlos Alberto Cruz de Oliveira)

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)**

Parecer Nº 115-11/2012

Título do Projecto: Contributos da intervenção do enfermeiro de reabilitação na evolução da independência funcional do doente após AVC

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Rita Maria da Silva Santos

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável: Prof. Carlos Alberto C. Oliveira

Relator(es): José Carlos Amado Martins

Parecer

O estudo surge integrado no projecto de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da ESEnC, apresentando como objetivo central "identificar de que forma a implementação de um programa de reabilitação, por parte do enfermeiro especialista, influencia a evolução da independência funcional dos doentes após um AVC".

Para atingir o objectivo, será realizado um estudo "quantitativo, do tipo quase-experimental", junto de uma amostra constituída por "doentes vítimas de AVC, internados no serviço de Medicina" do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE (HDFF, EPE). Serão constituídos dois grupos: grupo de controlo e grupo experimental. A amostragem será do tipo não probabilístico, acidental.

Serão utilizados como instrumentos de colheita de dados a Escala de Rankin (para avaliar do potencial de inclusão no estudo) e a Medida de Independência Funcional (MIF).

Os critérios de inclusão e exclusão estão correctamente definidos.

Refere já ter solicitado autorização ao Presidente do CA do HDFF, EPE

A voluntariedade, confidencialidade da informação e o anonimato dos participantes estão assegurados.

Não são previstos custos relevantes, para os participantes, decorrentes da participação no estudo. Prevêem-se ganhos, em termos de funcionalidade, para o grupo experimental.

Apresenta o instrumento para informação e obtenção do consentimento, que está de acordo com os standards.

Face ao exposto, esta Comissão dá o seu parecer favorável à realização do estudo. Não obstante, não tendo tal sido clarificado e visto existirem benefícios potenciais para alguns dos sujeitos da investigação, recomenda-se que exista uma distribuição aleatória pelos dois grupos, cumprindo assim o pressuposto da justiça distributiva.

O relator: _____

[Assinatura de José Carlos Amado Martins]

Data: 12/12/12

O Presidente da Comissão de Ética: _____

[Assinatura do Presidente da Comissão de Ética]

