escola superior de enfermagem de coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE

EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação no grau de dependência do utente vítima de acidente vascular cerebral

Ana Sofia de Oliveira Papel Troca Ventura

Coimbra, Abril de 2017

escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO

EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação no grau de dependência do utente vítima de acidente vascular cerebral

Ana Sofia de Oliveira Papel Troca Ventura

Orientador: Mestre Carlos Alberto Cruz de Oliveira, Professor Coordenador da 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, Abril de 2017

«Don't jugde each day by the harvest you reap but by the seeds that you plant»

Robert Louis Stevenson

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 Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais, nas pessoas do Sr. Presidente Dr. Vítor Lourenço e do Sr. Enfermeiro Diretor Abel Cavaco pela autorização concebida para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

Um especial agradecimento à Sr.ª Enfermeira Chefe Célia Simões, pela força e motivação vindas de sua parte durante todo o percurso académico deste ciclo de estudos. Acredito que sem o seu apoio teria sido um caminho mais difícil de percorrer, ser-lhe-ei eternamente grata.

A todos os colegas de equipa, que juntos colaboraram para que fosse possível conciliar o exercício profissional com todos os compromissos inerentes ao ciclo de estudos.

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

Ao meu amor, pela compreensão e tolerância que me dispensou ao longo deste tempo.

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 E SIGLAS

Et al.	E outros
P.	Página
PP.	Páginas
AVD	Atividades de vida diária
ABVD	Atividades básicas de vida diária
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
AIT	Acidente isquémico transitório
AVC	Acidente vascular cerebral
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CMRRC	Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro
DGS	Direção Geral de Saúde
EEER	Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação
ESEnfC	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
HTA	Hipertensão arterial
IB	Índice de Barthel
mmHg	Milímetros de mercúrio
OCSP	Oxfordshire Community Stroke Project
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical package for the social science
TACI	Enfarte total da circulação anterior
UCCC	Unidade de cuidados continuados de convalescença

RESUMO

Em Portugal, o acidente vascular cerebral é a primeira causa de morte e a principal causa de dependência e incapacidade. O objetivo deste estudo é identificar a condição do utente vítima de AVC no seu processo de reabilitação bem como perceber as implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação relativamente à evolução do seu grau de dependência, estabelecendo uma monitorização do mesmo em momentos distintos do seu processo de reabilitação.

Propõe-se um estudo inserido no paradigma quantitativo, descritivo quanto à opção metodológica, de caráter longitudinal retrospetivo, com amostragem não probabilística, pelo que serão incluídos os utentes vítimas de AVC admitidos na Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença 1 do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais num determinado período de tempo. A recolha dos dados resulta do preenchimento de um breve questionário através da consulta de informação do processo clínico dos utentes, nomeadamente os dados referentes à caracterização clínica e sociodemográfica e à aplicação do índice de Barthel na admissão e na alta clínica.

Os dados foram tratados com base no programa Statistical Package for the Social Science versão 24.0 utilizando a estatística descritiva e inferencial. Os resultados obtidos evidenciam que o grau de dependência do utente vítima de AVC para a realização das atividades de vida diminui entre a admissão e a alta e que essas diferenças são estatisticamente significativas tanto no score global do índice de Barthel como para todas as suas dimensões de forma individualizada. Conclui-se que os cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação se relacionam positivamente com os ganhos de autonomia dos utentes após AVC, contribuindo de forma significativa para a promoção da sua independência e qualidade de vida.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Dependência, Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

In Portugal, stroke is the leading cause of death and the main cause of dependence and disability. The objective of this study is to identify the condition of the victim of stroke in their rehabilitation process, as well as to understand the implications of rehabilitation nursing care in relation to the evolution of their degree of dependence, establishing a monitoring of that at different moments of their rehabilitation process.

It is proposed a study inserted in the quantitative paradigm, descriptive as far as the methodological option, of retrospective longitudinal character, with non-probabilistic sampling, where will be included the victims of Stroke admitted at “Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença 1” of “Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais” in a certain period of time. Data collection results from the completion of a short questionnaire through the consultation of information on the clinical process of the patients, namely the data regarding the clinical and sociodemographic characterization and the application of the Barthel index on admission and clinical discharge.

The data were treated based on the Statistical Package for the Social Science version 24.0 using descriptive and inferential statistics. The results show that the degree of dependence of the victim of stroke on life activities decreases between admission and discharge and that these differences are statistically significant both in the Barthel overall score as well as in all of its dimensions. It is concluded that the care of nurse specialist in rehabilitation nursing are positively related to the gains of autonomy of the person after stroke, contributing significantly to the promotion of their independence and quality of life.

Keywords: Stroke, Dependence, Rehabilitation Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 – Padrão espástico…… 49

Figura 2 – Padrão anti-espástico…… 49

Figura 3 – Decúbito dorsal……... 51

Figura 4 – Decúbito lateral para o lado são……... 51

Figura 5 – Decúbito lateral para o lado lesado…… 52

Figura 6 – Ponte…… 53

Figura 7 – Mobilização da escápula……... 54

Figura 8 – Elevação do braço em rotação externa……... 54

Figura 9 – Automobilização…… 55

Figura 10 – Extensão da anca…… 55

Figura 11 – Suporte precoce de peso…… 56

Figura 12 – Rolamento para o lado lesado…… 57

Figura 13 – Rolamento para o lado são……... 57

Figura 14 – Facilitação cruzada e suporte precoce de peso no membro superior……... 58

Figura 15 – Rolar para apoiar-se no cotovelo e sentar-se……... 58

Figura 16 – Treino de equilíbrio sentado……... 59

Figura 17 – Copo com tetina regulável……..……... 61

Figura 18 – Copo com recorte…… 61

Figura 19 – Rebordo de prato…… 61

Figura 20 – Engrossadores de cabo…….. 61

Figura 21 – Bolsa palmar…… 61

Figura 22 – Apoio de banheira fixo…… 63

Figura 23 – Apoio de banheira giratório……. 63

Figura 24 – Cadeira sanitária…….. 63

Figura 25 – Transferência: cama/cadeira……..…….... 65

Figura 26 – Vestir a camisa, iniciando pelo lado lesado…… 68

Figura 27 – Vestir as calças, iniciando pelo lado lesado……. 68

Figura 28 – Vestir as calças, na posição de deitado…… 68

Figura 29 – Calça meias…….. 69

LISTA DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 - Consistência interna do índice de Barthel……... 86

Tabela 2 - Resultados do teste de normalidade para o Índice de Barthel…… 89

Tabela 3 - Distribuição dos utentes segundo o género……... 93

Tabela 4 - Estatística descritiva referente a idades dos utentes…… 94

Tabela 5 - Distribuição dos utentes segundo o grupo etário……... 94

Tabela 6 - Distribuição dos utentes segundo o estado civil…… 94

Tabela 7 - Distribuição dos utentes segundo o tipo de AVC……... 95

Tabela 8 - Distribuição dos utentes segundo a lateralidade…….. 95

Tabela 9 - Estatística descritiva referente ao número de fatores de risco para AVC……..... 96

Tabela 10 - Distribuição dos utentes segundo fatores de risco para AVC……... 96

Tabela 11 - Frequência dos fatores de risco para AVC……... 96

Tabela 12 - Estatística descritiva referente a duração do internamento dos utentes……. 97

Tabela 13 - Distribuição dos utentes segundo o tempo de internamento na UCCC1……... 97

Tabela 14 – Estatística descritiva do índice de Barthel verificado na admissão e no momento da alta dos utentes……... 97

Tabela 15 - Distribuição dos utentes segundo o grau de dependência na admissão e no momento da alta……. 98

Tabela 16 – Estatística descritiva do índice de Barthel, segundo as várias dimensões, verificado na admissão e no momento da alta dos utentes……... 99

Tabela 17 – Teste de Wilcoxon ao grau de dependência (Barthel) na admissão e no momento da alta dos utentes……. 101

Tabela 18 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, ao género e ao grau de dependência (Barthel) dos utentes no momento da alta……... 102

Tabela 19 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, a idade dos utentes e ao grau de dependência no momento da alta…… 103

Tabela 20 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ao estado civil dos utentes e o grau de dependência para a realização de atividades de vida. 104

Tabela 21 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ao tipo de AVC que os utentes sofreram e a sua capacidade para a realização de atividades de vida…… 105

Tabela 22 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, a localização do AVC que os utentes sofreram e o seu grau de dependência para a realização de atividades de vida…… 106

Tabela 23 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, aos dias de internamento dos utentes e ao grau de dependência no momento da alta……... 106

Tabela 24 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao número de fatores de risco de AVC identificados na admissão dos utentes na UCCC1 e ao grau de dependência (Barthel) no momento da alta…… 107

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 21

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL 27

1 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL 29

1.1. AVC HEMORRÁGICO 30

1.2. AVC ISQUÉMICO 31

2 - FATORES DE RISCO RELACIONADOS 33

2.1. FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS 33

2.2. FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS 34

2.3. FATORES DE RISCO DO ESTILO DE VIDA MODIFICÁVEIS 35

3 - ALTERAÇÕES DECORRENTES DO AVC 37

3.1. ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES MOTORAS 37

3.2. ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES SENSORIAIS E PERCEPTIVAS 40

3.3. ALTERAÇÃO DA ELIMINAÇÃO 41

3.4. ALTERAÇÃO DA LINGUAGEM 42

3.5. ALTERAÇÃO COGNITIVA E DO COMPORTAMENTO 44

4 - REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC 46

4.1. REEDUCAÇÃO PRECOCE DO MOVIMENTO SEGUNDO JOHNSTONE .. 52

4.1.1. Ponte 52

4.1.2. Mobilização do membro superior 53

A. Mobilização escapular 53
B. Elevação do braço em rotação externa 54
C. Automobilização 55

4.1.3. Mobilização do membro inferior 55

A. Extensão da anca 55
B. Suporte precoce de peso 56
4.1.4. Rolamentos.....56

4.1.5. Facilitação cruzada 57

4.1.6. Carga no cotovelo 58

4.1.7. Treino de equilíbrio 58

4.2. REABILITAÇÃO FUNCIONAL NAS ATIVIDADES DE VIDA 59

4.2.1. Alimentação.....60

4.2.2. Higiene pessoal e banho 62

4.2.3. Eliminação 63

4.2.4. Transferência.....65

4.2.5. Mobilidade e deslocação 65

4.2.6. Utilização do sanitário (WC) 67

4.2.7. Vestir e despir 67

4.2.8. Subir e descer escadas.....69

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 73

1 - DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO 75

2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 77

3 - TIPO DE ESTUDO.....78

4 - VARIÁVEIS EM ESTUDO 80

4.1. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS 80

5 - POPULAÇÃO ALVO/AMOSTRA 82

6 - COLHEITA DE DADOS.....84

6.1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....84

6.2. ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO ÍNDICE DE BARTHEL 86

6.3. APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE 86

6.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLHEITA DE DADOS 87

7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS 88

8 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 90

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS…….. 91

1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 93

1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA 93

1.2. CARACTERIZAÇÃO CLINICA DA AMOSTRA..... 95

2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 108

CONCLUSÃO 121

BIBLIOGRAFIA..... 126

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da UICISA:E da ESEnfC

ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CMRRC – Rovisco Pais

APÊNCICES

APÊNCIDE I – Instrumento de colheita de dados

INTRODUÇÃO

A perspetiva de aumento acentuado da longevidade que ocorre nos países industrializados tem determinado uma mudança no perfil demográfico da população, que cada vez está mais envelhecida. Segundo Sá (2009), em Portugal, o acidente vascular cerebral (AVC) é a primeira causa de morte e a principal causa de dependência e incapacidade, tomando-se por este facto preocupante.

É consequência frequente do AVC a presença de sequelas incapacitantes, causando às suas vítimas inúmeras limitações, nomeadamente motoras, sensoriais, percetivas, da linguagem e do pensamento. A vítima de AVC sofrerá inevitavelmente uma alteração em toda a dinâmica da sua vida pelas sequelas que a restringem, conduzindo à sua dependência na realização das atividades de vida, atingindo consequentemente as entidades em seu redor, como a sua família e o seu meio em geral.

Segundo o Regulamento nº350/2015 de 22 de Junho, a Enfermagem de Reabilitação tem como alvo a pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, com base nos problemas reais e potenciais do seu alvo. Este baseia a sua tomada de decisão procurando a promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação da pessoa com deficiência, otimizando e maximizando a funcionalidade desta através do desenvolvimento das suas capacidades e do seu potencial (Ordem dos Enfermeiros, Regulamento 125/2011).

Segundo o Parecer nº12/2011 da Ordem dos Enfermeiros (OE), um dos objetivos do processo de reabilitação é capacitar a pessoa para o autocuidado, definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2 (2011, p. 41) como “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”. O termo atividades de vida diária (AVD) refere-se, no contexto da reabilitação, ao conjunto de atividades que a pessoa desempenha de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia (OE, 2011).

Ricardo (2012), baseando-se no estudo que realizou, afirma que o EEER desempenha um papel fundamental no processo de reabilitação do utente vítima de AVC, realizando atividades fulcrais para o restabelecimento da sua qualidade de vida.

Todos estes factos transportam a uma reflexão sobre esta temática, incitando a procura de respostas para inúmeras questões, como qual o grau de dependência de uma pessoa acometida de um AVC e até que ponto a intervenção da enfermagem de reabilitação tem um papel preponderante, permitindo a estes indivíduos a sua adaptação às inúmeras limitações, bem como à recuperação de algumas funções e independência ao nível das atividades de vida.

Segundo o art.º 13º do Decreto-Lei, 101/2006 de 6 de Junho, uma Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença (UCCC) define-se como uma unidade de internamento independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição com o intuito de prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico. Esta tipologia de unidade tem por finalidade a "estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos (…) ".

A Unidade de Convalescença em estudo encontra-se inserida no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro (CMRRC) – Rovisco Pais, e está especificamente direcionada para utentes Pós-Acidente Vascular Cerebral e Pós-Cirurgia do Aparelho Locomotor, que estejam numa situação de dependência e perda de autonomia e que necessitem de realizar um programa de tratamento e reabilitação, por um período previsto de 30 dias consecutivos. A prestação de cuidados é realizada por uma equipa de saúde multidisciplinar que reúne pelo menos uma vez por semana para intercâmbio de informações acerca do plano de reabilitação individual de cada utente. Mediante a avaliação e discussão de cada indivíduo, caso se verifique potencial de reabilitação por explorar, o período de internamento é passível de prorrogar até ao limite de 90 dias consecutivos.

Foi possível comprovar através do exercício profissional na UCCC do CMRRC – Rovisco Pais, desde 2011, cuja equipa integra o EEER, que a abordagem deste profissional é determinante no processo de reabilitação do utente vítima de AVC.

Tendo presentes as competências do EEER, sentimos a necessidade de investigar quais as "Implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação no grau de dependência do utente vítima de acidente vascular cerebral", considerando pertinente o

tema para o presente ciclo de estudos, pois desde o início da atividade profissional, houve o desejo de conhecer a vivência da prática diária aliada à investigação científica, por forma a produzir conhecimento que refletisse a realidade desta UCCC.

Para o efeito, traçámos as questões de investigação:

- Os cuidados de enfermagem de reabilitação ao utente vítima de AVC, durante o internamento na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais, influenciam o seu grau de dependência nas atividades de vida no momento da alta?

- As variáveis sociodemográficas (género, idade e estado civil) influenciam o grau de dependência nas atividades de vida do utente vítima de AVC no momento da alta?

- As variáveis clínicas (tipo de AVC, lateralidade, fatores de risco de AVC e duração do internamento) influenciam o grau de dependência nas atividades de vida do utente vítima de AVC no momento da alta?

Assim, neste estudo tivemos como objetivo identificar o grau de dependência do utente acometido de AVC antes e depois dos cuidados de reabilitação a que foi submetido por parte do EEER, durante o internamento na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais assim como investigar se a evolução do grau de dependência se relaciona com as variáveis clínicas e sociodemográficas do mesmo.

No que concerne à metodologia de investigação, este estudo inseriu-se no paradigma quantitativo, já que pretendeu recolher dados observáveis e quantificáveis. Considerou-se o tipo de amostragem não probabilística. Quanto à opção metodológica, tratou-se de um estudo descritivo correlacional, pois recorreu à descrição do grau de dependência do utente vítima de AVC através do preenchimento do Índice de Barthel (IB) antes e depois da intervenção do EEER, estabelecendo posteriormente relações entre variáveis. Tratou-se de uma investigação de carácter longitudinal retrospetivo, já que a recolha de dados junto dos utentes vítimas de AVC foi efetuada pela consulta dos seus processos clínicos em dois momentos: na admissão e na alta do internamento na UCCC do CMRRC – Rovisco Pais. Foi elaborado um instrumento de registo para colher a informação sociodemográfica e clínica, bem como a aplicação do IB nos dois momentos distintos (admissão e alta clínica). Para organizar e sistematizar a informação fornecida pelos dados e obter os resultados descritivos e inferenciais, recorremos ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for the Social Sciences, na versão de 24.0.

Estruturalmente o trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas. A primeira parte constitui o enquadramento teórico, integrando o primeiro capítulo, onde se realiza uma abordagem sobre o acidente vascular cerebral através da revisão da literatura por

forma a contextualizar a temática do estudo, a sua classificação, os fatores de risco associados e as alterações decorrentes do mesmo que são experienciadas pelas suas vítimas. São também apresentadas as diferentes fases da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC, que constituem a metodologia clínica deste profissional implementada na unidade de convalescença onde o estudo foi desenvolvido.

Na segunda parte encontra-se o estudo empírico, composto pelo segundo capítulo, onde foram apresentadas as considerações metodológicas utilizadas por forma a dar resposta à problemática abordada no estudo, as questões de investigação, o tipo de estudo, as variáveis, a população alvo/amostra, a colheita de dados, o tratamento estatístico dos dados e as considerações éticas. Continua com o terceiro capítulo onde se realizou a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos. Por fim são apresentadas as conclusões finais, considerando as limitações do estudo bem como as implicações e contributos para a Enfermagem de Reabilitação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O primeiro capítulo deste trabalho, referente ao enquadramento teórico, visa efetuar uma breve revisão acerca do acidente vascular cerebral, uma vez que os indivíduos acometidos por esta patologia são os objetos de estudo do mesmo. Pretende-se, ainda, dar ênfase à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação bem como às suas implicações no grau de dependência dos utentes vítimas de AVC, já que a mesma constituiu uma das variáveis do problema de investigação.

1 - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Para Martins como referido por Jardim (2008), o acidente vascular cerebral consiste num conjunto de sintomas e deficiências neurológicas, durante um período mínimo de 24 horas, resultante de lesões cerebrais provocadas por alterações da irrigação sanguínea. A alteração neurológica é frequentemente unilateral, deixando como consequência uma hemiplegia ou hemiparésia. Com a interrupção da afluência do sangue aos tecidos cerebrais, ocorre a morte das suas células constituintes ou a lesão das mesmas, devido à deficiente oxigenação. As células cerebrais podem também ser afetadas por uma hemorragia no cérebro ou nas estruturas vizinhas. Estas alterações neurológicas denominam-se acidentes vasculares cerebrais pois afetam os vasos sanguíneos (vascular) e o encéfalo (cérebro).

Em Portugal, o AVC é a patologia responsável pelo maior índice de incapacidade e dependência funcional da população adulta portuguesa, bem como a primeira causa dos óbitos registados (Sá, 2009).

Segundo Gouveia como referido por Jardim (2008), cerca de 30% dos AVC são fatais e a sua mortalidade ao fim de quatro anos ronda os 40%. Outro facto importante é a morbilidade consequente pois o AVC conduz frequentemente a marcadas situações de incapacidade física e mental na pessoa. Além das alterações do foro neurológico provocadas pelo AVC, verifica-se que um ou mais sistemas ficam lesados, o que vai condicionar ainda mais a tentativa de reinserção das suas vítimas.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2013 o AVC foi responsável por 11,5% do total das mortes ocorridas no país.

> O impacto do AVC na sociedade tem sido crescente, pelo aumento da sua prevalência na população, devido à maior sobrevivência e ao aumento da população idosa (Direção Geral de Saúde [DGS], 2001), e pela incapacidade que provoca. Estima-se que a sua incidência seja de 1 a 2 por 1.000 habitantes por ano, e que após o AVC, cerca de 70% dos utentes apresentam incapacidade, dos quais 24% com um nível de inaptidão muito grave, com base no Índice de Barthel (DGS, 2001), e com grande impacto nos vários domínios relativos ao utente. (Nunes, Pereira, & Silva, 2005, p.4)

Cada AVC é diferente assim como cada pessoa. A origem dessas diferenças está na área cerebral atingida e suas respetivas funções, conduzindo a alterações distintas manifestadas pelas vítimas de AVC. Tais alterações variam conforme a zona do cérebro que é afetada, o tipo de AVC, a causa do AVC, os fatores de risco presentes em cada doente, o estado de saúde anterior e também conforme o apoio que cada doente terá na sua reabilitação (Valadas como referido por Santos, 2013).

Martins como referido por Jardim (2008), admite que as consequências neurológicas dependem do hemisfério lesado bem como do volume de tecido cerebral atingido. As lesões do lado direito do cérebro causam paralisia do lado esquerdo do corpo, podendo também originar perda de memória, comportamento impulsivo e deficiências espaciais e perceptuais. As lesões do lado esquerdo do cérebro provocam paralisia do lado direito do corpo e dão alterações na fala, entre outras. Os profissionais de saúde devem apresentar diferentes abordagens ao utente, dependendo da lateralidade da lesão, visto que se verificam diferenças entre as capacidades cognitivas dos indivíduos com lesões do hemisfério direito e do hemisfério esquerdo.

Não há unanimidade quanto à classificação tipológica dos AVC, mas sabe-se que esta depende do mecanismo que o originou, classificando-se, portanto, segundo um critério etiológico ou de dimensão territorial.

Assim, o AVC pode classificar-se em dois tipos: hemorrágico e isquémico, que podem ser ainda divididos em subtipos, apresentando-se, em seguida, a classificação sugerida por Martins como referido por Jardim (2008).

1.1. AVC HEMORRÁGICO

O AVC hemorrágico ocorre devido à rutura de um vaso sanguíneo intracraniano. Neste, a hemorragia pode ocorrer de várias formas, como por exemplo o aneurisma, um ponto fraco ou fino na parede de uma artéria que com o tempo pode aumentar devido à hipertensão arterial (HTA), acabando por rebentar; ou a rutura de uma parede arterial, que devido à arteriosclerose, perdeu a sua elasticidade, ficado rígida, fina e sujeita a romper.

O AVC hemorrágico pode ainda ser dividido em hemorragia cerebral parenquimatosa ou hemorragia subaracnoideia. A hemorragia parenquimatosa tem origem nos pequenos vasos perfurantes e surge muitas vezes nos gânglios da base, na protuberância e no cerebelo. Esta pode ocorrer de forma espontânea ou após pequenos traumatismos. A hemorragia subaracnoideia normalmente ocorre devido à rutura de um aneurisma no espaço subaracnoideu, provocando uma hemorragia meníngea.

1.2. AVC ISQUÉMICO

O AVC isquémico ocorre devido à falta de irrigação sanguínea numa determinada área cerebral ou por hipotensão arterial grave, causando morte de tecido cerebral. Este tipo de AVC pode originar défices definitivos ou transitórios.

O défice transitório, habitualmente designado por Acidente Isquémico Transitório (AIT), refere-se a uma interrupção temporária da circulação cerebral. Estes episódios caracterizam-se por défices neurológicos focais, súbitos e duração não superior a 24 horas, com recuperação completa.

O AVC isquémico pode ser lacunar, trombótico ou embólico.

O AVC Lacunar é resultante da falta de oxigenação dos tecidos cerebrais por obstrução de pequenas arteríolas que penetram nos gânglios basais, cerebelo, cápsula interna e menos frequentemente na substância branca cerebral. Está geralmente associado à HTA mal controlada ou à diabetes mellitus. Pode ser observado numa tomografia axial computorizada crâneo-encefálica como pequenas áreas hipodensas. O prognóstico é geralmente bom.

O AVC trombótico ocorre pela formação de um trombo ou coágulo de sangue, que vai obstruir a afluência sanguínea parcial ou totalmente ao cérebro. Como consequência, ocorre a diminuição do aporte de oxigénio e glicose às células cerebrais causando a sua morte.

O AVC embólico ou embolia cerebral dá-se quando um êmbolo em circulação na corrente sanguínea se desloca até uma artéria cerebral, provocando a oclusão da mesma. Para o autor, os quadros de embolia cerebral instalam-se normalmente de forma súbita. Os sintomas podem repetir-se no tempo, significando embolização recorrente, sendo estas raramente precedidas por AIT.

Ainda referentemente ao AVC isquémico, a Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP) apresenta uma classificação clínica que integra um método de classificação simples e rápido do AVC isquémico agudo baseado nos sinais e sintomas manifestados, integrando o local e tamanho do enfarte na tomografia computorizada, bem como o prognóstico e recuperação funcional (Paci, Nannetti, D'Ippolito & Lombardi, 2011).

Esta classificação categoriza síndromes de AVC em quatro subtipos clínicos:

- Enfarte total da circulação anterior (TACI); caracterizado por défice das funções superiores, hemianópsia homónima, défice motor/sensitivo envolvendo pelo menos duas localizações do hemicorpo (face, membro superior, membro inferior).

- Enfarte parcial da circulação anterior (PACI); caracterizado por duas ou três das alterações do TACI com disfunção superior isolada ou défice motor/sensitivo mais restrito que no enfarte lacunar.

- Enfarte lacunar (LACI); caracterizado por défice motor ou sensitivo envolvendo pelo menos duas localizações do hemicorpo (face, membro superior, membro inferior).

- Enfarte da circulação posterior (POCI); caracterizado por parésia ipsilateral de pares cranianos e/ou défice sensorial, défice motor e/ou sensorial bilateral, alteração do movimento ocular conjugado, disfunção cerebelosa, hemianópsia homónima (Asdaghi et al., 2011).

A classificação da OCSP consta ocasionalmente na informação clínica dos utentes integrantes da amostra, uma vez que o seu surgimento vai depender da proveniência dos casos diagnosticados de AVC, o que na UCCC em estudo se verifica ser muito diversificada.

2 - FATORES DE RISCO RELACIONADOS

Segundo a Organização Mundial de Saúde, um fator de risco é qualquer atributo, característica ou exposição de um indivíduo que aumenta a probabilidade de desenvolver uma doença ou lesão (WHO, s.d.).

Vários fatores de risco de AVC estão intrinsecamente relacionados com hábitos de vida pouco saudáveis. Estes podem distinguir-se entre fatores de risco modificáveis e não modificáveis, assim como estilos de vida que podem ser alterados (Leal como referido por Jardim, 2008).

De acordo com Jimenez-Caballero, Lopez-Espuela, Portilla-Cuenca, Jimenez-Gracia, e Casado-Naranjo (2013) mais de metade dos indivíduos que sofreram AVC tem pelo menos um fator de risco que não foi diagnosticado previamente. Bangalore et al., (2014) acrescenta que os utentes que sofreram AVC não aderem significativamente a medidas de prevenção secundária, descartando a oportunidade de reduzir o risco de recidiva de AVC.

Assim sendo, o enfermeiro de reabilitação vai ter um papel fundamental, no sentido de detetar os fatores de risco, promover mudanças de estilo de vida e assim contribuir para a prevenção ou recorrência do AVC nestes indivíduos.

2.1. FATORES DE RISCO NÃO MODIFICÁVEIS

Jardim (2008) refere que o risco de AVC aumenta com a idade e que os homens correm maior risco de ter um AVC, embora mais mulheres morram de AVC, isto porque os homens têm AVC mais cedo, tendo maiores hipóteses de recuperação.

Segundo Martins como referido por Santos (2013) a frequência do AVC aumenta com a idade e ocorre mais comummente entre os 65 e os 85 anos e 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 a incidência tende a igualar-se em ambos os sexos.

Em relação ao grupo étnico e racial, Jardim (2008) diz que alguns grupos étnicos apresentam maior risco de ter AVC que outros. Como exemplo, as pessoas da África ocidental e das Caraíbas apresentam dobro do risco de AVC em relação a uma pessoa caucasiana.

Em Portugal, cerca de 30% de doentes com AVC têm pelo menos um familiar afetado pela doença. A influência de um estilo de vida comum entre membros de uma família pode contribuir para um AVC familiar. Por outro lado, os genes condicionam a expressão de fatores de risco de AVC como HTA, doenças cardíacas, diabetes mellitus e malformações vasculares. Existe evidência de que a existência de certos genes predispõe um indivíduo a desenvolver ou ser resistente a um AVC (Jardim, 2008).

Assim, os fatores genéticos aparentam interferir no processo de doença, confirmando-se que a frequência de AVC é maior nos indivíduos de raça negra. Alguns autores apontam para a possibilidade destes interagirem com fatores ambientais para aumentar o risco de AVC (Salgueiro, 2011).

Martins como referido por Santos (2013) acrescenta que, tendo em conta a região do mundo, verifica-se uma variação da morbilidade e mortalidade por AVC, pelo que alguns autores defendem que estas diferenças se relacionam especificamente com alterações ambientais.

Nesta linha de pensamento, há autores que defendem que os meses de Inverno são os que registam maior incidência de AVC (Jardim, 2008).

2.2. FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

Jardim (2008) refere que pessoas com HTA (pressão arterial elevada persistente, superior a 140/90 mmHg) têm um risco de AVC quatro a seis vezes superior ao das pessoas com pressão arterial normal (pressão arterial de 120/80mmHg). A hipertensão acelera o processo de arteriosclerose, podendo precipitar a rutura de um vaso sanguíneo ou uma isquémia.

Atualmente estão documentados antecedentes de HTA em 25 a 40% dos indivíduos vítimas de AVC. Estudos apontam para uma frequência de 80% de HTA na altura do AVC. Há ainda referência de que entre 65 a 70% dos doentes com AVC apresentam HTA e que a cada 7,5 mmHg de aumento da tensão arterial corresponde um aumento da incidência de AVC de 46%. É ainda relatado que se pode reduzir em cerca de 40% a incidência do AVC através do controlo dos valores tensionais (Salgueiro, 2011).

Segundo Jardim (2008), os diabéticos têm um risco três vezes superior de ter um AVC do que indivíduos sem diabetes. O risco de AVC provocado por diabetes é mais elevado entre os 50 e 70 anos de idade, diminuindo posteriormente.

Salgueiro (2011) esclarece que a diabetes pode acelerar o processo aterosclerótico nas artérias e por conseguinte conduzir ao AVC.

Relativamente ao colesterol, este pode dividir-se em dois tipos: a lipoproteína de elevada densidade (o colesterol bom) e a lipoproteína de baixa densidade (o colesterol mau). Quando o colesterol mau se encontra em excesso no sangue, este deposita-se ao longo da parede interna das artérias, conduzindo ao endurecimento destas, levando à arteriosclerose e consequentemente ao AVC (Jardim, 2008).

Salgueiro (2011) esclarece que a hiperlipidémia faz com que exista uma acumulação de cristais de colesterol nas paredes dos vasos. Assim, a elasticidade dos vasos será reduzida o que conduz à HTA que por sua vez agrava a aterosclerose. Assim, para além de se controlar a HTA é também de extrema importância evitar a formação de placas de ateroma controlando os níveis de colesterol no sangue.

Quaisquer doenças cardíacas constituem também fatores de risco para AVC. Um exemplo é a fibrilhação auricular, que se pode caracterizar por um batimento da aurícula esquerda quatro vezes superior ao do resto do coração, provocando uma corrente sanguínea irregular e a formação ocasional de coágulos sanguíneos, que podem viajar até ao cérebro, causando o AVC. A cirurgia cardíaca também é um fator de risco, na medida em que quando se recorre à cirurgia para corrigir malformações do coração ou reverter o efeito de doenças cardíacas pode propiciar-se o deslocamento de placas da aorta, podendo estas viajar até ao cérebro e provocar um AVC (Jardim, 2008).

Salgueiro (2011) inclui as cardiopatias embolígenas, como é o caso da insuficiência cardíaca congestiva ou da fibrilhação auricular, como fatores de risco a ter em conta que podem provocar um AVC.

Finalmente, Martins como referido por Santos (2013) faz referência à presença de AIT como um fator de risco, uma vez que cerca de um terço dos indivíduos que sofreram um AIT acabarão por sofrer um AVC num período médio de cinco anos.

2.3. FATORES DE RISCO DO ESTILO DE VIDA MODIFICÁVEIS

A obesidade é considerada por Kurth como referido por Humphrey, Gibson e Jones (2010) um fator de risco para o AVC, na medida em que indivíduos com índice de massa corporal de 30 Kg/m2 ou mais têm duas vezes mais risco de AVC do que aqueles que têm um índice de 20-29, sendo que a cada aumento de unidade do índice é associado um aumento de 6% no risco de AVC.

Segundo Jardim (2008), quando presente, a obesidade aumenta o risco de diabetes mellitus, HTA e arteriosclerose, aumentando consequentemente o risco de AVC. Desta forma, também o sedentarismo aumenta o risco de AVC, visto que a falta de atividade física pode conduzir à obesidade. O autor acrescenta que fumar duplica o risco de AVC

isquémico, pois promove a arteriosclerose e aumenta os níveis de fatores de coagulação do sangue. O tabagismo agrava ainda os danos causados pelo AVC porque enfraquece a parede endotelial do sistema vascular do cérebro.

Shinton e Beevers como referido por Humphrey et al. (2010) acusam a forte ligação entre o tabagismo e incidência de AVC em 50%, considerando que os fumadores apresentam evidentemente maior risco, independentemente de terem outros fatores de risco associados.

O Consumo excessivo de álcool também se manifesta como um fator de risco para AVC, já que com o seu consumo há um aumento da pressão sanguínea. O consumo diário de pequenas doses parece, no entanto, apresentar um efeito protetor contra o AVC isquémico, provavelmente porque o álcool diminui a capacidade de coagulação das plaquetas (Jardim, 2008).

Salgueiro (2011) corrobora, afirmando que 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).

Reynolds et al. como referido por Pinzon e Furie (2009) acrescentam que o consumo excessivo de álcool (60 gramas por dia) aumenta o risco individual de AVC para todos os subtipos, especialmente a hemorragia intracerebral e a hemorragia subaracnoideia, estando também associado à incidência da HTA.

O Uso de drogas ilícitas como a cocaína pode atuar sobre outros fatores de risco (HTA, doenças cardíacas e vasculares), causando constrição vascular, reduzindo a perfusão sanguínea no cérebro, e causando arritmias cardíacas que podem levar à formação de coágulos. A marijuana diminui a tensão arterial causando níveis de pressão sanguínea flutuante.

Outro fator de risco, ainda não muito consensual é a toma de anticoncetivos e a terapêutica de substituição hormonal (Salgueiro, 2011).

3 - ALTERAÇÕES DECORRENTES DO AVC

Existem vários problemas e alterações causadas pelo AVC, nomeadamente a nível das funções motoras, sensoriais, percetivas, cognitivas, comportamentais e a nível da eliminação. Estes problemas e alterações estão intrinsecamente ligados às atividades de vida diária do indivíduo, indo condicioná-las. Consoante as particularidades da lesão cerebral, as alterações e sequelas manifestadas irão ser distintas assim como a dependência da vítima de AVC poderá ser manifestada em diferentes graus.

3.1. ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES MOTORAS

Bobath como referido por Ricardo (2012) defende que durante as primeiras semanas após a ocorrência do AVC, o hemicorpo afetado apresenta um estado de flacidez sem movimentos voluntários, onde o tónus muscular é insuficiente para iniciar qualquer tipo de movimento. Em alguns casos a flacidez permanece por apenas algumas horas ou dias mas raramente persiste de forma indeterminada. Estas alterações conduzem à perda dos padrões de movimento do hemicorpo afetado, bem como à adoção de padrões inadequados do lado são. Mediante estas limitações, o indivíduo perde a capacidade para rolar, sentar-se sem apoio, manter-se de pé, e adota a tendência para transferir o peso para o lado são, por falta de perceção do corpo como um todo.

Goldberg como referido por Jardim (2008), explica que o feixe cortico espinhal estende-se desde a área motora do córtex cerebral até ao tronco cerebral, controlando os movimentos abaixo da cabeça. Os neurónios motores acima do nível das sinapses, que unem o córtex cerebral e o corno anterior, são chamados de neurónio motor superior, enquanto que aqueles abaixo desse nível são chamados de neurónio motor inferior. Lesões destes neurónios resultam em sinais clínicos diferentes, apesar de ambos causarem paralisia. As lesões do primeiro resultam em paralisia espástica, atrofia muscular insignificante, hiperreflexia, sinal de Babinsky presente e ausência de fasciculação e fibrilhação. Lesões do neurónio motor inferior resultam em paralisia flácida, atrofia muscular significativa, presença de fasciculação e fibrilhação e hiporreflexia, ausência de sinal de Babinsky.

Paralisia, segundo a CIPE (2015, p. 71), é um “processo do sistema musculosquelético comprometido: condição anormal caracterizada perda da função muscular, perda da sensibilidade ou ambas; perda da capacidade para mover o corpo ou partes do corpo,

acompanhada de perda do controlo intestinal e vesical e por dificuldade respiratória, associada a agressão, lesão neurológica e muscular ou traumatismo vertebromedular, doença ou envenenamento."

A Espasticidade trata-se de um "Processo do sistema musculosquelético comprometido: contração descontrolada dos músculos esqueléticos, aumento do tónus muscular; rigidez muscular e movimentos descoordenados" (CIPE, 2015, p. 57).

Bobath como referido por Ricardo (2012) esclarece que a espasticidade produz características típicas como as posturas anormais e os movimentos estereotipados. A distribuição anormal do tónus é normalmente mais intensa em certos padrões que envolvem os músculos antigravíticos do hemicorpo afetado, nomeadamente, os flexores do membro superior e os extensores do membro inferior, sendo variável de caso para caso.

Jardim (2008) refere que o aumento do tónus muscular nos músculos antigravíticos é de carácter reflexo e igualmente mantido por reflexos, que alteram consoante a presença de estímulos nocivos e transferência de peso. O autor explica que uma lesão nos trajetos cortico espinhais produz uma exagerada contração tónica, conduzindo a um tónus muscular aumentado. Assim, este caracteriza a hipertonia muscular por:

- Aumento da resistência do músculo ao estiramento: A reação do músculo através do reflexo miotático será tanto maior quanto mais rapidamente o músculo for alongado. Este fenómeno permite distinguir a espasticidade da rigidez, pois na rigidez a resistência do músculo face ao alongamento não depende da velocidade do movimento.

- Diminuição da resistência muscular após um certo grau de estiramento: Aquando do brusco alongamento do músculo, verifica-se uma contração reflexa do mesmo, causando a consequente diminuição brusca desta resistência (sinal de canivete). Este sinal permite também diferenciar a espasticidade da rigidez, uma vez que quando se trata de rigidez, a resistência muscular aparece e persiste, independentemente do grau de estiramento e da direção do movimento.

- Distribuição desigual no território muscular afetado: Este critério possibilita, assim como os dois anteriores, a distinção entre espasticidade e rigidez extrapiramidal, já que nesta última, o aumento do tónus muscular pode estar presente, tanto nos músculos agonistas como nos antagonistas.

Em reabilitação, nota-se importante distinguir espasticidade de rigidez, o que nem sempre é fácil, designadamente em lesões extensas do SNC que comprometem tanto as vias piramidais como as extrapiramidais (Jardim, 2008).

Segundo a OMS como referido por Jardim (2008), em alguns casos, a lesão motora pode afetar os músculos da face no lado hemiplégico que se traduz por parésia facial. Estes ficam fracos, acarretando dificuldades em fechar o olho e/ou a boca, assim como para deglutir. Dificuldade para articular as palavras devido à fraqueza dos músculos dos lábios, da língua e da garganta pode também estar associada.

Jardim (2008) sugere um tratamento baseado na reeducação da fraqueza muscular através de exercícios de mímica facial, que promovam o movimento da sobrancelha, olho, nariz, boca, língua, lábios e maxilar.

A CIPE (2015, p. 52) define deglutir como "Comer ou beber: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago".

Segundo O`Sullivan como referido por Jardim (2008), a disfagia trata-se de uma disfunção da deglutição, sendo uma complicação comum pós AVC. Esta caracteriza-se por sialorreia, dificuldade na ingestão de alimentos, aspiração e assimetria dos músculos da face, da mandíbula ou da língua, ou por outro lado, pela demora do desenvolvimento do reflexo da deglutição, seguido pela redução do peristaltismo faríngeo.

Leal como referido por Santos (2013) refere que a disfagia é uma alteração de tal forma comum nas pessoas com AVC, que chega a ocorrer em 25 a 56% dos casos.

A disfagia, se não for convenientemente considerada como foco de atenção, pode conduzir a várias complicações, tais como o aumento das secreções orais, a obstrução da via aérea, pneumonias de aspiração, desidratação, medo de comer e beber e consequentemente a perda de peso e má nutrição (Menoita, Sousa, Pão-Alvo & Marques-Vieira, 2012).

Segundo Glenn como referido por Jardim (2008), o risco de aspiração é minimizado quando os utentes são posicionados com a cabeceira elevada ou sentados, no entanto, quando os utentes apresentam disfagia grave, a ponto de lhes impossibilitar a deglutição, deve recorrer-se a métodos alternativos, como a adequação das consistências da dieta, através de sólidos pastosos ou líquidos espessados e, em casos mais drásticos, a entubação nasogástrica.

A CIPE (2015, p. 56) define equilíbrio por: "segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se".

Segundo Brandstater como referido por Jardim (2008) o equilíbrio, a coordenação e a postura são habitualmente afetados em utentes vítimas de AVC, devido às lesões do cerebelo e disfunções vestibulares. A avaliação do equilíbrio é feita através da aplicação do teste de coordenação, que consiste em levar o dedo ao nariz e na execução de movimentos rápidos alternados.

3.2. ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES SENSORIAIS E PERCEPTIVAS

As alterações sensoriais mais frequentes e observáveis nos casos de AVC são os défices sensoriais superficiais e propriocetivos do hemicorpo e ainda as alterações visuais. É comum surgir distúrbios do campo visual, entre os quais diminuição da acuidade visual, a diplopia e as hemianópsias (Ricardo, 2012).

O distúrbio visual mais comum da pessoa com sequelas de AVC é a hemianópsia homónima, que consiste na cegueira do campo visual da metade nasal de um dos olhos e do campo visual da metade temporal do outro olho (Bobath como referido por Ricardo, 2012).

Segundo Brandstater como referido por Jardim (2008), quem sofre desta lesão falha com frequência a deteção de objetos no lado afetado do corpo, constituindo uma significativa incapacidade. É de referir que muitas pessoas com hemianópsias homónimas não têm consciência da sua situação até que lhes chamem a atenção para isso.

Brunner e Sunddarth como referido por Jardim (2008) explicam que num indivíduo com hemianópsia direita, a leitura fica mais comprometida, visto que este não consegue ver as letras ou palavras que se encontram à frente daquelas que está a fixar.

Bobath como referido por Ricardo (2012) afirma que devido à diminuição e/ou abolição da sensibilidade superficial táctil, térmica e dolorosa, verifica-se o aparecimento de disfunções preceptivas, tais como alterações da imagem corporal e negligência unilateral, que podem incorrer em 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, condicionando as novas aprendizagens motoras no hemicorpo afetado. Quando ocorrem no hemisfério não dominante (hemisfério direito para a maioria dos indivíduos), as lesões causadas por AVC produzem distúrbios da perceção. Estas podem verificar-se a nível da figura de fundo, posição no espaço, constância da forma, perceção da profundidade, relações

espaciais e orientação topográfica. A apraxia e a agnosia são outros dos distúrbios frequentes em indivíduos que sofreram um AVC (Ricardo, 2012).

Bobath como referido por Ricardo (2012) define apraxia como a incapacidade para programar uma sequência de movimentos, apesar das funções motora e sensorial estarem aparentemente conservadas. Acrescenta que a agnosia consiste na incapacidade de reconhecer objetos familiares de uso pessoal e de lhe dar uma função, ainda que os órgãos sensoriais não estejam lesados.

Outras alterações frequentes e significativas da perceção na vítima de AVC verificam-se a nível da imagem e esquema corporal, onde se incluem a negligência unilateral bem como as falhas na discriminação esquerda/direita (Ricardo, 2012).

Negligenciamento unilateral é definido pela CIPE (2015, p. 67) como "Perceção comprometida: perda da capacidade de reconhecer um lado do corpo ou perceção da falta de consciência de um lado do corpo".

Jardim (2008) refere que perante a negligência unilateral, a pessoa não tem consciência do lado afetado do seu corpo, apresentando incapacidade de sentir um membro e a sua relação com o resto do corpo, sendo que a pessoa pode mesmo negar a presença dos membros afetados, caso o este défice se verifique ser importante.

Deste modo, a negligência unilateral pode ainda conduzir à síndrome de desuso, que segundo a CIPE versão beta (2000, p. 49) define-se por: "um tipo de Hipoatividade com as seguintes características específicas: inatividade musculosquelética que leva a degradação dos sistemas corporais, associada a imobilização mecânica ou prescrita, dor intensa ou alteração do nível de consciência".

Para tal, o ambiente deve ser adequado para que a pessoa seja estimulada pelo lado negligenciado. Todos os estímulos devem ser fornecidos pelo lado negligenciado, para que a pessoa comece a reconhecer a metade do seu corpo.

3.3. ALTERAÇÃO DA ELIMINAÇÃO

Costa (2003) refere que do conjunto das deficiências e incapacidades pós-AVC, a incontinência apresenta uma elevada prevalência e é uma das limitações que tem maiores implicações negativas na qualidade de vida do doente e da família, pois provoca fortes sentimentos de vergonha, constrangimento e dependência. O autor comenta um estudo europeu cujos resultados apontam que cerca de 51% dos sobreviventes de AVC ficam com incontinência urinária e 23% com incontinência fecal. Em Portugal observou-se que 48% dos doentes com AVC estavam incontinentes no momento da alta.

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 como referido por Santos, 2013).

Relativamente às alterações da eliminação intestinal, Leal como referido por Santos (2013) refere que após o AVC pode ocorrer uma diminuição dos movimentos peristálticos e da atividade reflexa do intestino, por consequência da diminuição da mobilidade em geral surgindo consequentemente a obstipação.

A incontinência fecal ocorre devido à diminuição da atividade reflexa do intestino, pelo que quando o material fecal chegar ao reto, o indivíduo é incapaz de inibir o impulso ou reflexo de evacuar, apresentando perdas (Marques como referido por Santos, 2013).

Relativamente aos episódios de incontinência urinária, Smeltzer e Bare como referido por Santos (2013) esclarecem que ocasionalmente a bexiga fica com sensibilidade alterada em resposta ao enchimento vesical, assim como se verifica frequentemente que o controlo do esfíncter urinário é diminuído ou até mesmo perdido.

Leal como referido por Santos (2013) afirma que o doente com AVC, numa fase aguda, pode apresentar uma bexiga neurogénica desinibida que se caracteriza pela ausência do controlo voluntário da micção, quer a capacidade vesical se encontre normal ou diminuída. Há descrição ainda de que, numa fase inicial, a pessoa pode apresentar retenção urinária devido à abolição do tónus dos músculos da bexiga (Menoita como referido por Santos, 2013).

As consequências físicas e psicológicas da incontinência urinária nos doentes mais idosos são frequentemente subestimadas, podendo desencadear depressão, isolamento social e institucionalização. Os indivíduos mais jovens muitas vezes vêem-se obrigados a abandonar o emprego porque não conseguem desempenhar as suas tarefas como antes ou, simplesmente, pela vergonha e receio de que um episódio de incontinência possa surgir. Também as relações com os amigos e familiares poderão ficar afetadas, gerando um crescente distanciamento e consequentemente um decréscimo da sua qualidade de vida (Costa, 2003).

3.4. ALTERAÇÃO DA LINGUAGEM

Os problemas da comunicação são frequentes nos indivíduos que sofreram AVC, sendo os mais comuns a disartria e a afasia.

Para Miller como referido por Jardim (2008) a disartria consiste em distúrbios motores da fala que se caracterizam por movimentos lentos, fracos ou descoordenados da musculatura da fala.

Os problemas da fala que surgem na disartria não são exclusivamente de articulação. Esta inclui défices respiratórios, problemas da fonação e dificuldades de ressonância. Quando se manifesta, ocorre uma emissão pouco clara das palavras associada à debilidade muscular da articulação da fala, lesão cerebral, uso de drogas ou pronúncia descuidada (Jardim, 2008).

A afasia, de acordo com Smeltzer e Bare como referido por Santos (2013) corresponde a um distúrbio da função da linguagem, que resulta da lesão ou doença dos centros cerebrais responsáveis pela fala ou pela compreensão das palavras faladas.

Esta consiste numa perturbação, da linguagem oral e escrita e da compreensão da palavra falada e/ou escrita (Leal como referido por Ricardo, 2012).

A classificação das afasias é feita de acordo com 4 parâmetros de avaliação: a capacidade de nomeação, a fluência do discurso, a capacidade de compreensão auditiva de material verbal e a capacidade de repetição (Galamba, 2012).

Estas podem distinguir-se por afasia motora, afasia sensorial, afasia de condução e afasia global (Leal como referido por Santos, 2013).

A afasia motora, de expressão, não fluente ou de Broca manifesta-se pela dificuldade em expressar a linguagem e carateriza-se por um fluxo verbal escasso e produzido com dificuldade. A fala é não fluente e a compreensão relativamente mantida (Marques como referido por Santos, 2013).

Na afasia sensorial, de receção, de compreensão, fluente ou de Werniche a produção da fala é fluente, porém acompanhada de perda do sentido das palavras e uso de parafasias. Tanto a compreensão como a expressão estão comprometidas, mas não se verificam dificuldades na articulação das palavras. O indivíduo poderá emitir perfeitamente as palavras, mas não compreende o que lhe é solicitado (Leonel, Dowsley e Azevedo como referido por Santos, 2013).

Na afasia de condução, a conversação é fluente, com presença de parafasias. Existe uma boa articulação das palavras, a compreensão está mantida, mas a repetição encontra-se gravemente comprometida. O doente tem dificuldade em articular os sons corretamente e em repetir frases ou orações mas por outro lado compreende quase tudo o que lhe é dito (Marques como referido por Santos, 2013).

A afasia global ou total caracteriza-se pela incapacidade de ler ou escrever pelo que a compreensão da pessoa é limitada a algumas palavras (Menoita et al., 2012).

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, Dias, Reis, Pinho e Figueiredo, 2007).

Parente et al. (2007) aconselha a abordagem do doente com afasia baseada em certos princípios como permitir tempo suficiente para o doente se expressar; incentivá-lo a expressar-se calma e claramente; tranquiliza-lo usando o toque, se possível; dirigir-se ao doente apenas quando este está disposto a escutar, utilizando o contacto visual e modificar o discurso, falando pausadamente, sem colocar várias questões ao mesmo tempo, e tendo o cuidado de não aumentar o tom de voz e usar uma linguagem própria de adultos.

3.5. ALTERAÇÃO COGNITIVA E DO COMPORTAMENTO

A capacidade de aprendizagem, a memória, o pensamento ou outras funções intelectuais corticais mais elevadas podem estar comprometidas nas pessoas com AVC (Marques como referido por Santos, 2013).

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 de certa forma 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. como referido por Santos, 2013).

Segundo o que é referido por Silva referido por Santos (2013), a depressão representa o distúrbio emocional mais comummente 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.

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 (Caldas como referido por Ricardo, 2012).

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 como referido por Santos, 2013).

Relativamente aos aspetos psicológicos e comportamentais, Oliveira como referido por Santos (2013) 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 autoconfiança e autoestima nas pessoas com AVC é possível melhorar o autocuidado e a motivação e esta, por sua vez diminui a depressão, a ansiedade, o isolamento social, melhorando a qualidade de vida da pessoa.

4 - REABILITAÇÃO DA PESSOA COM AVC

A saúde é encarada como a capacidade de ser independente face à satisfação das próprias necessidades, onde o ambiente deve ser considerado como fator interveniente neste processo. Virgínia Henderson, Faye Abdelah e Dorothea Orem são enfermeiras associadas e divulgadoras desta escola de pensamento (Brito, 2012).

A Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem no final dos anos 60 do século passado continua a ser uma referência no momento atual, sendo uma das conceções que mais tem influenciado a prática de enfermagem, pelo que constitui uma citação imperativa nos trabalhos de investigação realizados no âmbito do autocuidado.

A teoria geral de Orem é formada por três teorias interrelacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de Enfermagem. Na teoria do autocuidado é abordada a prática de cuidados realizada pelo indivíduo em benefício próprio e com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável assim como dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar pessoal. É reconhecido como uma habilidade humana, em que a sua execução está diretamente ligada às condições que cada pessoa possui para se autocuidar (Tomey & Alligood como referido por Miguel, 2012).

A teoria do défice do autocuidado determina quando devem ser utilizados os cuidados de Enfermagem, fornecendo orientações sobre o papel do doente no autocuidado e auxiliando na seleção de métodos de apoio. O enfermeiro será necessário quando a pessoa é incapaz ou tem limitação para a realização do seu autocuidado. Assim, nesta teoria são identificados cinco métodos usados pelos enfermeiros para ajudar o indivíduo: Atuar por ou fazer por outrem; orientar e dirigir; fornecer apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e ensinar (Tomey & Alligood como referido por Miguel, 2012).

A teoria dos sistemas engloba a teoria do défice do autocuidado e a capacidade da pessoa para executar ações de autocuidado. Esta orienta a prática dos cuidados de Enfermagem, articulando as suas intervenções com a capacidade da pessoa para o autocuidado, ou seja, quando ocorre um défice no autocuidado, é requerido o cuidado de Enfermagem (Tomey & Alligood, como referido por Miguel, 2012).

Numa abordagem de enfermagem especializada, Renpenning e Taylor como referido por Couto (2012), referem que Orem, no contexto de clientes com patologia cerebrovascular, sugere que o enfermeiro deve ter conhecimentos específicos na área da reabilitação por forma a implementar planos de intervenção com o objetivo de tornar os clientes mais independentes e adaptados à sua condição de saúde.

A pessoa em situação de AVC apresenta défices no autocuidado, possuindo no entanto capacidades e potencialidades para reaprender e ou ampliar as ações de autocuidado. Para isso, torna-se necessário ensinar, estimular e orientar continuamente, até que a pessoa se torne o mais independente possível (Miguel, 2012).

Orem como referido por Couto (2012), identifica três sistemas para satisfazer as necessidades de autocuidado: o totalmente compensatório; o parcialmente compensatório e o de apoio e educação.

O mesmo indivíduo pode em simultâneo ter intervenções nos três sistemas, dependendo do grau de dependência que apresenta para cada autocuidado. Transpondo para a realidade de enfermagem de reabilitação, pode dizer-se que um indivíduo com hemiplegia decorrente de AVC pode, por exemplo, necessitar de ajuda total nas deslocações – completamente compensatório, algum auxílio para o autocuidado higiene – parcialmente compensatório, e de ensino e orientação para o autocuidado vestuário – apoio e educação (Couto, 2012).

A CIPE (2015) define o autocuidado como uma “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária“ (p. 42).

As atividades para o autocuidado estão portanto associadas às atividades de vida diária (AVD). No contexto deste trabalho, a abordagem da dependência no autocuidado, refere-se à dependência da pessoa para cuidar de si nas diferentes atividades de vida diárias, assumindo-se que os conceitos de autocuidado e atividades de vida diárias estão intimamente ligados entre si.

Segundo o parecer nº12/2011 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da OE, o termo AVD é definido como um: “conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades ou tarefas podem ser subdivididas em dois grupos: cuidado pessoal ou atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades domésticas e comunitárias ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD).” (p. 1).

Costa, Porto, Almeida, Cipullo e Martin como referido por Costa, Nakatani e Bachion (2006) esclarecem que:

> As AVD são as tarefas que um indivíduo necessita realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao W.C., andar, comer, transferir-se, posicionar-se e ter continência urinária e fecal. As AIVD são as habilidades do individuo para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes ações: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicação, fazer compras e utilizar os meios de transporte. (p. 44).

Em fevereiro de 2011, foram publicadas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento nº125/2011 de 18 de fevereiro), que vieram enquadrar a sua intervenção no processo de cuidados e definir as suas competências específicas: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e ainda maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Segundo este regulamento, o EEER identifica as necessidades de intervenção, de modo a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades, bem como proporcionar intervenções que visem melhorar as funções residuais e manter ou recuperar a independência nas AVD. O treino de AVD faz parte do processo de reabilitação conduzido pelo enfermeiro especialista, no sentido de proporcionar ao indivíduo a oportunidade de adquirir o máximo de funcionalidade possível após um acidente ou doença, pelo treino de capacidades e/ou através de estratégias adaptativas, com produtos de apoio (Alves, 2015).

O EEER ao ensinar, instruir e treinar técnicas, tem em vista a promoção de autonomia no autocuidado e a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos. A sua intervenção é de extrema importância pois poderá reduzir a dependência e promover a autonomia e qualidade de vida da pessoa/família com incapacidade, bem como a sua reintegração e a participação na sociedade.

Assim, o enfermeiro de reabilitação assume uma posição de destaque dentro da equipa multidisciplinar, sendo de extrema importância o seu contributo na reabilitação do individuo que sofreu AVC. Os objetivos definidos vão sendo alterados durante o processo de reabilitação, sendo adaptados às potencialidades que o indivíduo vai adquirindo a nível da recuperação funcional, estabilidade clínica, tolerância e habilidade.

Inicialmente os objetivos centram-se no autocuidado, mobilidade, comunicação e cognição, sendo que mais tarde são acrescentados objetivos psicossociais e profissionais (Veiga, 2015).

Margaret Johnstone como referido por Jardim (2008) sugere uma teoria de intervenção na reabilitação motora, que considera os fatores intervenientes na função motora a nível medular, do labirinto e do córtex, baseando-se também no processo de desenvolvimento da criança. Assim, estabelece técnicas de tratamento dirigidas ao lado afetado, com o intuito de promover a simetria entre os dois lados do corpo hemiplégico.

A teoria de Johnstone apresenta como objetivos: empregar posicionamentos que contrariem os padrões da espasticidade mesmo antes de esta surgir, na fase inicial da doença e mantê-los nas 24 horas do dia, tentando evitar a espasticidade patológica; reeducar a função motora e sensitiva do lado afetado através estimulação dos reflexos posturais normais e segundo o padrão normal de desenvolvimento motor da criança e ainda executar atividades bilaterais que promovam o equilíbrio entre os lados são e afetado do indivíduo com AVC. O padrão espástico típico (figura 1) caracteriza-se por: Retração do ombro com depressão e rotação interna; Flexão do antebraço; Flexão e adução dos dedos; Retração da pélvis com rotação externa do membro inferior e Extensão da anca e joelho, com inversão e flexão plantar do pé (Jardim, 2008).

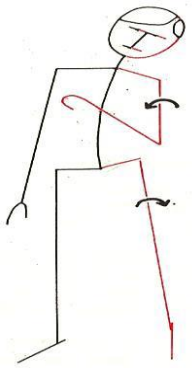

Figura 1 – Padrão espástico.

Fonte: Jardim, 2008, p. 69.

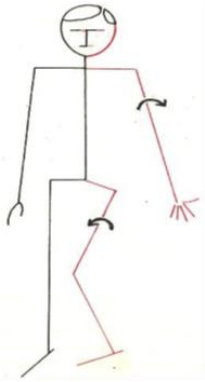

Figura 2 – Padrão anti-espástico.

Fonte: Jardim, 2008, p. 70.

Os posicionamentos terapeuticamente corretos são e devem ser então o primeiro passo na recuperação da pessoa após AVC. A maioria dos autores preconiza o posicionamento do indivíduo com lesões neurológicas em padrão anti-espástico. Esta atividade de enfermagem é independente, não necessitando de qualquer prescrição médica, e é implementada mediante a avaliação do indivíduo, passando posteriormente pela escolha dos posicionamentos e equipamento apropriados.

Os posicionamentos em padrão anti-espástico (figura 2) têm características concretas e são o primeiro passo na recuperação do indivíduo. É fundamental manter o posicionamento em padrão anti-espástico durante as 24 horas do dia, para que a reabilitação tenha sucesso. O indivíduo deverá ser instruído neste sentido e deverá saber também as vantagens de se manter bem posicionado pois assim poderá ser mais colaborante e apresentar uma melhor adesão à reabilitação. Estes posicionamentos não são característicos somente da fase aguda, devendo ser utilizados até à recuperação total, já que estes previnem deformidades músculo-esqueléticas, problemas circulatórios, úlceras de pressão e ainda promovem a sensibilidade propriocetiva e o reconhecimento e a consciência do lado afetado. Este método de posicionamento irá promover o desenvolvimento da força muscular do lado afetado, apresentando algumas vantagens uma vez que conduz a um padrão o mais próximo da normalidade, permitindo simultaneamente a participação ativa do doente e da família nos cuidados (Jardim, 2008).

Ferro, Fonseca e Henriques (2008) recomendam a mobilização precoce como forma de prevenir complicações tais como pneumonias de aspiração, trombose venosa profunda e úlceras de pressão, esclarecendo que o momento ideal para iniciar a mobilização não é claro, mas a mobilização nos primeiros dias após AVC parece ser bem tolerada.

Segundo Johnstone, na primeira fase da abordagem (primeiras 48/72 horas) dever-se-á proceder à abordagem pelo lado lesado, através da adoção de alguns critérios como o posicionamento em padrão anti espástico, a realização de exercícios músculo-articulares e pela utilização de estímulos sensoriais, como a massagem do membro afetado, por exemplo (Jardim, 2008).

Menoita et al. (2012) refere 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 báscula 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.

Segue-se, então, os diferentes posicionamentos em padrão anti-espástico sugeridos pela teoria de intervenção na reabilitação motora de Johnstone, com as respetivas discriminações, apresentados por Jardim (2008).

O posicionamento em decúbito dorsal (figura 3) é o posicionamento que mais favorece a espasticidade, devendo ser o menos utilizado. Em posição de decúbito dorsal:

- A cabeça exerce pressão para trás incitando a extensão da coluna
- É colocada uma almofada debaixo do ombro afetado – Protração;
- O membro superior em extensão, rotação externa e supinação;
- É colocada uma almofada debaixo do quadril – Protração;
- O membro inferior com ligeira flexão dos joelhos, rotação interna, dorsiflexão e eversão.

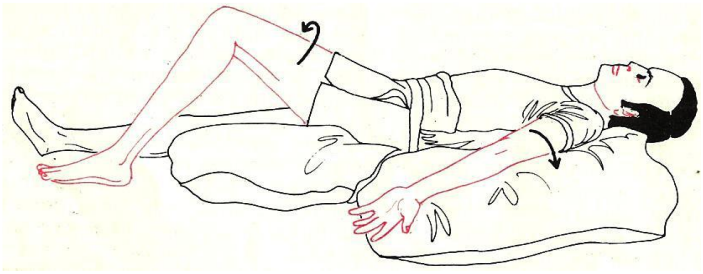

Figura 3 – Decúbito dorsal.

Fonte: Jardim, 2008, p. 71.

O decúbito lateral para o lado são (figura 4) é o posicionamento que melhor previne a espasticidade.

- Membro superior afetado em extensão para a frente e pronação.
- Membro inferior afetado à frente do são, sobre duas almofadas, fletido e com o pé apoiado

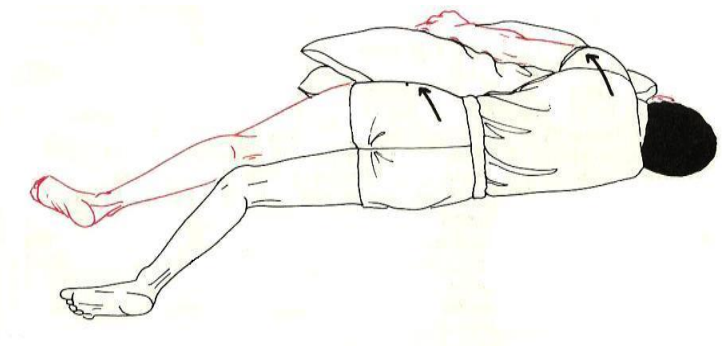

Figura 4 – Decúbito lateral para o lado são.

Fonte: Jardim, 2008, p. 72.

O decúbito lateral para o lado lesado (figura 5) pode comprometer o ombro se não se colocar em protração mas por outro lado, se bem aplicado, inibe a ocorrência de

espasmos e estimula a sensibilidade superficial e profunda. É também necessária atenção ao edema e contractura.

- Membro superior afetado para a frente e em supinação.
- Membro inferior afetado atrás do bom, em flexão ligeira, sem almofada debaixo do pé.

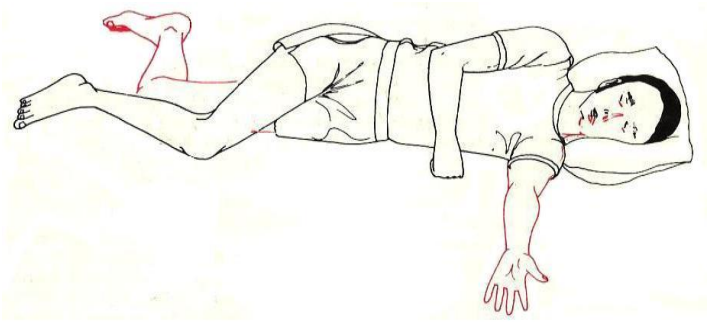

Figura 5 – Decúbito lateral para o lado lesado.
Fonte: Jardim, 2008, p. 72.

4.1. REEDUCAÇÃO PRECOCE DO MOVIMENTO SEGUNDO JOHNSTONE

Seguidamente, Johnstone sugere a reeducação do movimento com base no neurodesenvolvimento da criança, constituída por uma sequência de exercícios progressivos: Ponte; mobilização dos membros superior e inferior; rolamentos; facilitação cruzada; carga no cotovelo; sentar com os pés fora da cama – treino de equilíbrio e como havemos de abordar posteriormente, as transferências e a marcha (Jardim, 2008).

4.1.1. Ponte

A ponte (figura 6) deve ser o primeiro exercício a implementar nesta fase da reabilitação, sendo também o primeiro exercício de suporte precoce de peso. Em caso de AVC hemorrágico, este exercício não pode ser feito precocemente para não aumentar a pressão intracraniana (Jardim, 2008).

O exercício da ponte 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 como referido por Santos, 2013).

O exercício deve ser feito em decúbito dorsal, com as ancas e joelhos fletidos e com os pés bem firmes no colchão. Tem como objetivos facilitar o autocuidado, evitar úlceras de pressão, evitar o aumento do espasmo extensor do membro inferior afetado e promover a preparação muscular para a posição ereta e para a marcha (Jardim, 2008).

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).

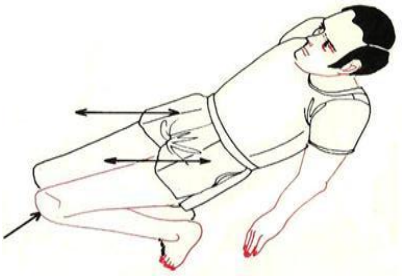

Figura 6 – Ponte.

Fonte: Jardim, 2008, p. 73.

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 psicossocial e motora da pessoa (Menoita et al., 2012).

Martins como referido por Santos (2013) 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.

Referentemente à reeducação do movimento controlado, a OMS como referido por Santos (2013), refere que é necessário ter em consideração que a direção do movimento voluntário é do proximal para o distal. Esclarece ainda que todos os movimentos dos membros afetados devem ser realizados em estágios progressivos: movimentos passivos, movimentos ativos assistidos, movimentos ativos e por fim movimentos ativos resistidos.

4.1.2. Mobilização do membro superior

A. Mobilização escapular

As mobilizações do membro superior fazem-se do segmento proximal para o distal, começando pela mobilização da escápula (figura 7) denominada de ritmo escapulo-torácico, consistindo em movimentos de deslizamento e movimentos de rotação sobre o seu próprio eixo.

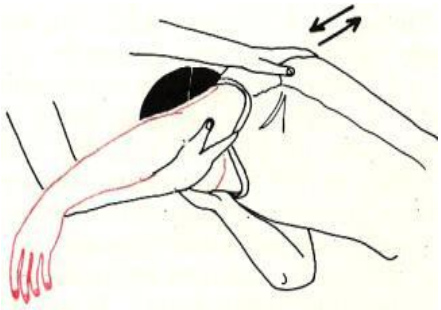

Figura 7 – Mobilização da escápula

Fonte: Jardim, 2008, p. 75.

B. Elevação do braço em rotação externa

Continua-se pela mobilização do ombro através elevação do braço em rotação externa (figura 8), existindo a possibilidade de desagregar os movimentos pelos diferentes eixos/planos, realizando separadamente a flexão/extensão no plano sagital, abdução/adução no plano frontal, rotação interna/externa no plano horizontal e movimentos de circundação em cone de vértice na cavidade glenoide.

Figura 8 – Elevação do braço em rotação externa.

Fonte: Jardim, 2008, p. 74.

A mobilização do membro superior compreende ainda vários outros movimentos nomeadamente, o movimento de flexão/extensão do cotovelo plano sagital; o movimento rotatório da articulação rádio-ulnar denominado de pronação/supinação; movimentos de flexão/extensão e desvio radial/ulnar na articulação do punho; movimentos de flexão/extensão, adução/abdução, circundação e de oponência do polegar nas articulações carpo-metacárpicas; os movimentos de flexão/extensão, adução/abdução, rotação e circundação das articulações metacarpo-falângicas e por fim movimentos de flexão/extensão das articulações inter-falângicas.

C. Automobilização

A automobilização (figura 9) é um exercício que ajuda o utente a reconhecer a totalidade do seu corpo. Os principais objetivos são integrar o membro superior afetado no esquema corporal, contrariar o padrão espástico e providenciar satisfação ao utente, pois este toma consciência de que pode fazer alguma coisa (Jardim, 2008).

Menoita et al. (2012) realça que as automobilizações 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 anti-espástico.

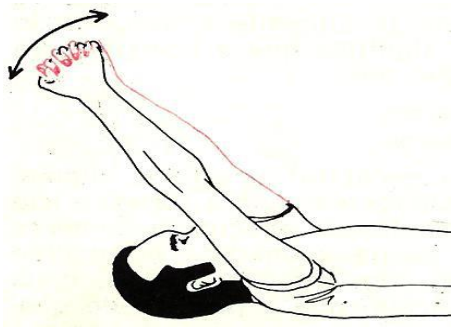

Figura 9 – Automobilização
Fonte: Jardim, 2008, p. 74.

4.1.3. Mobilização do membro inferior

As mobilizações do membro inferior devem cumprir o mesmo princípio, realizando-se do segmento proximal para o distal, iniciando pelo movimento de flexão/extensão (figura 10), adução/abdução e rotação da articulação da anca ou articulação coxo-femoral.

A. Extensão da anca

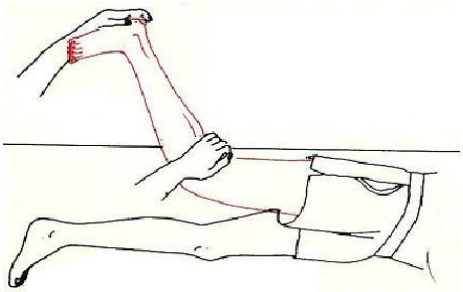

Figura 10 – Extensão da anca
Fonte: Jardim, 2008, p. 75.

A mobilização do membro inferior compreende também vários outros movimentos, nomeadamente o movimento de flexão/extensão do joelho; os movimentos de

flexão/extensão (dorsiflexão/flexão plantar), inversão/eversão e circundação da articulação tibiotársica e movimento de flexão/extensão das articulações inter-falângicas.

B. Suporte precoce de peso

O exercício de suporte precoce de peso no membro inferior (figura 11) vai estimular a sensibilidade propriocetiva do membro inferior lesado, sendo um dos exercícios que contribui para a preparação da pessoa para atividades como a transferência e posteriormente a marcha.

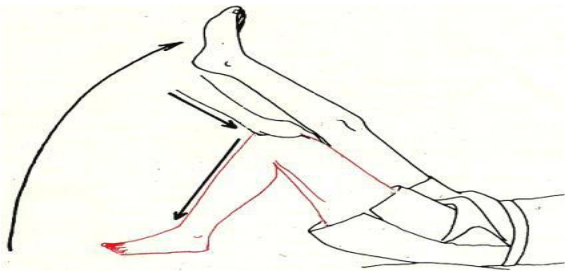

Figura 11 – Suporte precoce de peso

Fonte: Jardim, 2008, p. 75.

4.1.4. Rolamentos

Os exercícios de equilíbrio têm início no rolar e mais tarde, quando o doente já se pode levantar, são implementados os exercícios cujo objetivo será estimular os reflexos e preparar o doente para a marcha (Marques como referido por Santos, 2013).

Deste modo, recorrendo de ajuda total ou parcial, mediante a capacidade do indivíduo, o rolar será um exercício de grande importância. Os rolamentos passivos, sendo um procedimento geral de enfermagem, são iniciados precocemente, atendendo ao posicionamento correto anti-espástico. Durante o rolamento para o lado lesado (figura 12) e no rolamento para o lado são (figura 13), o enfermeiro deve colocar-se do lado para onde o indivíduo vai rolar, de forma a o melhor amparar. Este exercício permite a consciencialização de ambos os hemicorpos e tem como objetivos iniciar os movimentos ativos dos membros e preparar para o autocuidado, controlar e inibir a espasticidade extensora, favorecer o alinhamento corporal e facilitar o equilíbrio (Jardim, 2008).

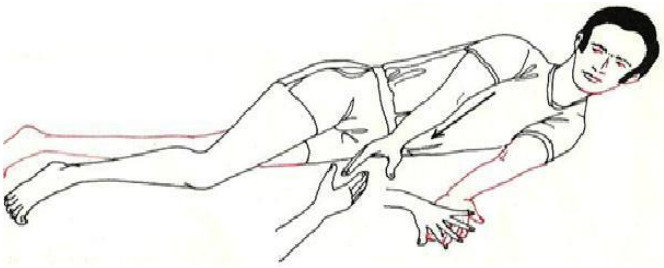

Figura 12 – Rolamento para o lado lesado

Fonte: Jardim, 2008, p. 76.

Figura 13 – Rolamento para o lado são

Fonte: Jardim, 2008, p. 76.

4.1.5. Facilitação cruzada

Facilitação cruzada é um trabalho do lado são do corpo, através da linha média, para iniciar atividade bilateral. Esta tem como objetivos preparar para o levante, facilitar o autocuidado, iniciar atividades bilaterais e ajudar a integrar o esquema corporal. Ao adotar determinadas estratégias, como abordar o indivíduo pelo lado lesado ou colocar os objetos do indivíduo do lado lesado, este estará a fazer facilitação cruzada e suporte precoce de peso no membro superior (figura 14). O apoio no cotovelo aumenta o tónus extensor do membro superior, desde que o ombro esteja corretamente posicionado (Jardim, 2008).

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 autocuidado (Menoita et al., 2012).

Figura 14 – Facilitação cruzada e suporte precoce de peso no membro superior

Fonte: Jardim, 2008, p. 77.

4.1.6. Carga no cotovelo

A carga no cotovelo tem como objetivos aumentar o tónus extensor, aumentar o campo de visão, preparar para a posição de sentado, estimular a sensibilidade propriocetiva, sentar na cama, treinar o equilíbrio, facilitar a transferência para a cadeira e vice-versa, estimular os reflexos cervicais e controlar o movimento da cabeça (Jardim, 2008).

O exercício de rolar para apoiar-se no cotovelo e sentar-se (figura 15) irá contribuir para a preparação da pessoa para o levante. Branco e Santos como referido por Santos (2013), descreve este exercício relatando que a pessoa inicialmente se encontrará posicionada em decúbito dorsal com os membros superiores em extensão ao longo do corpo e abdução a 45º, pelo que de seguida irá rolar ligeiramente o corpo para o lado lesado. Com o auxílio do enfermeiro, o indivíduo realiza carga sobre o cotovelo do lado lesado e senta-se.

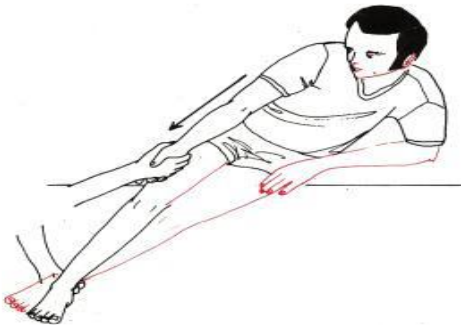

Figura 15 – Rolar para apoiar-se no cotovelo e sentar-se

Fonte: jardim, 2008, p. 78.

4.1.7. Treino de equilíbrio

O equilíbrio corporal, a coordenação motora e as alterações posturais são aspetos importantes a intervir na pessoa vítima de AVC.

Os exercícios de treino de equilíbrio têm como objetivo estimular os reflexos cervicais, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural e preparar para a marcha. Este processo inicia-se pelo treino de equilíbrio sentado na cama (figura 16), seguindo-se pela posição de sentado na cadeira e por último de pé. Para o treino de equilíbrio sentado estático, o indivíduo deve manter o tronco ereto na posição de sentado, as pernas flexionadas a 90º com os joelhos separados e os pés apoiados no chão. Johnstone refere que o peso deve ser suportado por ambos os membros, superiores e inferiores, de forma a estimular o equilíbrio, distribuindo a pressão pela planta do pé e também na superfície palmar da mão. Uma estratégia para aperfeiçoar este treino passa pela utilização de um espelho colocado em frente ao indivíduo facilitando assim a integração de todo o esquema corporal e a correção da postura (Jardim, 2008).

Para o treino de equilíbrio sentado dinâmico, o enfermeiro induz um ligeiro balanço no tronco da pessoa, para que esta compense o movimento e mantenha a postura ereta (Menoita et al., 2012).

Figura 16 – Treino de equilíbrio sentado
Fonte: Jardim, 2008, p. 78.

4.2. REABILITAÇÃO FUNCIONAL NAS ATIVIDADES DE VIDA

O processo de reabilitação é único e pessoal, terminando apenas quando a pessoa se torna autónoma, ou o mais autónoma possível, no seu meio ambiente. Independentemente do contexto, os cuidados de reabilitação têm como objetivo manter as capacidades funcionais, assegurar a segurança, evitar complicações e modificar o meio no sentido de conseguir a máxima autonomia e independência do seu alvo.

De acordo com a OMS, o ideal será que o início das atividades de promoção de autonomia no autocuidado se estabeleça desde a ocorrência do AVC. Devem ser

transmitidos ensinos à pessoa e à família, para que esta possa conquistar a independência nas atividades de vida. A motivação de todos os intervenientes no processo torna-se fundamental uma vez que este requer tempo e perseverança (Jardim, 2008).

Durante o treino das AVD, é princípio básico estimular a máxima participação do indivíduo, respeitando as suas capacidades, de modo a promover uma maior autonomia e autoestima. O sucesso de todo o processo de reabilitação deve assim passar pela motivação e envolvimento da pessoa com AVC nunca negligenciando o reforço positivo e o reconhecimento pelo esforço e colaboração desta na execução das atividades.

4.2.1. Alimentação

Segundo define a CIPE Beta 2 (2002, p. 56), o autocuidado comer consiste em "encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar a comida à boca, metê-la na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito".

Em relação ao autocuidado beber, a CIPE Beta 2 (2002, p. 56) define-o como: "encarregar-se de organizar a ingestão de bebidas durante as refeições e regularmente ao longo do dia ou quando se tem sede, beber por uma chávena ou copo ou deitar os líquidos na boca utilizando os lábios, músculos e língua, beber até saciar a sede".

A promoção da autonomia para os autocuidados comer e beber pode assumir alguns aspetos importantes nomeadamente em indivíduos vítimas de AVC que apresentem alterações da musculatura da cavidade oral e face que interfiram com alguma fase da alimentação, desde manipulação de alimentos na boca até à deglutição (Couto, 2012).

Lourenço e Mendes como referido por Couto (2012) aconselham algumas intervenções para estimular os autocuidados comer e beber, nomeadamente, executar exercícios para melhorar o controlo do bolo alimentar na boca, estimular o reflexo de deglutição e fortalecer dos músculos faciais em frente ao espelho.

Além destes exercícios o EEER pode recomendar, mediante a sua avaliação algumas ajudas técnicas ou estratégias que facilitem a manipulação de alimentos na boca até à deglutição, tais como o uso de colher de sobremesa que promova a colocação de pequenas quantidades de alimento na boca por forma a preparar melhor o bolo antes de deglutir; o copo com tetina regulável (figura 17) permite ao utente beber líquidos com um ritmo controlado e sem o risco de entorná-los; copo com recorte (figura 18) permite ao utente beber sem realizar hiperextensão da cervical, o que poderá induzir o engasgamento, sendo portanto aconselhado para utentes disfágicos.

Figura 17 – Copo com tetina regulável.

Fonte: Menoita et al., 2012, p. 130.

Figura 18 – Copo com recorte.

Fonte: Hoeman, 2014, p. 314.

À parte das sequelas a nível da face e boca, o indivíduo com AVC pode manifestar um controlo precário dos movimentos do membro superior por parésia distal ou alteração de motricidade fina. Estas limitações vão causar dependência na manipulação de utensílios, preparação do prato e dos alimentos e condução dos alimentos até à boca. Mediante a sua avaliação e perante estas manifestações, o EEER pode prescrever o uso de ajudas técnicas por forma a estimular o uso da mão lesada, nomeadamente o rebordo de prato (figura 19), o engrossador de cabo (figura 20), a bolsa palmar (figura 21) e a faca adaptada que poderá ser uma mais-valia para auxiliar no corte dos alimentos de forma autónoma.

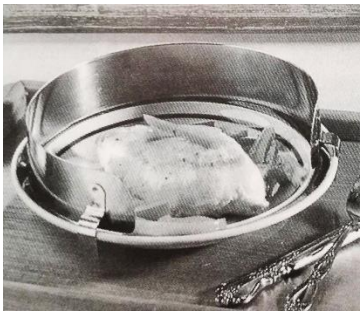

Figura 19 – Rebordo de prato

Fonte: Hoeman, 2014, p. 314.

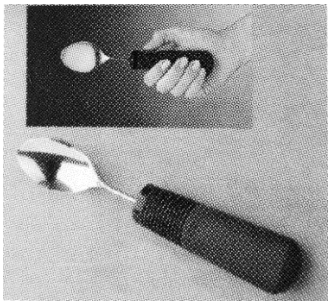

Figura 20 – Engrossador de cabo.

Fonte: Menoita et al., 2012, p. 130.

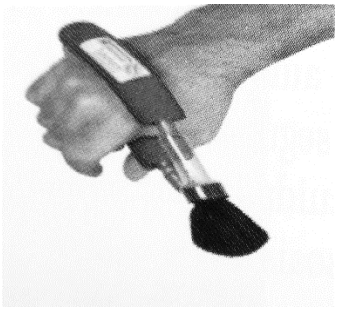

Figura 21 – Bolsa palmar.

Fonte: Menoita et al., 2012, p. 118.

No que diz respeito ao indivíduo com disfagia, o EEER tem como competências definidas a avaliação e o controlo desta problemática.

Segundo Monteiro como referido por Pires (2012, p. 21), “a deglutição é um reflexo complexo, que tem como principal função conduzir o alimento da cavidade oral para o estômago, pela força propulsora muscular e benefício da gravidade”. Neste contexto, a disfagia vai traduzir-se na dificuldade de progressão dos alimentos líquidos ou sólidos da boca para o estômago.

Segundo Pires (2012), 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 indivíduos, de acordo com o tipo de alterações na deglutição identificadas.

A avaliação da disfagia no doente com AVC realiza-se dando 10 ml de água, três vezes utilizando uma colher. De seguida, se este deglute, dar 50 ml de água num copo pequeno (Monteiro como referido por Pires, 2012).

Pires (2012) refere outro método de avaliação que consiste na vigilância da ingestão de água no leito, com combinação de teste de saturação de O2, por forma a detetar a diminuição de saturações e considerá-la como sinal de alerta.

No estudo que desenvolveu, Pires (2012) classificou a disfagia em duas categorias Leve - quando o doente, durante a deglutição, apresenta um mínimo gotejar de água pela boca, movimento laríngeo, tosse uma vez e não apresenta estridor; e Grave – caraterizada pelo gotejar de água pela boca, movimento laríngeo impercetível, acessos de tosse frequentes e deglutição com estridor.

Quando o EEER identifica que o doente apresenta disfagia ligeira, deve iniciar a alimentação com dieta pastosa e evitar alimentos com pequenas partículas como o arroz e massa. Durante a administração da alimentação deve fletir o pescoço ou rodá-lo para o lado são para facilitar a deglutição e dar uma quantidade pequena de alimentos de cada vez, com a ajuda de uma colher rasa e de metal. Nestas situações deve recorrer-se à água espessada. Caso se identifique disfagia grave e se verifique que a alimentação por via oral não acontece de forma segura, recomenda-se a escolha pela via alternativa com recurso nutrição entérica por sonda nasogástrica (SNG) por forma a alimentar o indivíduo em segurança (Pires, 2012).

4.2.2. Higiene pessoal e banho

Segundo a CIPE Beta 2 (2002: p. 55), autocuidado higiene consiste em “manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene”.

Para o treino de autonomia deste autocuidado, o EEER poderá dispor de alguns dispositivos de compensação, como por exemplo, os apoios de banheira (figuras 22 e 23) ou cadeiras sanitárias (figura 24).

Figura 22 – Apoio de banheira fixo.

Fonte: Menoita et al., 2012, p. 121.

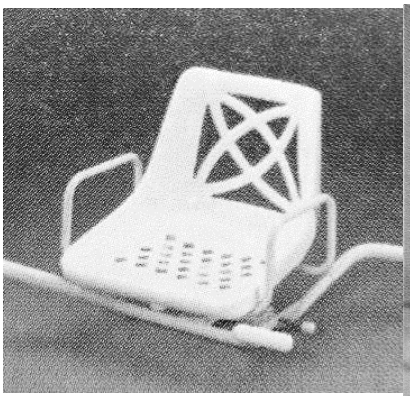

Figura 23 – Apoio de banheira giratório.

Fonte: Menoita et al., 2012, p. 120.

Figura 24 – Cadeira sanitária.

Fonte: Menoita et al., 2012, p. 120.

Os dispositivos são importantes para dar segurança e estabilidade ao doente porém o que vai promover o autocuidado é o acompanhamento do EEER com recurso a ensinos e estratégias para, de acordo com as suas capacidades, se lavar e higienizar corretamente, sem esquecer nenhuma parte do corpo e por outro lado motivando e felicitando o utente pelo desempenho prestado.

4.2.3. Eliminação

Segundo a CIPE (2015, p. 55), eliminação é definida como um "processo corporal: movimento e excreção de resíduos corporais". A nível da eliminação, no indivíduo vítima de AVC esta pode manifestar alterações, tanto a nível vesical como intestinal.

A CIPE Beta 2 (2002: p. 25) define eliminação intestinal como "movimento de evacuação das fezes pela defecação, habitualmente uma vez por dia e em fezes moles e moldadas".

Após o AVC, a prisão de ventre ou obstipação é um problema frequente, tendo como possível causa a perda do tónus muscular da parede intestinal, durante os primeiros dias. A diarreia, que muitas vezes também se verifica, pode ocorrer devido ao extravasamento, além do ponto de bloqueio, causado pela retenção de fezes nos segmentos altos do cólon (Jardim, 2008).

Para a promoção da eliminação intestinal eficaz é fundamental promover a privacidade, o conforto da pessoa e o ambiente calmo. Deve ser estabelecida uma hora para a pessoa evacuar, preferencialmente o horário que a pessoa tinha previamente ao AVC (DGS como referido por Santos, 2013).

Menoita et al. (2012) aconselha ainda que o EEER recorra igualmente a manobras de estimulação intestinal para prevenir a obstipação ou antecipar as perdas, tais como aproveitar o reflexo gastrocólico, massajar a zona abdominal no sentido horário e aplicar supositório ou clister proporcionando o esvaziamento intestinal.

A CIPE Beta 2 (2002, p. 26) define a eliminação vesical como "fluxo e excreção da urina por meio de micção, habitualmente 4-6 vezes durante o período diurno, com uma quantidade média excretada de aproximadamente 1000 a 2000 ml nas 24 horas, em condições dietéticas normais".

Para Leal como referido por Santos (2013) a reeducação vesical é mais complexa que a intestinal, embora com êxitos mais frequentes.

O tratamento de problemas relacionados com a eliminação vesical é parte integrante dos cuidados de reabilitação. As intervenções para o controlo da eliminação vesical da pessoa com AVC assumem uma abordagem ampla em termos de técnicas de reeducação perineal, com destaque para o treino vesical (Santos, 2013).

O AVC pode desencadear várias alterações a nível da eliminação vesical. Uma destas alterações, a bexiga neurogénica, é resultante de uma lesão cerebral manifestando-se por capacidade vesical normal ou diminuída, com ausência de controlo voluntário da micção e volume residual nulo (Jardim, 2008).

Numa fase inicial, e em caso de retenção urinária, é recomendada a algaliação vesical. Logo que haja melhoria da situação clínica, deve proceder-se à sua remoção e recorrer-se à algaliação intermitente, que poderá constituir a solução de problemas funcionais agudos ou crónicos da bexiga, como por exemplo, da bexiga neurogénica (Menoita et al., 2012).

Como estratégia de intervenção no tratamento da incontinência urinária, nomeadamente na incontinência urinária de esforço, Branco como referido por Couto (2012) recomenda o fortalecimento da musculatura pélvica, que é baseado em movimentos voluntários repetidos que fortalecem os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos e melhoram a resistência uretral. Outra das estratégias referidas pela autora refere-se à terapêutica comportamental. Esta terapêutica inclui o treino vesical ou reeducação perineal, que envolve alterações de hábitos de ingestão hídrica, autocontrolo de micções através da implementação de horário miccional por forma a antecipar-se à ocorrência de perdas, ensino de estratégias e técnicas específicas de estimulação da eliminação como estímulos auditivos (água a correr) e percussão suprapúbica ou mesmo aconselhamento sobre material adaptativo.

Nota-se de extrema importância que, caso o utente não recupere o controlo dos esfíncteres, o enfermeiro conceda à família uma série de estratégias para que esta aprenda a lidar com este problema após a alta, referente ao uso de fraldas, de dispositivos urinários, cateterismo, entre outros, assim como todos os riscos de complicações associados e cuidados inerentes (Jardim, 2008).

4.2.4. Transferência

A preparação para o levante e transferência para a cadeira depende da capacidade do indivíduo, podendo ser feita com ajuda total, parcial ou sem ajuda (Leal como referido por Santos, 2013).

Johnstone defende na sua teoria que as transferências devem ser feitas pelo lado lesado para estimular a proprioceção do mesmo bem como o controlo do seu movimento, começando por rolar o corpo para o lado afetado, de seguida o utente deve apoiar-se sobre o cotovelo afetado, sentar-se na beira da cama com os pés totalmente apoiados no chão e por fim, transferir-se da cama para a cadeira (figura 25) (Jardim, 2008).

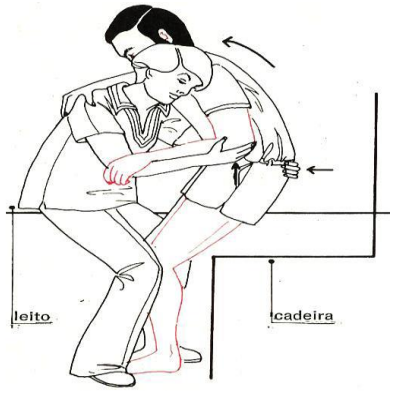

Figura 25 – Transferência: cama/cadeira

Fonte: Jardim, 2008, p. 79.

Este tipo de transferência imprime maiores dificuldades na execução mas dele advêm vantagens futuras na reabilitação do utente (Leal como referido por Ricardo, 2012).

4.2.5. Mobilidade e deslocação

O indivíduo com AVC apresenta problemas relacionados com a função motora e sensitiva, sendo incapaz de utilizar padrões normais para se mobilizar (Jardim, 2008).

A mobilidade está relacionada com todas as atividades de vida diária, sendo um dos principais focos de intervenção do EEER no processo de reabilitação do utente vítima de AVC.

“Segundo o Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (SNRIPD), as ajudas técnicas destinam-se a compensar a deficiência ou atenuar-lhes as consequências e a permitir o exercício das atividades quotidianas e a participação na vida escolar, profissional e social” (Preto, 2008, p.1).

Quando um indivíduo demonstra incapacidade de realizar marcha, é necessário recorrer ao uso de dispositivos de compensação ou ajudas técnicas que provam ser meios tecnológicos indispensáveis à autonomia e integração de pessoas com deficiência e/ou mobilidade diminuída na vida quotidiana. O papel do EEER nesta fase consiste em ensinar, instruir e treinar o indivíduo a usar estes equipamentos por forma a atingir a autonomia modificada nas atividades de vida.

Teixeira-Salmela como referido por Santos (2013) esclarece que logo que o utente 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. Depois de o indivíduo conseguir ficar de pé, tomar consciência do seu corpo e adquirir o equilíbrio necessário, são introduzidos os exercícios de marcha.

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. Este treino tem como objetivos principais a reaquisição do padrão automático perdido e a promoção da independência a nível da locomoção e segurança.

Até iniciar o treino de marcha, o utente deve ter conhecimento de que é importante evitar de extensão máxima do joelho e transferir o peso para a perna lesada, pelo que são importantes os exercícios de equilíbrio em pé. De acordo com as alterações manifestadas, se forem severas, o enfermeiro pode ter que se colocar ao lado do utente de forma a ampará-lo lateralmente. O enfermeiro deverá segurar a mão lesada com a sua do mesmo lado, como se estivesse a dar um aperto de mão, e exercendo uma pressão axial através do braço, elevando o ombro lesado. O cotovelo, pulso e os dedos deverão estar virados para fora, a anca deverá estar direita, o tronco e a cabeça erguidos, para que o utente sinta maior segurança (Leal como referido por Ricardo, 2012).

Um treino de curta duração e várias vezes ao dia é, na opinião de Martins como referido por Santos (2013) mais benéfico que um treino prolongado uma única vez por dia.

Podem ainda ser usados meios auxiliares de marcha para o treino de marcha, pois proporcionam apoio e otimizam o equilíbrio. Entre os diversos tipos de auxiliares de marcha, podem destacar-se o andarilho, as canadianas e as pirâmides ou tripés.

As ortóteses também podem constituir uma vais valia no treino de marcha pelo que, quando aplicadas corretamente, inibem a espasticidade e ajudam a controlar os padrões do tónus muscular. Estas aumentam o estímulo sensorial e dão estabilidade necessária para a carga precoce, devendo ser aplicadas no padrão anatómico, podendo ser usadas em pessoas com perda da sensibilidade, hipotonicidade ou hipertonicidade (Jardim, 2008).

4.2.6. Utilização do sanitário (WC)

Mahoney e Barthel como referido por Couto (2012) referem que o indivíduo vítima de AVC, mediante as limitações consequentes da patologia, poderá precisar de ajuda para o uso de sanitário por várias razões, estre as quais, apresentar desequilíbrio para aprontar o vestuário ou dificuldade no manuseamento do papel higiénico para uma higiene cuidada após o uso do WC.

A intervenção do EEER nesta atividade consiste na continuidade da aplicação dos princípios anteriormente descritos nas outras atividades, ou seja, proceder à correção postural integrando todo o esquema corporal e apoio na transferência, certificar a correta higiene do corpo, e acompanhar no manuseamento do vestuário, não esquecendo de motivar e felicitar o utente pela colaboração manifestada dentro das suas capacidades.

4.2.7. Vestir e despir

A CIPE Beta 2 (2002: p. 55) define Autocuidado: Vestuário como “encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos de acordo com a situação e o clima, tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir, vestir e despir a roupa pela ordem adequada, apertá-la convenientemente”.

Um dos métodos adotados pelo EEER consiste em ensinar, instruir e treinar o indivíduo a iniciar o vestuário pelo lado lesado do corpo, finalizando pelo são (figuras 26 e 27). Aqui torna-se importante respeitar o ritmo do indivíduo e encorajá-lo a ser persistente nesta atividade pois na presença de sequelas de AVC esta torna-se bastante morosa relativamente ao desempenho prévio ao AVC, o que pode causar frustração.

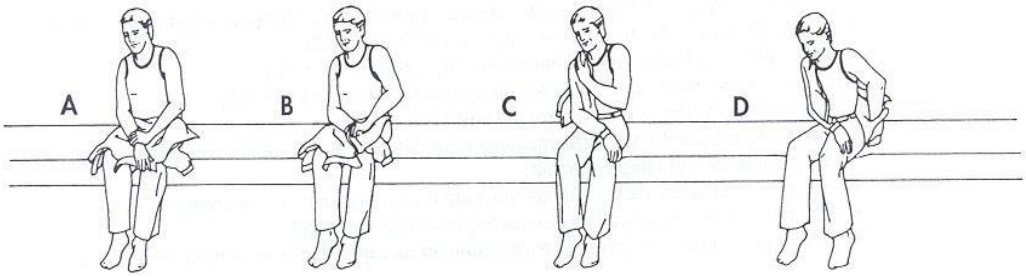

Figura 26 – Vestir a camisa, iniciando pelo lado lesado.

Fonte: Hoeman, 2014, p. 246.

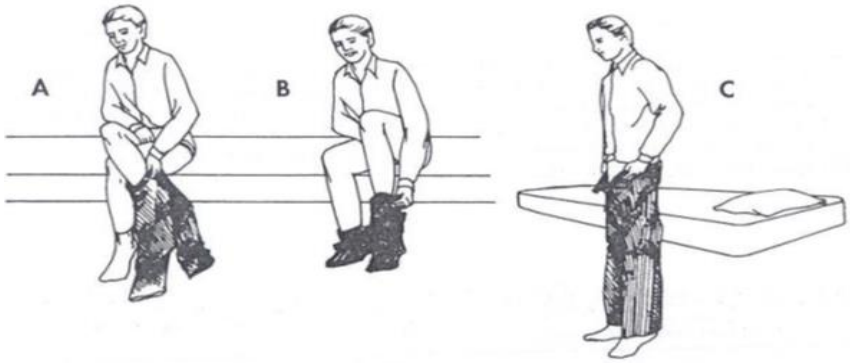

Figura 27 – Vestir as calças, iniciando pelo lado lesado.

Fonte: Hoeman, 2014, p. 250.

Quando o indivíduo não tem condições de se vestir e despir na posição sentado, poderá, por exemplo, realizá-lo no leito (figura 28) se isso se traduzir na sua autonomia.

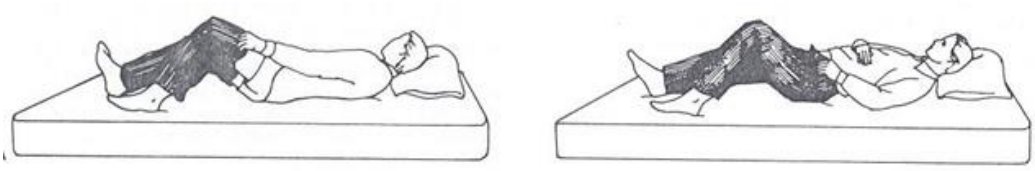

Figura 28 – Vestir as calças, na posição de deitado.

Fonte: Hoeman, 2014, p. 237.

Alguns utensílios que poderão auxiliar este autocuidado são o facilitador de encerramento de fechos/botões e o calça-meias (figura 29). O EEER pode ainda recomendar o uso de sapatos com fecho de velcro para facilitar o seu uso por parte do indivíduo.

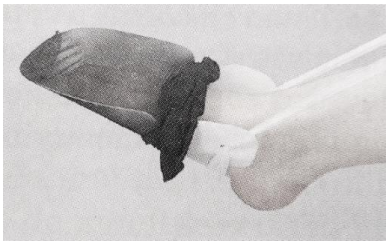

Figura 29 – Calça meias.
Fonte: Menoita et al., 2012, p. 129.

4.2.8. Subir e descer escadas

As barreiras arquitetónicas como as escadas são dos fatores extrínsecos aos sujeitos que mais interferem com o nível de mobilidade, condicionando a qualidade de vida, especialmente aquando da alta e regresso ao seio familiar e comunitário.

No caso da vítima de AVC, surge com elevada frequência a incapacidade para a locomoção, nomeadamente a marcha, o subir e descer escadas e ainda o correr, dadas as lesões dos membros inferiores, a falta de equilíbrio e a diminuição da sensibilidade propriocetiva Marques como referido por Santos (2013). O treino de marcha torna-se completo quando há a capacidade de subir e descer escadas e rampas.

Anderson como referido por Lessmann, Conto, Ramos, Borenstein e Meirelles (2011) recomenda que no treino de subir e descer escadas aos indivíduos acometidos pelo AVC, a subida seja iniciada com o membro inferior são e na descida, com o membro inferior lesado, visto estas condutas favorecem a transferência de peso entre os membros inferiores, melhorando o equilíbrio e evitando acidentes e quedas.

Quando se recorre ao uso de auxiliares de marcha como a canadiana, a bengala ou a pirâmide, Preto (2008) sugere, ao subir, colocar no degrau de cima o pé são, depois o pé doente e por fim o auxiliar de marcha; e ao descer colocar no degrau de baixo o auxiliar de marcha, depois o pé lesado e por fim o são.

Leal como referido por Ricardo (2012) acrescenta que para o treino de subir e descer de escadas, é aconselhável a existência de dois corrimões, um de cada lado das escadas ou um só no centro. O ensino e acompanhamento são fundamentais e devem ser direcionados não só para a mobilidade e autonomia motora, mas também para os aspetos psicológicos, tais como o medo, angústia e o pavor manifestado pelos utentes.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste segundo capítulo pretendemos clarificar o que impulsionou a realização do estudo, bem como abordar os aspetos essenciais do processo metodológico, como a problemática, os objetivos do estudo, o desenho de investigação, as variáveis em estudo, a população alvo e amostra prevista para o estudo e a exposição do instrumento de colheita de dados Por fim foi apresentado o tratamento estatístico dos dados e as considerações éticas.

1 - DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

Segundo a OMS como referido por Sá (2009), o AVC é responsável a nível global por 10% de todas as mortes.

Quanto à incidência do AVC, estudos realizados em várias partes do mundo encontraram valores médios de 200/100.00 habitantes/ano. Por conseguinte, enquanto noutros países o número de novos indivíduos com AVC está a diminuir, em Portugal tende a aumentar. No entanto, apesar da elevada mortalidade, a maior parte das vítimas de AVC sobrevive à fase aguda da doença, sendo também o AVC a principal causa de dependência e de incapacidade em Portugal. Com efeito, sabe-se que o AVC afeta consideravelmente várias dimensões da qualidade de vida (Sá, 2009).

É consequência frequente do AVC a presença de sequelas incapacitantes, impondo às suas vítimas inúmeras limitações, nomeadamente motoras, sensoriais, percetivas, da eliminação, linguagem, cognição e do comportamento. A vítima de AVC sofrerá inevitavelmente uma alteração em toda a dinâmica da sua vida pelas sequelas que a restringem, conduzindo à sua dependência na realização das atividades de vida, atingindo consequentemente as entidades em seu redor, como a sua família e o seu meio em geral.

Uma assistência aprimorada ao indivíduo com AVC pressupõe profissionais com prática especializada, baseada em conhecimentos científicos, no sentido de concorrer a melhores resultados terapêuticos para o mesmo.

Segundo Alves (2015), a população, no geral, tem aumentado as expetativas relativamente à manutenção da saúde, sendo a Reabilitação cada vez mais importante na sociedade, pela expectativa pessoal, social e/ou económica. A Reabilitação enquanto área especializada tem por objetivo reduzir a incapacidade provocada pela doença aguda, crónica ou as suas sequelas, de modo a maximizar o potencial funcional e independência do indivíduo, prevenir as complicações e permitir a sua participação na sociedade.

As diferentes intervenções de reabilitação têm como foco permitir à pessoa adaptar-se às suas incapacidades e promover a sua recuperação funcional, motora e sensorial, bem como a sua integração no seio familiar, social e profissional.

Os cuidados da enfermagem de reabilitação não têm sido valorizados tanto quanto seria desejável, havendo a necessidade de destacar o seu contributo no acompanhamento e capacitação do indivíduo com limitações pós AVC. A proporção de indivíduos vítimas de AVC observada nos serviços de saúde é marcante e estes profissionais especializados vão proporcionar-lhes cuidados individualizados durante o internamento, assegurando assim uma melhor adaptação às suas limitações, uma melhor preparação para a alta e regresso a casa e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida.

Fortin (1999) refere que a investigação científica consiste num processo que, através da utilização de técnicas específicas, pretende obter o conhecimento acerca de uma temática que suscite interesse ao investigador, ou confirmar conhecimentos anteriormente identificados. O autor refere ainda que, quando aplicada à enfermagem, a investigação científica é a base do desenvolvimento desta enquanto ciência, desdobrando o seu campo de atuação e promovendo desta forma uma melhor prática nos cuidados prestados.

Foi através do percurso profissional vivido que se tornou possível testemunhar estas inquietudes que, por sua vez, conduziram à problemática deste estudo.

Emerge, assim, a necessidade de compreender de que forma as intervenções específicas realizadas pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação influenciam a evolução no grau de dependência dos utentes vítimas de AVC.

Para Fortin, Côté & Filion (2009), depois de formulado o problema, o investigador define o objetivo por forma a determinar a direção que pretende dar à investigação.

Assim, o objetivo do presente trabalho consiste em identificar as implicações que os cuidados do enfermeiro de reabilitação têm, no âmbito da evolução do grau de dependência dos utentes após o AVC, internados na Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença 1 do CMRRC – Rovisco Pais, bem como mencionar os dados sociodemográficos e clínicos destes utentes e verificar as associações entre estes dados e a evolução do grau de dependência manifestada pelos mesmos.

2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação consiste em uma interrogação que compreende os conceitos em estudo. Esta pretenderá descrever e explorar as relações existentes entre conceitos, a fim de clarificar o objetivo determinado. A aplicação da questão de investigação está reservada aos estudos descritivos e descritivos-correlacionais. Nestes estudos, os investigadores abstêm-se de formular hipóteses pois estas apoiam-se em resultados de investigação e teorias (Fortin et al., 2009).

Pretende-se identificar o grau de dependência dos utentes acometidos de AVC antes e depois da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na realização das atividades de vida diária, durante o internamento em cuidados continuados de convalescença cujo objetivo é a reabilitação.

Assim, dando continuidade à fase conceptual, será pertinente elaborar as questões de investigação, salientado a questão de investigação central:

1) Os cuidados de enfermagem de reabilitação ao utente vítima de AVC, durante o internamento na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais, influenciam o seu grau de dependência nas atividades de vida no momento da alta?

Podemos ainda apresentar outras questões:

2) As variáveis sociodemográficas (género, idade e estado civil) influenciam o grau de dependência nas atividades de vida do utente vítima de AVC no momento da alta?

3) As variáveis clínicas (tipo de AVC, lateralidade, fatores de risco de AVC e duração do internamento) influenciam o grau de dependência nas atividades de vida do utente vítima de AVC no momento da alta?

3 - TIPO DE ESTUDO

Todo o trabalho de pesquisa deve ter uma base metodológica científica que permita a organização crítica das práticas de investigação.

"A cada tipo de estudo deve corresponder um método, procedimento ou desenho, apropriado aos objetivos pretendidos e à natureza do problema, devendo especificar as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação" (Vaz Freixo, 2009, p.188).

Para Fortin (1999, p. 372), a metodologia é "o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica". Segundo a autora, o método é fundamentalmente um plano orientador de um trabalho, que consiste em juntar operações, com vista a determinar objetivos.

Atendendo às características e ao objetivo do presente estudo, podemos afirmar que este se insere no paradigma quantitativo, uma vez que o objetivo principal desta investigação será identificar as implicações dos cuidados do EEER na evolução do grau de dependência dos utentes pós AVC, mediante aplicação da escala índice de Barthel antes e após implementação de um programa de reabilitação conduzido pelo mesmo.

A abordagem quantitativa em investigação assenta no paradigma positivista, tendo as suas raízes nas ciências físicas. Implica que, independentemente dos contextos históricos e sociais, os factos e os princípios existam e que a verdade seja absoluta (Norwood como referido por Fortin et al., 2009).

Vaz Freixo (2009) sustenta que o estudo quantitativo

> constitui um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. (…) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos. (pp. 144-145)

Dos tipos de investigação quantitativa, Fortin et al. (2009) fazem referência à investigação descritiva, à investigação correlacional e à investigação experimental. Deste modo, quanto à opção metodológica, o presente trabalho trata-se de um estudo descritivo-correlacional e longitudinal retrospetivo, pois como refere Vaz Freixo (2009),

o método descritivo mobiliza estratégias de pesquisa de forma a descrever comportamentos observados, identificando fatores possivelmente relacionados com um fenómeno e o método correlacional tem como objetivo medir o grau e a relação entre duas variáveis que é expressa por um coeficiente de relação. Fortin et al. (2009) acrescenta que a investigação descritiva tem como finalidade principal definir as características de uma população ou fenómeno, pelo que visa descobrir novos conhecimentos, descrever os fenómenos existentes, determinar a frequência de ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação.

É ainda longitudinal pois como classifica Vaz Freixo (2009, p. 276) este trata-se de um "estudo cujos dados são obtidos em diversas ocasiões, junto dos mesmos sujeitos de uma investigação, que decorre durante um certo período de tempo", sendo ainda retrospetivo, uma vez que estes dados são recolhidos dos processos clínicos dos utentes integrantes da amostra.

4 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

A investigação como base do conhecimento científico tem como função conhecer as relações existentes entre os fenómenos e as variáveis. As variáveis serão classificadas de acordo com o papel que vão exercer na investigação.

De acordo com Fortin et al. (2009), as variáveis são unidades de base da investigação e comportam qualidades, propriedades ou características das pessoas, suscetíveis de variar no tempo.

Vaz Freixo (2009, p. 174) refere que a variável pode ser definida como "qualquer característica que numa experiência é manipulada, medida ou controlada". Segundo o autor, as variáveis podem assumir uma posição dependente ou independente. A variável dependente será influenciada pela variável independente. Por sua vez, a variável independente será manipulada pelo investigador com o propósito de estudar os seus efeitos na variável dependente.

Conforme o objetivo e o desenho do presente estudo, a variável dependente, ou seja a variável que se pretende verificar o efeito da variável independente (Fortin, 2009), integra o principal objetivo visado pelas intervenções do EEER, ou seja, a evolução do grau de dependência nas atividades de vida do utente vítima de AVC.

A variável independente que é também designada de variável de investigação (Fortin, 2009), corresponde ao programa de reabilitação levado a cabo pelo EEER para a capacitação do utente vítima de AVC para o autocuidado durante o seu internamento na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais.

Outras variáveis independentes incluídas neste estudo são a idade, o género, o estado civil, o tipo de AVC, a lateralidade da lesão cerebral do AVC, os fatores de risco previamente identificados e o número de dias de internamento do utente vítima de AVC na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais.

4.1. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Para o estudo do grau de dependência do utente vítima de AVC utiliza-se o Índice de Barthel (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007), implementado na UCCC do CMRRC – Rovisco Pais. Este é constituído por dez itens, que avaliam o estado funcional dos doentes ao nível das atividades de vida diária, tais como, a dependência do doente

para fazer a higiene pessoal, tomar banho, alimentar-se, usar a casa de banho, subir escadas, vestir-se e despir-se, controlar esfíncteres, deambular e transferir-se. Cada uma das atividades é pontuada com 0, 5, 10, ou 15 pontos, de acordo com o desempenho do utente. Após a soma total dos pontos respetivos a cada item, assume-se que:

- 100 pontos corresponde a totalmente independente;
- De 99 a 91 pontos corresponde a dependência leve;
- De 90 a 61 pontos corresponde a dependência moderada;
- De 60 a 21 pontos corresponde a dependência grave;
- De 20 a 0 pontos corresponde a dependência total.

5 - POPULAÇÃO ALVO/AMOSTRA

Segundo Vaz Freixo (2009), a população é constituída por todos os indivíduos que partilham várias características relevantes para o estudo.

De acordo com Fortin et al. (2009), a população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permite fazer generalizações. A população selecionada para este trabalho de investigação integra todos os utentes vítimas de AVC admitidos na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais.

Raramente o investigador terá acesso à população na sua totalidade, surgindo pois a necessidade de determinar a população acessível, que é referente aos casos que cumprem os critérios de elegibilidade e de acesso ao investigador (Polit, Beck & Hungler, 2004). A população acessível foi constituída por utentes vítimas de AVC admitidos na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais de 1 de janeiro de 2015 a 31 de maio de 2016.

A população em estudo será ainda definida pelos critérios de inclusão, que correspondem a características essenciais dos elementos da população. Paralelamente, os critérios de exclusão servem para determinar os indivíduos que não farão parte da amostra (Fortin et al., 2009). Neste sentido, constituem critérios de inclusão/ exclusão da amostra, os seguintes:

Critérios de Inclusão:

- Utentes vítimas de primeiro AVC admitidos na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais de 1 de janeiro de 2015 a 31 de maio de 2016;

Critérios de Exclusão:

- Utentes com alta clínica a pedido;

- Casos de óbito durante o período de internamento;

- Utentes em cujos processos clínicos não constavam os dados referentes ao índice de Barthel.

Para Fortin (1999), a amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada.

Para a seleção da amostra a partir da população alvo foi tido em consideração a representatividade da população, como intuito de obter características semelhantes nos participantes, mas sobretudo o preenchimento dos requisitos para os critérios de inclusão, sendo que este estudo apresenta um tipo de amostragem não probabilística, que segundo Vaz Freixo (2009) se define como um processo através do qual todos os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra.

Assim, a partir do universo de utentes vítimas de primeiro AVC admitidos na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais submetidos aos critérios de inclusão/exclusão, foram integrados na amostra o total de 85 indivíduos.

6 - COLHEITA DE DADOS

Fortin et al. (2009) afirma que nos estudos descritivos é comum utilizar-se as observações e os questionários e, por vezes, escalas. Quando se trata de descrever as relações entre as variáveis, geralmente apela-se a escalas de medida, a testes normalizados e questionários.

Conforme já referido antecipadamente, a investigação é suscetível de tratar uma variedade de fenómenos. Porém, para que isso seja possível, é necessário dispor de diferentes instrumentos de medida. Os dados podem ser colhidos de diversas formas, pelo que cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor se adeque ao objetivo do seu estudo, às suas questões de investigação e às suas hipóteses (Fortin et al., 2009).

Polit et al. (2004) reforça que a validade das conclusões da pesquisa é facilmente colocada à prova caso os métodos de colheita de dados não sejam os apropriados.

6.1. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Procedeu-se à recolha de dados através do recurso a um instrumento de colheita de dados (APÊNDICE I) constituído por duas partes: Parte I - Questionário de caracterização clínica e sociodemográfica do utente vítima de AVC; Parte II - Índice de Barthel.

Questionário de caracterização clínica e sociodemográfica:

Este questionário foi construído tendo por base a consulta de bibliografia, com a finalidade de recolher informações relevantes para a caracterização clínica e sociodemográfica dos utentes vítimas de AVC. É constituído por 7 questões, sendo 5 fechadas e 2 abertas. Estas questões recolhem informação acerca da idade, género, estado civil, tipo de AVC, lateralidade da lesão cerebral do AVC, fatores de risco previamente identificados à ocorrência do AVC e número de dias de internamento na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais.

O seu preenchimento foi realizado pelo investigador mediante consulta de informação nos processos clínicos dos utentes integrados na amostra.

O Índice de Barthel:

A utilização de escalas para avaliação da evolução clínica do indivíduo permite uma abordagem sistemática dos utentes inseridos em programas de reabilitação. O índice de Barthel é um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica e na investigação em todo o mundo.

Este foi publicado por Mahoney e Barthel em 1965, tendo sido originalmente concedido como simples índice de independência para quantificar a capacidade de um cliente com patologia neuromuscular ou musculosquelética cuidar de si mesmo (Couto, 2012; Araújo et al., 2007).

O índice de Barthel foi validado e adaptado para a população portuguesa pelo fisioterapeuta Paulo Lima em 1995 e pelo fisioterapeuta Ricardo Loução em 1998 (Gonçalves, 2011).

Araújo et al., (2007), no estudo que realizaram em Portugal para validação do Índice de Barthel, relatam que, para avaliarmos a fidelidade utilizamos o alpha de Cronbach no sentido de analisarmos a consistência interna deste instrumento. Este procedimento é o mais utilizado e referido na literatura, sendo o seu valor calculado com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste (Ribeiro, 1999). Segundo este mesmo autor, uma boa consistência interna deve ter um α superior a 0,80. Nesta consonância verifica-se um nível de fidelidade elevado, suportado por um alfa de Cronbach de 0,96, apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidas para sobreposição, entre r = 0,66 e r = 0,93. (p. 62).

Índice de Barthel trata-se de uma escala que se reporta a atividades de vida diária que mede um conjunto de parâmetros essenciais para a independência, permitindo avaliar a progressão na reabilitação. Concretamente, este instrumento avalia a dependência do indivíduo para a realização de dez atividades básicas da vida diária: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo esfincteriano vesical e intestinal, deambular, transferências e subir e descer escadas. A pontuação obtida irá variar entre 0-100, sendo que a pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as atividades da vida diária avaliadas e a pontuação máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas.

Atualmente, o IB continua a ser amplamente utilizado, essencialmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação e vários autores consideram-no o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVD. A fácil aplicação e interpretação, baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente (o que permite monitorizações longitudinais), o consumir

pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida construída sobre bases empíricas uma das mais utilizadas na clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência dos idosos para realizar dez atividades básicas do seu quotidiano (Araújo et al., 2007, p.61).

A aplicação do Índice de Barthel foi realizada pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação do serviço, tendo posteriormente sido consultado no processo clínico.

6.2. ANÁLISE PSICOMÉTRICA DO ÍNDICE DE BARTHEL

Tendo por base os dados recolhidos, procedeu-se análise psicométrica (consistência interna) do Índice de Barthel, através do programa SPSS.

A consistência interna (homogeneidade dos itens) foi avaliada utilizando o coeficiente Alpha de Cronbach, assim, apresentamos o valor do coeficiente de consistência interna para a totalidade dos itens, uma vez que o Índice de Barthel se encontra validado e aferido para a população Portuguesa.

Relativamente à estrutura psicométrica, todos os itens do Índice de Barthel foram analisados fatorialmente nos 85 utentes do estudo.

A análise dos resultados encontrados (tabela 1) leva-nos a concluir que o índice de Barthel apresenta boas características psicométricas, se tivemos em conta o tamanho da amostra do presente estudo (85) quando comparada com o estudo de validação para Portugal do Índice de Barthel (208). A consistência interna revelou um Alfa de Cronbach ligeiramente inferior (α=0,781) ao do verificado pelos autores da versão Portuguesa do índice de Barthel (α=0,840).

Tabela 1 – Consistência interna do Índice de Barthel

	Nº de itens	**Consistência interna (α) Presente estudo**	**Consistência interna (α) Versão Portuguesa**
Índice de Barthel	10	0,781	0,840

6.3. 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 et al. (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 instrumento de colheita de dados (Apêndice I) foi testado previamente, através da realização de um pré-teste a cinco utentes admitidos na UCCC1, com o intuito de identificar possíveis dificuldades no preenchimento do questionário bem como verificar o tempo necessário para tal. Da análise realizada não houve necessidade de alterações do instrumento de colheita de dados.

6.4. PROCEDIMENTOS PARA A COLHEITA DE DADOS

A seleção da instituição em estudo teve em consideração a representatividade da população uma vez que o diagnóstico principal de AVC constitui uma grande percentagem relativamente ao universo de patologias ali admitidas para internamento de reabilitação. Teve ainda em consideração aspetos logísticos, como a acessibilidade à população em estudo devido à sua localização, conhecimento prévio do local e proximidade da residência do investigador, aspeto facilitador para as várias deslocações ao local.

Antes da aplicação do estudo à população, aferiu-se a necessidade de, primeiramente, ter sido solicitada a aprovação da Instituição que supervisiona o estudo (Anexo I) e da Instituição na qual o estudo foi aplicado (Anexo II). Posteriormente, após ter sido obtido o parecer positivo por escrito pela entidade máxima da instituição, foi feita a identificação dos indivíduos da população alvo que responderam aos critérios de inclusão na amostra, seguida da aplicação do referido guia aos mesmos recorrendo à consulta dos respetivos processos clínicos.

7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Segundo Fortin et al. (2009), o tratamento estatístico dos dados diz respeito à análise dos dados numéricos, por meio de técnicas estatísticas. A função que as variáveis ocupam na investigação vai condicionar a escolha dos testes estatísticos. Independentemente do estudo, para caraterizar a amostra utiliza-se a estatística descritiva.

Após a colheita de dados, foi efetuada a sua codificação e tabulação por forma a preparar o tratamento estatístico.

O tratamento dos dados foi realizado através do programa estatístico IBM-SPSS versão 24.0. 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; o valor de achatamento, obtido através do quociente entre o valor estatístico da Kurtosis pelo seu valor do erro padrão; a avaliação da aderência à normalidade, 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. Esta análise e mediante os valores encontrados no teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors (tabela 2) permitiu-nos 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 (média, moda de mediana), medidas de dispersão (desvio padrão, coeficiente de variação, mínimo e máximo) e o coeficiente “alpha” de Cronbach. Foram aplicados os testes seguintes: Wilcoxon Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman. 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.

Tabela 2 – Resultados do teste de normalidade para o Índice de Barthel

	Kolmogorov-Smirnova	**Nível de Significância**
Índice de Barthel	0,112	0,010

Lilliefors Significance Correction

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso de tabelas e quadros, onde se apresentam os dados mais relevantes. Na descrição e análise dos dados procurou-se obedecer à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

8 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Toda a investigação científica é uma atividade humana que imputa ao investigador uma grande responsabilidade, devendo ser considerados, ao longo de todo o processo de investigação, os aspetos ético-legais, desde a definição do problema até à recolha e divulgação dos resultados. O enfermeiro investigador deve ter uma consciência ética bem formada e a humildade de pedir a apreciação do seu projeto de investigação a uma Comissão de Ética (Martins, 2008).

Tendo presente estes aspetos, no presente trabalho de investigação foram tidos em atenção todos os princípios éticos ao longo de todas as fases do processo. Assim, 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 I).

- Solicitação do parecer à comissão de ética do CMRRC – Rovisco Pais, bem como autorização para a colheita de dados ao Conselho de Administração da instituição (Anexo II);

Após apreciação favorável da comissão de ética do CMRRC – Rovisco Pais bem como da autorização do acesso aos dados constantes nos processos clínicos pelo Conselho de Administração da instituição, o desenvolvimento da investigação respeitou as normas éticas inerentes ao protocolo de Helsínquia, tendo estes sido sujeitos a codificação para serem acedidos apenas pelo investigador principal, cumprindo o dever de sigilo e de anonimato.

Os aspetos deontológicos inerentes à própria profissão de Enfermagem enquanto profissão que se autorregula quer pelo Código Deontológico como pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, também foram respeitados.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se expor a informação obtida através do recurso a métodos estatísticos que permitam descrever, clarificar e interpretar os dados colhidos através do instrumento de colheita de dados e, por outro lado analisar a presença de relações entre as variáveis. Recorreu-se à estatística descritiva para apresentar os dados obtidos por forma a permitir uma leitura clara e análise dos mesmos, e de seguida, à estatística inferencial, para estabelecer relações entre as variáveis. Posteriormente procedeu-se a uma discussão e comparação entre os resultados obtidos neste estudo com outros previamente realizados. Por fim impõe-se a necessidade de os interpretar e retirar possíveis conclusões, de acordo com o enquadramento teórico analisado.

1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo refere-se à apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados.

Foi necessária a aplicação de técnicas estatísticas que permitissem um tratamento matemático dos dados recolhidos. Estes procedimentos estatísticos foram realizados com o apoio de Statistical Package for Social Sciences. Assim, recorremos à estatística descritiva para sumariar os dados obtidos, permitindo uma leitura clara e objetiva dos mesmos de forma a analisá-los, e recorremos à estatística inferencial para estabelecer relações entre as variáveis.

A apresentação destes dados surge esquematizada em várias tabelas e quadros, precedidas das análises correspondentes, salientando-se que a análise inerente às frequências relativas e percentuais será processada em função dos valores expressos na coluna das respetivas tabelas e quadros. Uma vez que estes dados são todos eles retirados da mesma amostra, omite-se, assim, essa indicação.

1.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A amostra em estudo é de 85 utentes com diagnóstico de AVC e internados na Unidade de Convalescença do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais. Relativamente ao género, a distribuição dos utentes em estudo é heterogénea, 58,8% do masculino e 41,2% do feminino.

Tabela 3 - Distribuição dos utentes segundo o género

Género	Nº	%
Feminino	35	41,2
Masculino	50	58,8
Total	85	100,0

No que respeita à sua idade (tabela 4 e tabela 5), esta varia entre os 27 e os 90 anos; a média encontrada é de 66,02 anos, com um desvio padrão de 13,43, sendo a moda de 55 e a mediana de 66 anos. Observa-se que a maior parte dos utentes se situa no grupo etário com idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos (24,7%), seguindo-se

aqueles do grupo etário dos 61 aos 70anos (23,5%) e 22,4% com idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos. De referi, que apenas 2,4% dos utentes em estudo tem idade igual ou inferior a 40 anos e 16,5% tem idade igual ou superior a 81 anos.

Tabela 4 - Estatística descritiva referente a idades dos utentes

	$\overline{X}$	DP	Mo	Md	Mínimo	Máximo	CV
Idade	66,02	13,43	55	66	27	90	20,34%

Tabela 5 - Distribuição dos utentes segundo o grupo etário

Grupo etário	Nº	%
≤ 40 Anos	2	2,4
41 - 50 Anos	9	10,6
51 - 60 Anos	19	22,4
61 - 70 Anos	20	23,5
71 - 80 Anos	21	24,7
≥81Anos	14	16,5
Total	85	100,0

Quanto à distribuição dos utentes em estudo segundo o seu estado civil (tabela 6), pode-se constatar que a maioria (51,8%) é casada, seguindo-se 21,2% de viúvos e 12,9% divorciados. De referir que 8,2% vivem em união de facto e 5,9% são solteiros.

Tabela 6 - Distribuição dos utentes segundo o estado civil

Estado Civil	Nº	%
Casado(a)	44	51,8
Viúvo(a)	18	21,2
Divorciado (a)	11	12,9
União de Facto	7	8,2
Solteiro	5	5,9
Total	85	100,0

1.2. CARACTERIZAÇÃO CLINICA DA AMOSTRA

A análise da tabela 7, referente ao tipo de AVC que os utentes em estudo sofreram, permite constatar que a maioria (62,4%) teve um AVC isquémico, sendo que 29,4% tiveram AVC hemorrágico e 8,2% isquémico com transformação em hemorrágico.

Tabela 7 - Distribuição dos utentes segundo o tipo de AVC

AVC	Nº	%
Isquémico	53	62,4
Hemorrágico	25	29,4
Isquémico e hemorrágico	7	8,2
Total	85	100,0

No que concerne ao território cerebral lesado pelo AVC (lateralidade) nos utentes em estudo (tabela 8), podemos constatar que a maior parte (49,4%) foi o direito, seguindo-se 42,4% que foi o esquerdo e igual percentagem (3,5%) que foi o cerebelo e o tronco cerebral. De referir que apenas um utente (1,2%) apresentou lesão cerebral em ambos os hemisférios.

Tabela 8 – Distribuição dos utentes segundo a lateralidade

Lateralidade	Nº	%
Direita	42	49,4
Esquerda	36	42,4
Cerebelo	3	3,5
Tronco	3	3,5
Bilateral	1	1,2
Total	85	100,0

No que concerne aos fatores de risco para AVC que os utentes apresentavam na admissão na UCC (tabela 9 e tabela 10), verifica-se que a média é de 2,11±1,14 sendo a moda e mediana de dois fatores de risco identificados, sendo o mínimo de zero e o máximo seis fatores identificados por utente. A maior parte (31,8%) apresentava dois fatores de risco, seguindo-se 28,2% com três fatores de risco identificados. De referir

que apenas 5,9% dos utentes não apresentavam qualquer fator de risco para AVC na admissão na UCC.

Tabela 9 - Estatística descritiva referente ao número de fatores de risco para AVC

	$\overline{X}$	DP	Mo	Md	Mínimo	Máximo	CV
Nº fatores risco	2,11	1,14	2	2	0	6	54,02%

Tabela 10 – Distribuição dos utentes segundo fatores de risco para AVC

Nº fatores de risco	Nº	%
Zero	5	5,9
Um	22	25,9
Dois	27	31,8
Três	24	28,2
Quatro	5	5,9
Cinco	1	1,2
Seis	1	1,2
Total	85	100,0

Em relação aos fatores de risco para AV identificados nos utentes (tabela 11), constatou-se que a maioria (65,9%) tinha HTA, seguindo-se 49,4% com DLP, 38,8% com PCV E 28,2% tinham DB. De referir que 14,1% eram obesos, 8,2% com hábitos tabágicos 5,8% com hábitos alcoólicos.

Tabela 11 – Frequência dos fatores de risco para AVC

Fatores de risco AVC	Nº	%
Hipertensão arterial	56	65,9
Hipercolesterolémia/dislipidémia	42	49,4
Patologia coronária/cardiovascular	33	38,8
Diabetes Mellitus	24	28,2
Obesidade	12	14,1
Hábitos tabágicos	7	8,2
Hábitos etílicos	5	5,8

A análise da tabela 12 e da tabela 13, referente a duração do internamento na UCC, permite verificar que, este variou entre um mínimo de 16 e um máximo de 125 dias, sendo a média 62,27 dias, com um desvio padrão de 23,34. A maior parte (40%) dos utentes tiveram um internamento compreendido entre 31 e 60 dias e igual percentagem de 61 a 90 dias. De referir que apena 18,8% dos utentes tiveram um internamento igual ou inferior a 30 dias.

Tabela 12 - Estatística descritiva referente a duração do internamento dos utentes

	$\overline{X}$	DP	Mo	Md	Mínimo	Máximo	CV
Nº dias internamento	62,27	23,34	60	60	16	125	37,48%

Tabela 13 - Distribuição dos utentes segundo o tempo de internamento na UCCC1

Duração internamento	Nº	%
≤ 30 dias	16	18,8
31 - 60 dias	34	40,0
61 - 90 dias	34	40,0
≥91dias	1	1,2
Total	85	100,0

Para avaliar o grau de dependência para a realização de atividades de vida dos utentes em estudo, na admissão e no momento da alta, utilizou-se o Índice de Barthel (validado para população portuguesa por Araújo et al., (2007). A tabela 14 permite verificar que o valor médio observado no momento da alta é quase o dobro do verificado no momento da admissão (59,12/30,35). Sendo que a mediana na admissão foi de 25 e na alta de 65. De referir que os valores oscilaram entre um mínimo de 0 e um máximo de 90 na admissão, sendo que na alta o valor máximo verificado foi 100 (máximo possível). Assim, podemos afirmar que no momento da alta os utentes em estudo apresentam um ganho significativo maior na sua autonomia na realização de atividades de vida.

Tabela 14 – Estatística descritiva do IB verificado na admissão e na alta dos utentes

Barthel (Score Global)	$\overline{X}$	DP	Mo	Md	Mínimo	Máximo	CV
Admissão	30,35	26,32	0	25	0	90	77,82%
Alta	59,12	29,65	90	65	0	100	50,15%

Os autores do índice de Barthel referem um valor de 100 corresponde ao grau de independência, bem como indicam vários "pontos de corte": dependência total (≥20), dependência grave (21-60), para dependência moderada (61-90) e para dependência leve (91-99). Assim, a análise da tabela 15, referente a distribuição dos utentes segundo os valores verificados no índice de Barthel na admissão e no momento da alta, agrupados segundo as linhas de corte referidas, permite constatar que a maior parte dos utentes (45,9%) no momento da admissão eram "dependentes totais", por outro lado, no momento da alta a maior parte (44,7%) já apresentava uma "dependência leve" e apenas 12,9% se apresentavam dependentes totais, sendo que 5,9% estavam completamente independentes.

Tabela 15 - Distribuição dos utentes segundo o grau de dependência na admissão e no momento da alta

Grau de dependência (Barthel)	**Admissão**		**Alta**	
	n	%	n	%
Independente (100)	-	0,0	5	5,9
Dependente leve (91-99)	10	11,8	38	44,7
Dependente moderado (61-90)	18	21,2	17	20,0
Dependente grave (21-60)	18	21,2	14	16,5
Dependente total (≥20)	39	45,9	11	12,9
Total	85	100,0	85	100,0

Quando analisados o grau de dependência dos utentes em estudo, nas dez atividades de vida diária no momento da admissão e alta (avaliado pela pelo índice de Barthel), constatou-se que em todas as atividades de vida o valor médio verificado no momento da alta é muito superior ao da admissão (menor dependência).

A análise por dimensões (atividades de vida) no momento da admissão e alta, tendo em conta a cotação máxima possível de cada uma, permite constatar que nas atividades com os valores a oscilar entre 0 e 15 (transferência cama/cadeira e mobilidade/deslocação), quer na admissão como na alta os utentes apresentam menor grau de dependência em relação às "transferências" ($\overline{X}$=6,24±4,49vs10,24±4,56) quando comparado com "mobilidade/deslocação" ($\overline{X}$=2,06±4,18vs6,71±5,70).

As dimensões alimentação, controle vesical, anal, utilização de WC, vestir-se e subir e descer escadas permitem uma cotação máxima de dez, o que permite verificar que, é em relação ao controle anal onde se verifica o valor médio mais elevado (maior independência) na admissão e no momento da alta ($\overline{X}$=5,41±4,71vs8,29±3,58), seguindo-se o controle vesical ($\overline{X}$=4,51±4,78vs7,29±4,05) e a alimentação ($\overline{X}$=3,71±2,90vs6,06±3,46). Por outro lado, os valores médios mais baixos (maior grau de dependência) verificam-se no "subir e descer escadas" ($\overline{X}$=1,06±2,05vs3,35±3,22), seguido da "utilização da sanita" na admissão ($\overline{X}$=2,06±3,02) e o "vestir-se" ($\overline{X}$=2,71±3,04), de referir que no momento da alta verificou-se um menor grau de dependência no "vestir-se" quando comparado com "utilização da sanita" ($\overline{X}$=5,88±3,29vs5,59±3,81).

Por último, nas dimensões "higiene pessoal" e "banho", os valores oscilam entre 0 e 5, a análise da tabela 16, permite verificar que, quer na admissão como na alta, os utentes apresentam menor grau de dependência em relação a "higiene pessoal" ($\overline{X}$=1,35±2,23vs3,06±2,45) quando comparado com o "banho" ($\overline{X}$=0,94±1,97vs2,65±2,51).

Tabela 16 – Estatística descritiva do índice de Barthel, segundo as várias dimensões, verificado na admissão e no momento da alta dos utentes

	Barthel (Score Parcial)	$\overline{X}$	DP	Mo	Md	Mínimo	Máximo
Alimentação	**Admissão**	3,71	2,90	5	5	0	10
	Alta	6,06	3,46	5	5	0	10
Higiene Pessoal	**Admissão**	1,35	2,23	0	0	0	5
	Alta	3,06	2,45	5	5	0	5
Controlo Vesical	**Admissão**	4,51	4,78	5	0	0	10
	Alta	7,29	4,05	10	10	0	10
Controlo Anal	**Admissão**	5,41	4,71	5	10	0	10
	Alta	8,29	3,58	10	10	0	10
Transferência	**Admissão**	6,24	4,49	5	10	0	15
	Alta	10,24	4,56	10	10	0	15
Mobilidade/ Deslocação	**Admissão**	2,06	4,18	0	0	0	15
	Alta	6,71	5,70	5	5	0	15
Utilização do WC	**Admissão**	2,06	3,02	0	0	0	10
	Alta	5,59	3,81	5	5	0	10

Vestir-se	**Admissão**	2,71	3,04	0	0	0	10
	Alta	5,88	3,29	5	5	0	10
Banho	**Admissão**	0,94	1,97	0	0	0	5
	Alta	2,65	2,51	5	5	0	5
Subir/descer Escadas	**Admissão**	1,06	2,05	0	0	0	5
	Alta	3,35	3,22	5	5	0	10

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das questões de investigação, associando algumas das variáveis em estudo, à nossa variável endógena.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação ao utente vítima de AVC, durante o internamento na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais, influenciam o seu grau de dependência nas atividades de vida no momento da alta?

Com o objetivo de testar a associação do grau de dependência para a realização de atividades de vida dos utentes em estudo na admissão e no momento da alta (após intervenção do enfermeiro de reabilitação), utilizámos o teste de Wilcoxon. Com base nos resultados apresentados na tabela 17, podemos observar que, para o global do índice de Barthel, as ordenações médias positivas são 78 e nenhuma negativa, ou seja, 78 utentes apresentam melhoria da sua capacidade funcional no momento da alta (score global alta é maior que o score global na admissão), sendo que sete apresentam o mesmo valor (empates). A diferença encontrada é altamente significativa ($p<0,0001$). Esta tendência mantem-se quando realizamos a análise por dimensão, sendo que as diferenças encontradas são sempre altamente significativas.

Uma análise mais detalhada permite verificar que em relação as ordenações médias são apenas negativas (uma) no que se refere ao “controle vesical”, controle anal” e “utilização de sanita”, ou seja, um utente apresenta no momento da alta um grau de dependência maior que na admissão. De referir, que em relação a “alimentação”, “higiene pessoal”, “controle vesical”, “controle anal”, “banho” e “subir e descer escadas” mais de metade dos utentes mantiveram no momento da alta o mesmo grau de dependência/independência da admissão (empates).

De salientar que foi em relação a “transferência cama/cadeira”, “utilização da sanita” e “mobilidade/deslocação” onde se verificaram as maiores ordenações positivas (>50), ou seja, foi nestas dimensões onde houve um maior ganho na capacidade funcional para

a realização de atividades de vida diária dos utentes do momento da admissão para a alta. Resumindo, podemos afirmar que os cuidados de enfermagem de reabilitação ao utente vítima de AVC, durante o internamento na Unidade de Convalescença, têm poder preditivo no grau de independência deste no momento da alta.

Tabela 17 – Teste de Wilcoxon ao grau de dependência (Barthel) na admissão e no momento da alta dos utentes

Índice de Barthel	Ordens Médias Negativas	Ordens Médias Positivas	Empates	Z	P
Alimentação	0	36	49	-5,738	0,000
Higiene pessoal	0	29	56	-5,385	0,000
Controle vesical	1	30	54	-4,840	0,000
Controle anal	1	31	53	-4,972	0,000
Transferência cama/cadeira	0	54	31	-6,799	0,000
Mobilidade/deslocação	0	51	34	-6,420	0,000
Utilização da sanita (WC)	1	53	31	-6,719	0,000
Vestir-se	0	45	40	-6,247	0,000
Banho	0	29	56	-5,385	0,000
Subir/descer escadas	0	35	50	-5,652	0,000
Score Global	0	78	7	-7,683	0,000

As variáveis sociodemográficas (género, idade e estado civil) influenciam o grau de dependência nas atividades de vida do utente vítima de AVC no momento da alta?

No estudo conjunto da informação referente ao grau de dependência dos utentes para a realização de atividades de vida diária no momento da alta e o género (tabela 18), podemos verificar que, as mulheres obtiveram ordenações médias mais elevadas no global e em todas as dimensões do índice de Barthel, a exceção da “alimentação”, “higiene pessoal”, “transferências cama/cadeira” e “banho” que os seus pares homens. Logo, um menor grau de dependência.

Com o intuito de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizamos o teste de Mann-Whitney, determinámos um valor de “p” superior ao nível de significância fixado (α =0,05) para o índice de Barthel no global (p=0,005) e em todas as atividades. Assim, podemos afirmar que o género não tem poder explicativo sobre o grau de dependência dos utentes no momento alta.

Tabela 18 - Resultado da aplicação do teste de Mann-Whitney, ao género e ao grau de dependência (Barthel) dos utentes no momento da alta

Género / *Barthel*	Masculino (n=50)	Feminino (n=35)		
	Mean Rank	Mean Rank	Z	p
Alimentação	44,62	40,69	-0,791	0,429
Higiene pessoal	43,35	42,50	-0,185	0,853
Controle vesical	42,46	43,77	-0,287	0,774
Controle anal	41,94	44,51	-0,680	0,497
Transferência cama/cadeira	43,15	42,79	-0,072	0,943
Mobilidade/deslocação	42,93	43,10	-0,032	0,974
Utilização da sanita (WC)	42,55	43,69	-0,215	0,830
Vestir-se	41,96	44,49	-0,517	0,605
Banho	43,45	42,36	-0,185	0,816
Subir/descer escadas	41,53	45,10	-0,729	0,466
Score Global	42,77	43,33	-0,103	0,918

Ao relacionarmos o grau de dependência para a realização de atividades de vida dos utentes vítimas de AVC no momento da alta com a sua idade (correlação de Spearman), observa-se uma tendência para a idade se correlacionar negativamente com a autonomia, no global do índice de Barthel e em todas as suas atividades (exceção da “alimentação”), o seja, consoante aumenta a idade dos utentes, estes tendem a evidenciar um maior grau de dependência para a realização de atividades de vida no momento da alta.

Verificou-se que a correlação é estatisticamente significativa no global do índice de Barthel e em todas as suas atividades, com a exceção da “alimentação”, “controle

vesical" e "vestir-se". O que nos permite afirmar que a idade do utente tem poder preditivo no grau de dependência deste no momento da alta (exceto no que se refere a alimentação, eliminação vesical e vestir-se).

Tabela 19 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, a idade dos utentes e ao grau de dependência no momento da alta

Idade	**ρ**	**p**
Alimentação	0,044	0,687
Higiene pessoal	**-0,245**	**0,024**
Controle vesical	-0,175	0,109
Controle anal	**-0,222**	**0,041**
Transferência cama/cadeira	**-0,271**	**0,012**
Mobilidade/deslocação	**-0,295**	**0,006**
Utilização da sanita (WC)	**-0,304**	**0,005**
Vestir-se	-0,176	0,108
Banho	**-0,309**	**0,004**
Subir/descer escadas	**-0,283**	**0,009**
Score Global	**-0,278**	**0,010**

Cruzando a informação referente ao estado civil dos utentes e o seu grau de dependência para a realização de atividades de vida no momento da alta (tabela 20), constatou-se que os divorciados são aqueles que apresentam ordenações médias mais elevadas, no global do Barthel e na maioria das suas atividades. Por outro lado, são os viúvos aqueles que apresentam os maiores graus de dependência no momento da alta (ordenações médias mais baixas).

A fim de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis, que identificou existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os grupos, no global do Barthel ($p=0,046$) e nas suas dimensões: "banho" ($p=0,010$) e "subir e descer escadas" ($p=0,008$). A estes resultados não será alheia a média de idades destes dois grupos de utentes, 59,73 anos nos divorciados e 78,22 anos nos viúvos.

Tabela 20 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ao estado civil dos utentes e o grau de dependência para a realização de atividades de vida

Estado Civil / Barthel	Casado/UF (n=51) Mean Rank	Viúvo (n=18) Mean Rank	Divorciado (n=11) Mean Rank	Solteiro (n=5) Mean Rank	Chi-Square	p
Alimentação	43,00	40,00	47,91	43,00	0,839	0,840
Higiene pessoal	44,50	33,53	51,77	42,50	5,938	0,115
Controle vesical	46,27	32,69	41,18	50,70	6,515	0,089
Controle anal	44,94	34,94	43,32	51,50	5,830	0,120
Transferência cama/cadeira	44,99	33,94	50,27	39,30	4,359	0,225
Mobilidade/deslocação	46,35	33,67	47,59	32,30	5,207	0,157
Utilização da sanita (WC)	46,53	29,67	47,77	44,50	7,701	0,053
Vestir-se	44,25	35,14	46,82	50,10	3,266	0,352
Banho	**45,50**	**29,94**	**55,27**	**37,50**	**11,408**	**0,010**
Subir/descer escadas	**46,29**	**31,33**	**54,45**	**26,20**	**11,856**	**0,008**
Score Global	**46,39**	**29,33**	**51,55**	**38,80**	**7,981**	**0,046**

As variáveis clínicas (tipo de AVC, lateralidade, fatores de risco de AVC e duração do internamento) influenciam o grau de dependência nas atividades de vida do utente vítima de AVC no momento da alta?

Pela análise da tabela 21, que relaciona o tipo de AVC do qual o utente foi vítima com o seu grau de dependência para a realização de atividades de vida no momento da alta, e dos resultados do teste Kruskal-Wallis, observa-se que em relação ao Barthel "global" as ordenações médias mais elevadas verificaram-se nos utentes que tiveram um AVC isquémico com transformação em hemorrágico (ambos), sendo os valores muito similares nos dois hemisférios cerebrais afetados. Contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas (p=0,930).

Estas tendências mantêm-se quando se faz a análise por dimensão, ou seja, as ordenações médias mais elevadas verificam-se nos utentes que tiveram um AVC isquémico com transformação em hemorrágico (ambos). Contudo, as diferenças encontradas só são estatisticamente significativas (p <0,05) nas dimensões: "controle anal" (p=0,034) e "banho" (p=0,035). Isto permite afirmar que os utentes que foram vítimas de AVC isquémico com transformação em hemorrágico (ambos) manifestam

maior recuperação da sua autonomia para a realização de atividades de vida (controle anal e banho) no momento da alta do que aqueles que tiveram um AVC isquémico ou hemorrágico.

Tabela 21 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, ao tipo de AVC que os utentes sofreram e o seu grau de dependência para a realização de atividades de vida

Tipo de AVC / Barthel	Hemorrágico (n=25)	Isquémico (n=53)	Ambos (n=7)		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Chi-Square	p
Alimentação	44,80	42,32	41,71	0,230	0,891
Higiene pessoal	42,50	41,86	53,43	1,927	0,382
Controle vesical	38,48	44,50	47,79	1,845	0,398
Controle anal	**35,98**	**45,19**	**51,50**	**6,740**	**0,034**
Transferência cama/cadeira	43,80	43,18	38,79	0,266	0,876
Mobilidade/deslocação	42,88	42,95	43,79	0,008	0,996
Utilização da sanita (WC)	42,20	43,42	42,64	0,050	0,975
Vestir-se	43,44	41,03	56,36	2,970	0,226
Banho	**40,90**	**41,35**	**63,00**	**6,708**	**0,035**
Subir/descer escadas	43,98	43,59	35,00	0,993	0,609
Score Global	43,20	42,48	46,21	0,144	0,930

No estudo conjunto da informação referente localização do AVC (lateralidade) que os utentes sofreram e o seu grau de dependência para a realização de atividades de vida (tabela 22), podemos verificar que os utentes com localização do AVC ao nível do cerebelo e tronco cerebral são aqueles onde se verificam as ordenações médias mais elevadas para o global do Barthel, bem como para a maioria das suas dimensões. Contudo, devemos salientar que existe uma grande homogeneidade nas ordenações médias obtidas nas várias dimensões em análise. Logo, o teste estatístico utilizado (Kruskal-Wallis) veio confirmar essa primeira análise. O valor de “p” é sempre muito superior ao nível significância fixado (α=0,05), considerando desta forma que não existe diferença significativa entre a localização do AVC (lateralidade) que os utentes sofreram e o seu grau de dependência para a realização de atividades de vida.

Tabela 22 - Resultado da aplicação do teste de Kruskal-Wallis, a localização do AVC que os utentes sofreram e o seu grau de dependência para a realização de atividades de vida

Lateralidade / Barthel	Direito (n=42)	Esquerdo (n=36)	Cerebelo/ Tronco (n=6)		
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Chi-Square	p
Alimentação	38,60	44,61	57,17	4,194	0,123
Higiene pessoal	42,00	41,50	52,00	1,381	0,501
Controle vesical	44,32	39,82	45,83	1,103	0,576
Controle anal	42,52	41,06	51,00	1,746	0,418
Transferência cama/cadeira	39,99	44,54	47,83	1,120	0,571
Mobilidade/deslocação	42,89	42,17	41,75	1,103	0,988
Utilização da sanita (WC)	41,86	42,17	49,00	0,528	0,768
Vestir-se	41,57	43,83	41,00	0,236	0,889
Banho	43,50	41,50	41,50	0,189	0,910
Subir/descer escadas	43,40	42,28	37,50	0,385	0,825
Score Global	42,23	42,24	46,00	0,134	0,935

Ao relacionarmos a duração do internamento na UCCC1 e o grau de dependência dos utentes no momento da alta (correlação de Spearman), observa-se uma tendência para a duração do internamento se correlacionar positivamente com a autonomia (exceção de mobilidade/deslocação, vestir-se e subir e descer escadas), ou seja, consoante aumenta o período de internamento os utentes tendem a apresentar menor grau de dependência. Contudo a diferença encontrada não é estatisticamente significativa (p> 0,05) para o global do índice de Barthel e em todas as suas atividades.

Tabela 23 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, aos dias de internamento dos utentes e ao grau de dependência na alta

Dias de Internamento	ρ	p
Alimentação	0,007	0,952
Higiene pessoal	0,030	0,787
Controle vesical	0,034	0,755
Controle anal	0,082	0,453
Transferência cama/cadeira	0,041	0,711

Mobilidade/deslocação	-0,025	0,882
Utilização da sanita (WC)	0,014	0,899
Vestir-se	-0,023	0,838
Banho	0,157	0,151
Subir/descer escadas	-0,016	0,886
Score Global	0,011	0,918

Pela observação e análise da tabela 24, que relaciona número de fatores de risco de AVC identificados na admissão dos utentes na UCCC1 e ao grau de independência (Barthel) no momento da alta (correlação de Spearman), concluímos que, não existe correlação estatisticamente significativa entre número de fatores de risco de AVC identificados na admissão dos utentes na UCC e ao grau de independência (Barthel) no momento da alta (para um nível de significância de 0,05).

Tabela 24 – Resultados estatísticos relativos à aplicação do Coeficiente de Correlação de Spearman, ao número de fatores de risco de AVC identificados na admissão dos utentes na UCCC1 e ao grau de dependência (Barthel) no momento da alta

Número fatores de risco AVC	**ρ**	**p**
Alimentação	-0,021	0,848
Higiene pessoal	0,120	0,274
Controle vesical	0,034	0,755
Controle anal	-0,031	0,780
Transferência cama/cadeira	0,072	0,515
Mobilidade/deslocação	0,075	0,495
Utilização da sanita (WC)	0,136	0,213
Vestir-se	0,079	0,474
Banho	0,048	0,664
Subir/descer escadas	0,110	0,315
Score Global	0,062	0,570

2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos dados obtidos, o respetiva tratamento estatístico e a referência aos resultados mais relevantes, impõe-se a necessidade de os interpretar e discutir, com alusão à revisão bibliográfica efetuada, por forma a obter as conclusões possíveis e destacar o interesse no desenvolvimento de novos estudos.

A discussão dos resultados é efetuada no sentido de dar resposta ao objetivo do estudo e às questões de investigação formuladas. Posto isto, serão destacados os resultados considerados mais relevantes procurando, sempre que possível, encontrar uma confrontação com o quadro de referência.

Assim, segue-se a discussão dos resultados que se evidenciaram no decorrer do capítulo anterior. Será apresentada a discussão dos resultados descritivos e inferenciais, no âmbito do grau de dependência para a realização das atividades de vida e da caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.

Para analisar o grau de dependência para a realização de atividades de vida dos utentes em estudo na admissão e no momento da alta, utilizou-se o Índice de Barthel (validado para a população portuguesa por Araújo et al. (2007), que diferencia de 0 a 100 pontos o grau de dependência, sendo que quanto menor for o score obtido, maior será o grau de dependência.

Segundo a análise dos dados, foi possível observar que o valor médio observado no momento da alta é quase o dobro do verificado no momento da admissão, com 59,12 e 30,35 pontos respetivamente, pelo que nos é permitido afirmar que, no momento da alta, os utentes em estudo apresentam um ganho significativo na sua capacidade para a realização de atividades de vida caracterizado por um menor grau de dependência. Veiga (2015) e Cerveira (2011), em estudos semelhantes com indivíduos com AVC desenvolvidos em unidades de convalescença, observaram de forma análoga esta evolução. No estudo que realizou, Moita (2006) também refere que os resultados obtidos refletem que a generalidade dos utentes com AVC teve uma evolução funcional positiva no que diz respeito à função motora e independência nas atividades de vida diária após submissão a um programa de enfermagem de reabilitação.

A distribuição dos utentes segundo as linhas de corte referidas permite ainda constatar que a maior parte dos utentes (45,9%) no momento da admissão eram “dependentes

totais". Estes dados vão de encontro a alguns autores, nomeadamente Sá (2009), que refere que o AVC é a patologia responsável pelo maior índice de incapacidade e dependência funcional da população portuguesa. Também a Sociedade Portuguesa do AVC como referido por Ricardo (2012) revela que cerca de 50% dos doentes que sobrevivem a um AVC ficam com limitações graves nas AVD.

Por outro lado, no momento da alta a maior parte (44,7%) dos indivíduos já apresentava uma "dependência leve" mantendo-se uma percentagem de dependentes totais de 12,9%, que segundo Leal como referido por Ricardo (2002) se compreende uma vez que "o progresso do programa de reabilitação não é igual para todas as pessoas, para algumas fica completo ao fim de algumas semanas após o AVC, para outras pode implicar meses ou anos", existindo ainda referência a casos de lesões de maior gravidade que apresentarão dependência permanente.

Face a estes resultados, corroborando com Liberal (2012), podemos afirmar que o paradigma de reabilitação instalado na Unidade de Convalescença em que a reabilitação e readaptação funcional são objetivo principal dos utentes se afirma como benéfico. Um programa de reabilitação intenso nos doentes que sofreram AVC é a chave para uma convalescença de sucesso (Rosenberg & Popelka como referido por Veiga, 2015). Podemos ainda afirmar que os dados apresentados permitem confirmar estatisticamente a questão 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, contribuindo de forma significativa para uma evolução positiva em termos de grau de dependência dos utentes vítimas de AVC no momento da alta.

Belda-Lois et al. (2011) acrescenta que a restauração de funções após AVC é um processo complexo que envolve os efeitos das intervenções terapêuticas não desprezando a recuperação espontânea, cujos objetivos principais partilhados pelo indivíduo vítima de AVC incluem a possibilidade de caminhar de forma independente e a autonomia para a realização das AVD. Posto isto, relativamente às dez atividades de vida, constatou-se que em todas as atividades o valor médio verificado no momento da alta é muito superior ao da admissão traduzindo-se em um menor grau de dependência.

Com base nos resultados apresentados podemos observar que, para o global do índice de Barthel, as ordenações médias positivas são 78 e nenhuma negativa, ou seja, 78 utentes apresentam diminuição do grau de dependência no momento da alta, importando referir que nenhum dos doentes regrediu em termos de dependência para patamar inferior, pelo que apenas 7 indivíduos mantiveram o mesmo grau de

dependência (empates). A diferença encontrada é altamente significativa (p<0,0001). Esta tendência mantem-se quando realizamos a análise por atividade, sendo que as diferenças encontradas são sempre altamente significativas.

Podemos ainda referir que, a partir de uma análise mais detalhada, do universo dos 85 participantes, apenas uma ordenação média foi negativa no momento da alta no que se refere ao "controle vesical", "controle anal" "utilização de sanita", ou seja, um utente apresentou no momento da alta um grau de dependência maior que na admissão, o que se poderá justificar de diferentes formas, nomeadamente o surgimento de urgência urinária associada a infeção do trato urinário, pela ocorrência de degradação do estado geral ou agudização da situação clínica, ou até perda de motivação e envolvimento no processo de reabilitação por parte do utente.

De referir, que em relação à "alimentação", "higiene pessoal", "controle vesical", "controle anal", "banho" e "subir e descer escadas", mais de metade dos utentes mantiveram o mesmo grau de dependência da admissão no momento da alta (empates).

De salientar que foi em relação a "transferência cama/cadeira", "utilização da sanita" e "mobilidade/deslocação" onde se verificaram as maiores ordenações positivas (> 50), ou seja, foi nestas dimensões onde houve um maior ganho na capacidade funcional traduzido em um menor grau de dependência para a realização de atividades de vida dos utentes do momento da admissão para a alta.

Resumindo, podemos afirmar que os cuidados de enfermagem de reabilitação ao utente vítima de acidente vascular cerebral, durante o internamento na Unidade de Convalescença, têm poder preditivo no grau de dependência deste no momento da alta, o que vai de encontro com o defendido pelo parecer sobre atividades de vida diária do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação (2011), onde se refere que o treino das AVD é fundamental nos programas de reabilitação, em que o objetivo principal é proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de independência funcional possível.

Na caracterização sociodemográfica do utente com AVC foram considerados os indicadores género, idade e estado civil, tendo sido verificados os resultados que serão discutidos de seguida.

Na nossa amostra de 85 utentes, 50 são do sexo masculino (58,8%) e 35 do sexo feminino (41,2%), verificando-se uma proporção de 1,4 o que corrobora com Moon, Moise e Jacobzone (2003), que afirmam que no que respeita à incidência de AVC, verifica-se que é superior nos homens, em que a razão entre o sexo masculino e o sexo feminino situa-se entre 1,3 a 1,6.

Resultados de outras investigações realizadas afirmam que as diferenças de sexo na epidemiologia do AVC demonstram que este é mais comum em homens que em mulheres (Appelros, Stegmayr & Terént, 2009) e também Ferro et al (2008) verificou que o AVC tem maior incidência no sexo masculino.

No estudo conjunto da informação referente ao grau de dependência para a realização das atividades de vida no momento da alta e o género, podemos verificar que as mulheres obtiveram ordenações médias mais elevadas no global, logo um menor grau de dependência, em todas as dimensões do índice de Barthel, à exceção da "alimentação", "higiene pessoal", "transferências" e "banho" que os seus pares homens. Com o intuito de verificar se essas diferenças são estatisticamente significativas, utilizámos o teste de Mann-Whitney e determinámos um valor de "p" superior ao nível de significância fixado (α =0,05) para o índice de Barthel no global (p=0,005) e em todas as AVD. Assim, podemos afirmar que o género não tem poder explicativo sobre o grau de dependência dos utentes no momento alta.

Cerveira (2011), no estudo que realizou, também refere não existir diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a independência funcional total. No seu estudo, Coelho (2011) refere que quanto ao género, as mulheres evoluíram menos favoravelmente que os indivíduos do sexo masculino, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas (p> 0.05). Também Ricardo (2012) refere no seu trabalho que não existe relação estatisticamente significativa entre o sexo e o grau de dependência, concluindo que o género não tem influência sobre o grau de dependência dos doentes. Ventura (2002), também vai de encontro a resultados, tendo constatado não haver diferença estatisticamente significativa no grau de dependência de acordo com o género.

Segundo Paolucci et al. (2006), a bibliografia existente em relação à variável género como elemento de prognóstico na reabilitação do AVC e consequente grau de dependência é controversa. Estes autores mencionam uma revisão crítica da literatura realizada por Jongloeb, que acusa piores resultados nos indivíduos do sexo feminino, bem como investigações realizadas por Wade, Hewer e Hood que demonstraram não verificar diferenças entre o género dos indivíduos e os graus de dependência manifestados por estes.

Petrea et al. (2009) desenvolveu um estudo sobre diferenças de género na incidência de AVC e pós-AVC que envolveu 1136 indivíduos entre os quais 638 mulheres, tendo constatado que as mulheres apresentaram incapacidades significativamente maiores do que os homens quer na fase aguda do AVC em executar determinadas atividades de

vida diárias quer aos 3 e 6 meses após o AVC. Gray et al. (2006) corrobora com estes, fazendo referência a Glader et al. e Kapral et al. que afirmam que os resultados obtidos na recuperação após AVC são menos significativos nas mulheres, quando se comparam com os resultados obtidos para o género masculino. Um fator que pode ajudar aos melhores resultados no género masculino pode ser o nível de incidência de depressão que se verifica maior nas mulheres.

A amplitude de idades dos indivíduos da amostra oscila entre um mínimo de 27 anos e um máximo de 90 anos, correspondendo a uma média de 66,02 anos. O grupo etário com maior representatividade é o de 71-80 anos (24,7%). O grupo menos representativo (2,4%) é o que agrupa os sujeitos com idade igual ou inferior a 40 anos, facto atestado pela DGS (2004), que revelou que a menor parte dos indivíduos acometidos de AVC serão adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos.

A revisão bibliográfica vai de encontro aos achados do estudo, existindo a referência de que o AVC é uma doença característica da idade avançada (Humphrey et al, 2010) pelo que a sua frequência aumenta exponencialmente com a idade, acima dos 50 – 60 anos ou a partir dos mesmos (Ferro et al., 2008), ocorrendo mais frequentemente entre os 65 e os 85 anos (Martins; Marques como referido por Santos, 2013). Uma das justificações sugeridas por Fairhead e Rothwell como referido por Humphrey et al. (2010) é a evidência de que as pessoas idosas não são tão bem diagnosticadas e tratadas comparativamente com as pessoas jovens, visto que os fatores de risco aumentam acentuadamente com a idade. A DGS (2004) especifica ainda que a prevalência de AVC aumenta com a idade, de 3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos.

Ao relacionarmos a idade dos utentes vítimas de AVC com o grau de dependência para a realização de atividades de vida no momento da alta, observa-se uma tendência para a idade se correlacionar negativamente com a independência, no global do índice de Barthel e em todas as suas atividades, à exceção da “alimentação”, ou seja, consoante aumenta a idade dos utentes, estes tendem a evidenciar uma menor capacidade funcional para a realização de atividades de vida, ou seja, um maior grau de dependência no momento da alta. Verificou-se que a correlação é estatisticamente significativa no global do índice de Barthel e em todas as suas atividades, à exceção da “alimentação”, “controle vesical” e “vestir-se”. O que nos permite afirmar que a idade do utente se relaciona positivamente com o grau de dependência no momento da alta (exceto no que se refere a alimentação, eliminação vesical e vestir-se).

No estudo que realizou, Coelho (2011) refere que relativamente à idade, os indivíduos mais novos, pertencentes ao grupo etário dos 45 aos 62 anos, são menos dependentes

no momento da alta. O oposto acontece com o grupo etário dos 81 aos 91 anos que corresponde àquele que tem uma evolução menos favorável e consequentemente um maior grau de dependência, o que permitiu concluir que quanto menor for a idade do indivíduo, menor será o seu grau de dependência aquando da alta.

Ricardo (2012) encontrou no seu estudo a tendência de que os utentes com idades mais elevadas manifestariam uma maior dependência, no entanto tendo em conta o valor de p = 0,011 encontrado, o autor concluiu que não existe relação estatisticamente significativa entre a idade e o grau de dependência na data de alta.

Ainda no que diz respeito à idade, a OMS como referido por Santos (2013) defende que os pacientes mais jovens têm maior probabilidade de conquistar uma recuperação mais evidente do que aqueles que têm mais de 60 anos de idade, no contexto de problemas adicionais que possam afetar o idoso, nomeadamente as alterações cardíacas e respiratórias e os aspetos psicológicos e familiares. Nesta sequência, muitos dos idosos poderão até não associar o início da instalação da sintomatologia do AVC, atribuindo esses sintomas a outra doença prévia como a fadiga, dor de cabeça crónica, artrite e fraqueza, o que os poderá conter na hora de recorrer a assistência médica (Shaughnessy & Michael como referido por Coelho, 2011).

Andrade (2009) refere que o envelhecimento biológico passa por uma série de alterações a vários níveis, mas o mais importante a acentuar é que os défices sensoriais de natureza auditiva e visual, o declínio das atividades intelectuais e as alterações no aparelho locomotor, são causas importantes do declínio geral, estando as pessoas idosas mais limitadas física e mentalmente. Assim, quer no processo natural do envelhecimento, quer em indivíduos com AVC com idade superior a 65 anos, é espectável que as suas capacidades funcionais sejam menores e os graus de dependência maiores.

No que concerne ao estado civil, a amostra é constituída por indivíduos maioritariamente casados (51,8%) sendo que os indivíduos solteiros são os menos representados (5,9%).

Vários estudos a pessoas vítimas de AVC apresentam representações semelhantes relativamente ao estado civil, nomeadamente Santos (2013) e Marques (2012), cujos indivíduos casados representavam 56,7% e 61,7% da amostra respetivamente e os viúvos situavam-se nos 41,6% e 15,0% respetivamente. Em ambos os estudos, também os solteiros são os menos frequentes com 0,0% e 6,7% respetivamente.

Cruzando a informação referente ao estado civil dos utentes e o seu grau de dependência para a realização de atividades de vida no momento da alta, constatou-se que os divorciados são aqueles que apresentam ordenações médias mais elevadas, no

global do Barthel e na maioria das suas dimensões. Por outro lado, são os viúvos aqueles que apresentam os maiores graus de dependência no momento da alta (ordenações médias mais baixas), dados estes estatisticamente significativos ($p<0,05$) entre os grupos, no global da Barthel ($p=0,046$) e nas suas dimensões: "banho" ($p=0,010$) e "subir e descer escadas" ($p=0,008$). Estes resultados poderão ser influenciados pela média de idades destes dois grupos de utentes, uma vez que os divorciados a quem corresponde a ordenação média mais elevada têm em média 59,73 anos e os viúvos a quem corresponde o maior grau de dependência têm 78,22 anos em média, logo estes dados poderão prender-se fortemente com a idade ao invés do estado civil pois já foi encontrado anteriormente a relação estabelecida entre a idade e o grau de dependência manifestado na data de alta. Rosa et al. como referido por Pereira (2012) atesta, assumindo que a viuvez está associada a um maior risco de dependência, em relação a outro estado civil.

Relativamente a outros estudos que abordam esta questão, Marques (2012) refere que o estado civil não influenciou significativamente a independência funcional dos participantes, contudo aceitou-se parcialmente esta hipótese para a dimensão autocuidados, onde as diferenças significativas se encontram entre o grupo dos casados e dos viúvos, sendo que os primeiros obtêm valores mais elevados nesta dimensão (9,70 versus 4,56). Pereira (2012) acrescenta que no seu estudo, os utentes casados demonstraram maiores níveis de desempenho de autocuidado do que os utentes com outro estado civil, tanto no momento de admissão e como no momento da alta.

Na caracterização clínica do utente com AVC, considerámos como indicadores o tipo de AVC, a lateralidade da lesão cerebral, os fatores de risco previamente identificados e os dias de internamento na UCCC1, pelo que os resultados verificados serão discutidos de seguida.

O tipo de AVC predominante na amostra em estudo é o AVC isquémico (62,4%), mais do que o dobro do AVC hemorrágico que se verificou em 29,4% dos casos. O tipo de AVC com a menor representação trata-se do isquémico com transformação hemorrágica, tendo ocorrido a apenas 7 indivíduos, o que corresponde a 8,2% da amostra.

Nos diversos estudos consultados onde está integrada a epidemiologia do AVC, os autores referem que a ocorrência de AVC isquémico se situa entre 67,3 e 83.8% de todos os casos e por outro lado, a ocorrência de AVC hemorrágico irá situar-se entre 10,6 e 26,6% dos casos de AVC (Ricardo, 2012; Cerveira, 2011; Salgueiro, 2011; Ferro et al, 2008; Feigin, Lawes, Bennett, Zorowitz & Anderson, 2009).

Os dados encontrados no enquadramento teórico e bibliografia consultada refletem uma evidente predominância do AVC isquémico sobre o AVC hemorrágico, sendo que os dados do presente estudo vão de encontro a essas premissas, apesar de revelarem um predomínio de AVC hemorrágico ligeiramente superior ao apresentado nos referidos estudos.

Quanto à análise da relação entre o tipo de AVC do qual o utente foi vítima e o seu grau de dependência para a realização de atividades de vida no momento da alta, observa-se que em relação ao Barthel "global" as ordenações médias mais elevadas verificaram-se nos utentes que tiveram um AVC isquémico com transformação em hemorrágico (ambos), seguido de valores muito similares nos dois hemisférios cerebrais de forma individualizada. Contudo as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas. Estas tendências mantêm-se quando se faz a análise por atividade, ou seja, as ordenações médias mais elevadas verificam-se nos utentes que tiveram um AVC isquémico com transformação em hemorrágico (ambos), porém, as diferenças encontradas só são estatisticamente significativas nas dimensões: "controle anal" e "banho". Tal permite afirmar que, com base nos dados analisados da nossa amostra, comparativamente àqueles que tiveram um AVC isquémico ou hemorrágico, os utentes que foram vítimas de AVC isquémico com transformação em hemorrágico (ambos) têm maior potencial de recuperação de autonomia no momento da alta para as atividades "banho" e "controle anal".

Apesar de não constar nas nossas referências bibliográficas estudos que nomeiem especificamente como tipo de AVC o AVC isquémico com transformação em hemorrágico, foi possível encontrar algumas referências à caracterização dos dois tipos de forma individualizada. No estudo que realizou, Coelho (2011) refere que foi no grupo de doentes com AVC isquémico que as avaliações de Barthel apresentaram diferenças estatísticas altamente significativas. O autor justifica que o facto de os doentes com AVC hemorrágico terem tido uma evolução menos favorável, vai ao encontro com a revisão literária contemplada nomeadamente Parente et al. como referido por Coelho (2011), que referem que o AVC hemorrágico apresenta maior severidade comparativamente ao AVC isquémico, traduzindo-se por internamentos mais prolongados, maiores complicações, maior taxa de mortalidade e maiores custos financeiros associados. Poderíamos deduzir que associada a essa gravidade e prognóstico mais reservado nos deparamos com indivíduos funcionalmente mais dependentes, porém essa dedução não é transponível para outras amostras e portanto inconclusiva para este estudo. Cerveira (2011), por sua vez, refere que na sua amostra o tipo de AVC não influenciou as diferenças na evolução da independência funcional visto não existirem diferenças

estatisticamente significativas. Nos estudos que realizaram, Ferro et al. (2008), concluíram que o AVC hemorrágico e os enfartes totais (TACI) deixam mais défices neurológicos e um maior grau de incapacidade nas suas vítimas. Verificamos portanto que não há unanimidade nos estudos que relacionam o tipo de AVC com a manifestação do grau de dependência após processo de reabilitação.

Tendo em conta o hemisfério cerebral afetado, verifica-se que na maior parte dos casos foi o direito (49,4%), seguindo do esquerdo (42,4%) e igual percentagem para o cerebelo e o tronco cerebral (3,5%). Apenas um utente (1,2%) sofreu um AVC que abrangeu ambos os hemisférios cerebrais.

Estudos que abordam a lateralidade da lesão cerebral causada por AVC tais como o de Cerveira (2012) e o de Ventura (2002), expõem diferenças mínimas entre lesões nos hemisférios direito e esquerdo, com percentagens de hemisfério direito de 50,5% e 49,0% respetivamente e hemisfério esquerdo de 49,50% e 51,0% respetivamente.

Os resultados por nós apresentados sugerem uma ligeira diminuição na ocorrência de AVC no hemisfério esquerdo, sendo corroborante com a revisão bibliográfica relativamente ao hemisfério cerebral direito. De referir que os estudos por nós pesquisados não se referem à ocorrência de AVC no tronco cerebral nem no cerebelo e poderá daí advir essa pequena discrepância.

Na opinião de Silva como referido por Cerveira (2011), para compreender a fisiologia de uma determinada área cerebral deve verificar-se as funções que ficam afetadas pela sua lesão.

Os pacientes com lesão no hemisfério esquerdo apresentam maior comprometimento cognitivo, inclusive na comunicação, memória, dificuldade em seguir as instruções e treinos para a realização das AVD (apraxias) entre outras. O seu comportamento é caracteristicamente lento, são muito cuidadosos, incertos e inseguros, logo, ao desempenharem tarefas, por vezes apresentam-se ansiosos e hesitantes, exigindo frequentemente “feedback” e apoio (Cerveira, 2011).

Por outro lado, o hemisfério direito é responsável pela prosódia verbal, expressões faciais, compreensão do espaço, o desenho, o vestir, o decidir quando começar uma ação, persistir nessa ação e conclui-la ou decidir não agir. Deste modo, a maioria dos estudos recentes têm demonstrado que os danos no hemisfério direito têm maior probabilidade de se traduzir em deficiências graves redutoras da independência do indivíduo, em oposição às lesões ocorridas no hemisfério esquerdo Heilman (2009).

Ventura (2002) opina que a assimetria funcional dos hemisférios cerebrais poderá traduzir-se em diferentes manifestações de sequelas, pelo que a lateralidade da lesão poderá influenciar a recuperação do indivíduo com AVC. Assim, tendo em conta que os défices neurológicos podem variar em função da localização cerebral onde o AVC se instalou, torna-se importante averiguar o papel desta variável no grau de dependência da vítima de AVC.

No estudo conjunto da informação referente à localização do AVC que os utentes sofreram e o grau de dependência manifestado para a realização de atividades de vida na alta, podemos verificar que os utentes com localização do AVC ao nível do cerebelo e tronco cerebral são aqueles onde se verificam as ordenações médias mais elevadas para o global da Barthel, bem como para a maioria das atividades individualmente. Contudo, o valor de "p" é sempre muito superior ao nível de significância fixado, considerando desta forma que não existe diferença significativa entre a localização do AVC e o grau de dependência manifestado pelos utentes da nossa amostra na realização de atividades de vida diária.

Vários autores testam esta hipótese nos seus trabalhos de investigação. Coelho (2011) refere resultados concordantes com as premissas descritas anteriormente, concluindo que os indivíduos com AVC no hemisfério esquerdo apresentaram melhor capacidade física e cognitiva na alta. Ventura como referido por Coelho (2011) conclui que nos doentes com lesão no hemisfério esquerdo, as diferenças relativas à evolução, são significativamente mais importantes. Apesar da negligência do hemicorpo afetado poder ocorrer em ambos os hemisférios, nos doentes com lesões à direita, este neglet é mais severo estando relacionado com a assimetria da representação do corpo e do espaço, podendo mesmo o doente apresentar anosognosia (isto é, não ter consciência da sua própria doença).

Já Cerveira (2011) apresenta resultados divergentes no que respeita à mobilidade, referindo que nos utentes com lesão do hemisfério esquerdo, as diferenças em termos de evolução são mais significativas principalmente na componente motora da escala, enquanto os doentes com lesão à direita apresentam melhores resultados na componente cognitiva.

No que concerne aos fatores de risco de AVC que os utentes apresentavam diagnosticados previamente à admissão na UCCC1, verifica-se que, na amostra de 85 indivíduos, estes apresentavam em média 2,11 fatores de risco, sendo o mínimo de zero e o máximo seis fatores por utente. Salgueiro (2011) corrobora com os resultados por nós apresentados, fazendo alusão a um estudo de Fonseca e colaboradores, onde se

afirma que 66,0% dos doentes com AVC apresentam mais do que um fator de risco. Santos (2013), no estudo que realizou, apresenta uma média de 1,3 fatores de risco diagnosticados previamente à ocorrência de AVC.

Relativamente à distinção dos fatores de risco, a hipertensão arterial é o fator mais frequente, tendo sido identificada em 65,9% dos indivíduos. Estes dados vão de encontro com a bibliografia, nomeadamente Salgueiro (2011), que refere 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%. Santos (2013) no estudo que realizou confirmou que a HTA é o fator de risco mais frequente nos indivíduos da sua amostra (46,7%). Um estudo levado a cabo por Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004) evidenciou que a HTA fora detetada em 87,8% dos indivíduos com AVC.

No que respeita à hipercolesterolémia, esta surgiu em segundo lugar relativamente à frequência, com uma percentagem 49,4% de ocorrência na nossa amostra. Este valor reflete-se superior àquele encontrado nas referências bibliográficas que apontam valores de ocorrência de 15,6% (Pires et al., 2004), e de 13,3% (Santos, 2013; Coelho, 2011).

Com 38,8% de ocorrência na amostra, a patologia coronária ou cardiovascular que compreende a fibrilhação auricular, doença cardíaca valvular, enfarte agudo do miocárdio, cardiomiopatia, disfunção ventricular esquerda, aterosclerose, cirurgia cardíaca, insuficiência cardíaca entre outras, surge depois. Este valor aproxima-se do obtido por Pires et al. (2004) que detetou uma percentagem de 35,1% nas cardiopatias. Também no estudo levado a cabo por Coelho (2011) a doença cardíaca assume o terceiro fator de risco mais expressivo (14,2%).

A diabetes mellitus com 28,2% finaliza o grupo dos quatro fatores de risco mais denotados, sendo também esta frequentemente identificada nos estudos consultados, nomeadamente Santos (2013) com uma representatividade de 20,0% da amostra, Coelho (2011) refere que a diabetes é o segundo fator de risco mais representativo da amostra com 17.5% e Pires et al. (2004) que sugere um valor percentual de 19,9.

A obesidade, representada em 14,1% nos sujeitos da amostra surge em valor superior relativamente a outros estudos, nomeadamente o de Coelho (2011) cuja percentagem de indivíduos obesos da sua amostra era de 5.8%.

Os fatores de risco tabagismo e etilismo apresentam percentagens de 8,2 e 5,8 respetivamente. Estes dados são superiores aos da maioria dos estudos consultados à exceção de Pires et al. (2004) que verificaram os antecedentes de tabagismo em 46,9% dos casos e alcoolismo em 35,1% dos casos, pelo que Coelho (2011) refere que apenas

2.5% dos elementos eram fumadores, e o etilismo foi representado por 5.8% dos indivíduos e Santos (2013) estranhou o facto de que o tabagismo e o alcoolismo não foram identificados em nenhum indivíduo.

No que concerne à relação entre o número de fatores de risco de AVC identificados previamente à sua ocorrência e ao grau de dependência dos utentes vítimas de AVC para a realização das atividades de vida no momento da alta, concluímos que não existe correlação estatisticamente significativa (para um nível de significância de 0,05), nem em termos de score global de Barthel, nem por atividade individualizada.

Coelho (2011), no seu estudo, revela que relativamente à capacidade funcional, os indivíduos com AVC que apresentam piores resultados aquando da alta são os aqueles que apresentam fatores de risco de ordem cardíaca, nomeadamente HTA e Doença Cardíaca, apesar de terem evoluído favoravelmente durante o internamento e com diferenças ligeiramente significativas. Quanto à capacidade física no momento da alta, os indivíduos com melhores resultados são que têm como fatores de risco os do grupo comportamental (que inclui o tabagismo, o etilismo e a obesidade), o que revela a importância do ensino e prevenção secundária acerca dos fatores de risco modificáveis adotadas naquele contexto. Medidas de combate a estes fatores, tais como dar conhecimento sobre os malefícios dos mesmos e despertar para o facto de estes terem sido responsáveis pela sua situação patológica que motivou internamento, associando vários tipos de apoio nomeadamente a orientação dada em termos de nutrição e cessação tabágica, podem constituir toda a diferença para uma melhor qualidade de vida e prevenção da recorrência de AVC. Assim, apesar de no nosso estudo não termos obtido relações estatisticamente significativas entre os fatores de risco e a evolução do indivíduo em termos de autonomia, podemos considerar o exemplo deste estudo e reforçar também este papel em oportunidades futuras.

A média de duração do internamento na UCCC1 foi de 62,27 dias e variou entre um mínimo de 16 e um máximo de 125, sendo o caso de 125 dias o único superior a 90 dias de internamento, autorizado devido a uma situação excecional visto a pessoa em questão aguardar vaga noutra unidade integrada na RNCCI. A maior parte (40%) dos utentes tiveram um internamento compreendido entre 41 e 60 dias e igual percentagem de 61 a 90 dias. Não foi possível comparar este período de tempo com outros estudos pois não foi encontrado nenhum estudo em unidade de convalescença nos mesmos moldes, pelo que estes se inseriram noutra tipologia de cuidados, nomeadamente serviços hospitalares de internamento de agudos cujos internamentos são significativamente mais curtos.

Segundo Cerveira (2011), o progresso da reabilitação varia de pessoa para pessoa porém, habitualmente a recuperação do doente com AVC ocorre mais significativamente durante os primeiros três a seis meses após a lesão cerebral logo a duração média do internamento do presente estudo encontra-se enquadrada nestas premissas.

A duração do internamento preconizada na UCCC onde foi realizado o estudo é de 30 dias consecutivos, porém, mediante a avaliação e discussão de cada indivíduo, caso se verifique por um lado uma situação de dependência e perda de autonomia, mas por outro haja a evidência de potencial de reabilitação por explorar, o período de internamento é passível de prorrogar até ao limite de 90 dias consecutivos. Quando o utente esgota o seu potencial de reabilitação em contexto de convalescença, é decidida em reunião de equipa a alta do mesmo. Isto permite concluir que a duração do internamento é relacionada com a evolução manifestada pelo utente, assumindo-se que à data de alta este demonstrará um ponto de estagnação relativamente aos ganhos de autonomia que acabam por não justificar internamento. Como já foi referido anteriormente, a reabilitação após AVC pode estender-se entre 6 a 12 meses, pelo que no momento da alta desta UCCC, o utente é encaminhado para outro contexto adequado à sua situação (domicílio, acompanhamento pelas equipas comunitárias, mudança de tipologia de unidade, institucionalização).

Ao relacionarmos a duração do internamento dos utentes vítimas de AVC na UCCC1 e o seu grau de dependência no momento da alta, verificamos que a diferença encontrada não é estatisticamente significativa para o global do índice de Barthel e em todas as suas dimensões.

Ainda assim, observa-se uma tendência para a duração do internamento se correlacionar positivamente com a autonomia, à exceção das atividades mobilidade/deslocação, vestir-se e subir e descer escadas, ou seja, consoante aumenta o período de internamento, os utentes tendem a apresentar menor grau de dependência para a realização das atividades de vida, ressalvando as ditas exceções.

CONCLUSÃO

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

O número de indivíduos com perda de autonomia não pára de aumentar, em grande parte devido ao aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes. O AVC é a principal causa de dependência e incapacidade (Sá, 2009), assumindo um papel preponderante no grupo de patologias que facilmente são associadas à deterioração da capacidade física, emocional e social dos indivíduos.

As limitações causadas pelo AVC atingem as funções motoras, sensoriais, percetivas, da linguagem e do pensamento. Assim, a vítima de AVC sofrerá inevitavelmente uma alteração em toda a dinâmica da sua vida pelas sequelas que a restringem, conduzindo à sua dependência na realização das atividades de vida, atingindo consequentemente as entidades em seu redor, como a sua família e o seu meio em geral.

As primeiras semanas e meses decorrentes do AVC são fundamentais para a recuperação, tanto pela reposição da função como através de mecanismos de compensação. Se por um lado se considera que a recuperação passa pela redução do edema e retorno da circulação cerebral, atualmente reconhece-se que a recuperação é um processo complexo e que se prolonga mesmo após as mudanças estruturais causadas pelo AVC. Terá de haver uma reorganização cortical como resposta à aprendizagem e treino propostas pela reabilitação (Teasell, Foley e Salter, 2009).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel fundamental em todo o processo de reabilitação do utente com AVC, mostrando-se desperto para a necessidade de implementar um programa de reabilitação imediato e individualizado que vise não só a prevenção de sequelas e a recuperação física, mas também a reintegração no contexto familiar e social.

O grau de dependência para a realização das atividades de vida é uma variável frequentemente presente na área da reabilitação, que merece a atenção tanto do profissional como do indivíduo acometido pela doença vascular cerebral. Os ganhos de

autonomia definem-se pelas alterações conseguidas na vida e no meio ambiente dos indivíduos com AVC, estando ligados aos objetivos definidos no referido programa de reabilitação individualizado. Durante este processo, é importante para o EEER conhecer as variáveis que mais influenciam o processo de reconstrução de autonomia. Tal conhecimento revela-se preponderante para as instituições de saúde, profissionais e investigadores, devendo ser encarado como orientador da conduta dos mesmos e constituir uma referência para a qualidade no tratamento reabilitador.

Assim, terminamos a parte introdutória com a delineação dos objetivos para o presente estudo que, de uma maneira geral, consistem em identificar as implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação no grau de dependência do utente vítima de AVC e relacionar a evolução do grau de dependência deste com as suas características clínicas e sociodemográficas. Nesse sentido, descreveram-se as características sociodemográficas e clínicas da amostra. Além do mais, foi descrito o grau de dependência do utente vítima de AVC para a realização das atividades de vida no início e no final do internamento na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais e identificou-se o conjunto de variáveis passíveis de o influenciar.

Dos 85 sujeitos da amostra concluímos que, no que diz respeito aos aspetos sociodemográficos, 35 são mulheres e 50 homens, apresentando uma média de idades de 66,02 anos. A maioria dos doentes (24,7%) situa-se entre os 71 e 80 anos. Os elementos da amostra são predominantemente casados (51,8%). No que diz respeito ao diagnóstico, 62,4% tiveram um AVC isquémico e 29,4% sofreram um AVC hemorrágico. Apenas 8,2% foram acometidos de um AVC isquémico com transformação em hemorrágico. Quanto à lateralidade da lesão, 49,4% dos elementos da amostra apresenta lesão do hemisfério direito e 42,4% apresentou lesão no hemisfério cerebral esquerdo. Em 31,8% dos elementos da amostra foram identificados dois fatores de risco para o seu surgimento. De referir que a percentagem de casos onde estavam identificados um e três fatores de risco foi de 25,9% e 28,2% respetivamente. A média dos dias de internamento destes indivíduos na UCCC1 foi de 62,27 dias.

No global, desde a admissão até à alta constata-se facilmente que em todas as dimensões do Índice de Barthel, os utentes apresentavam ordenações médias mais elevadas, logo menor grau de dependência para a realização das atividades de vida. Tendo-se verificado que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p < 0,0001$), conclui-se que a questão de investigação "Os cuidados de enfermagem de reabilitação ao utente vítima de AVC, durante o internamento na UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais, influenciam o seu grau de dependência nas atividades de vida no

momento da alta" é confirmada. As conclusões obtidas no presente estudo vão de encontro com resultados de outros autores reconhecidos no meio científico e internacional. Estes resultados levam-nos, portanto, a dizer, que de acordo com o descrito pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2011), o treino das AVD é fundamental nos programas de reabilitação, em que o objetivo principal é proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de independência possível.

Podemos identificar as determinantes do grau de dependência do utente vítima de AVC como sendo: o género, a idade, o estado civil, o tipo de AVC, o local da lesão, os fatores de risco e o tempo de internamento, sendo que aquelas que apresentaram relações estatisticamente significativas foram apenas a idade e o estado civil estando este último relacionado com a idade. Especificando, foi possível concluir que a idade se correlaciona negativamente com a independência, no global do índice de Barthel ou seja, consoante aumenta a idade dos utentes, estes tendem a evidenciar um maior grau de dependência no momento da alta. Cruzando a informação referente ao estado civil dos utentes e o seu grau de dependência para a realização de atividades de vida no momento da alta, constatou-se que os divorciados são aqueles que apresentam ordenações médias mais elevadas, no global do Barthel e na maioria das suas atividades. Por outro lado, são os viúvos aqueles que apresentam os maiores graus de dependência no momento da alta (ordenações médias mais baixas) no global do Barthel. Estes resultados poderão ser influenciados pela média de idades destes dois grupos de utentes, uma vez que os divorciados a quem corresponde a ordenação média mais elevada têm em média 59,73 anos e os viúvos a quem corresponde o maior grau de dependência têm 78,22 anos em média, logo estes dados poderão prender-se fortemente com a idade ao invés do estado civil, relação esta estabelecida anteriormente.

Quanto à relação entre as determinantes e o grau de dependência do utente vítima de AVC, podemos ainda verificar que, apesar de estes dados não serem estatisticamente significativos, a evolução deste foi melhor em indivíduos do género feminino, mais jovens, divorciados, vítimas de AVC do tipo isquémico com transformação em hemorrágico, com uma localização no cerebelo/tronco cerebral e com um maior tempo de internamento.

Deste modo, assumimos que a questão de investigação “As variáveis sociodemográficas (género, idade e estado civil) influenciam o grau de dependência nas atividades de vida do utente vítima de AVC no momento da alta” é parcialmente aceite no que concerne apenas à relação entre a idade e a evolução do grau de dependência

do utente vítima de AVC na data de alta da UCCC1 do CMRRC – Rovisco Pais. Por outro lado, a questão de investigação "As variáveis clínicas (tipo de AVC, lateralidade, fatores de risco de AVC e duração do internamento) influenciam o grau de dependência nas atividades de vida do utente vítima de AVC no momento da alta" não se confirma por não se ter verificado relações estatisticamente significativas entre as demais variáveis.

Assim, atendendo à análise dos dados obtidos a partir da amostra, pensamos ter oferecido algum contributo no conhecimento de relações associativas com significância estatística entre os cuidados prestados pelo EEER e o domínio do grau de dependência. Podemos afirmar que a realização do presente estudo permitiu alcançar os objetivos propostos inicialmente, que permitirá refletir acerca das implicações da enfermagem de reabilitação face à dimensão pessoal, familiar e social da pessoa com AVC. Contudo, a generalização dos resultados à restante população é impossibilitada pela existência de algumas limitações no estudo, das quais destacamos:

- O recurso à consulta de informação disponível nos processos clínicos, que por vezes ficava aquém da pretendida para os moldes da presente investigação;

- As características da amostragem, sendo esta não probabilística, assim como o tamanho da amostra, uma vez que se considera que o trabalho ficaria enriquecido se a amostra fosse maior, que por sua vez ficou condicionado pela informação disponível nos processos clínicos (o facto de não haver registo do índice de Barthel na admissão e na alta foi fator de exclusão da amostra). Não obstante consideram-se os resultados relevantes;

- A inexistência de grupo de controlo, forçada pelas questões éticas, uma vez que todos os utentes são alvo da intervenção de EEER naquele serviço;

- Realça-se a existência de poucos estudos comparativos face ao papel do enfermeiro de reabilitação em contexto de unidade de convalescença, não tendo sido possível efetuar comparações neste sentido.

De forma mais concreta fica a convicção que no CMRRC – Rovisco Pais este estudo seja um impulsionador da valorização do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros de reabilitação bem como da riqueza do seu conhecimento científico e especializado.

Ressalta-se o enriquecimento intelectual e científico na área, tanto no que se refere às descobertas apontadas nos resultados do estudo, como na leitura aprofundada da literatura que aborda a temática de investigação, que permitiu adquirir uma visão mais ampla do AVC, quer como doença, quer pela identificação das suas determinantes, de

que forma estas influenciam o grau de dependência dos utentes que experimentam esta condição e ainda como agir na capacitação funcional dos mesmos.

É de salientar a consciência de que muito há a fazer e a investigar no domínio da dependência e incapacidade das vítimas de AVC e da forma como o EEER contribui para os ganhos nesta matéria. Tentámos abordar os pontos mais importantes para a investigação em si, mas temos plena noção de que muito ficou por dizer. Apresentamos ainda algumas sugestões que possam ser úteis em futuros trabalhos de investigação no âmbito da dependência decorrente da patologia vascular cerebral:

- A realização de um estudo para além do contexto de internamento;

- O desenvolvimento de investigações futuras, que integrem outras variáveis independentes de contexto psicológico, clínico e social, bem como amostra mais alargada;

- A realização de um estudo com aplicação do questionário durante o internamento dos indivíduos constituintes da amostra ao invés de colheita de informação já arquivada;

- A avaliação da performance dos cuidados de reabilitação prestados por atividade individualizada.

Terminamos este estudo com a convicção de que atingimos os objetivos inicialmente propostos e que servirão de reflexão sobre as atitudes subjacentes ao enfermeiro de reabilitação face à dimensão pessoal, familiar e social da pessoa com AVC. Assim, evidencia-se a importância da capacitação nas atividades de vida levada a cabo pelo enfermeiro de reabilitação na aplicação do plano de intervenção ao utente vítima de AVC, assim como a relação das diferentes variáveis sociodemográficas e clínicas no seu processo de reabilitação, ainda que algumas não estatisticamente significativas.

Salientamos ainda que muito há a fazer e a investigar no domínio da dependência e incapacidade inerente à doença vascular cerebral contudo, não podemos deixar de nos congratular pelos resultados obtidos, pois sentimos, ainda que modestamente, ter contribuído para a compreensão deste fenómeno, proporcionando a produção de conhecimento e o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a minoração das deficiências adquiridas e reduzindo consequentemente as incapacidades a que estão sujeitos os indivíduos vítimas de AVC.

BIBLIOGRAFIA

Alves, C. M. C. P. (2015). *A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na atividade básica de vida diária vestuário da pessoa com alteração da mobilidade decorrente de acidente vascular cerebral* (Relatório de estágio para obtenção de grau de mestre). Recuperado de: http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1261/1/A%20interven%c3%a7%c3%a3o%20do%20enfermeiro....pdf

Andrade, F. M. M. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal.* (Trabalho de projeto para a obtenção do grau de mestre de gestão em saúde). Recuperado de: https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10460/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mestrado_Fernanda_%20Andrade-Vers%C3%A3o_final.pdf

Appelros, P., B. Stegmayr B. & Terént A. (2009). Sex Differences in Stroke Epidemiology: A Systematic Review. *Stroke – Journal of the American Heart Association*. ISSN: 1524-4628. DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.540781. Recuperado de: http://stroke.ahajournals.org/content/40/4/1082.full.pdf?download=true

Araújo, F., Pais Ribeiro, J.L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007) Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de vida. Revista portuguesa de saúde pública*. Recuperado de: http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/05_02_2007.pdf

Asdaghi, N., Jeerakathil, T., Hameed, B., Saini, M., McCombe, J. A., Shuaib, A., … Butcher, K. (2011). Oxfordshire community stroke project classification poorly differentiates small cortical and subcortical infarcts. *Stroke*; 42:2143-2148. doi: 10.1161/strokeaha.111.613752

Bangalore, S., Schwamm, L., Smith, E. E., Singh, I. M., Liang, L., Fonarow, G. C., & Bhatt, D. L. (2014). Secondary prevention after ischemic stroke or transient ischemic attack. *Am J Med* doi: 10.1016/j.amjmed.2014.03.011

Belda-Lois, J. M., Mena-del Horno, S., Bermejo-Bosch, I., Moreno, J. C., Pons, J. L., Farina, D., … Rea, M. (2011). Rehabilitation of gait after stroke: a review towards a top-down approach. *J Neuroeng Rehabil*, 8, 66 doi: 10.1186/1743-0003-8-66

Brito, M. A. C. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* (Tese de Doutoramento). Recuperado de: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_autonomia_autocuidado.pdf

Cerveira, J. (2011). *Independência funcional nos doentes com AVC: Determinantes sociodemográficas e clínicas* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1616/1/CERVEIRA%20Joel%20Andrade%20Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf

International Council of Nurses. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem:* CIPE versão 2015. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses.(2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*: CIPE versão 2. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses. (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*: CIPE versão Beta 2. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses. (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*: CIPE versão Beta. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Coelho, R. M. A. (2011). *Determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1669/1/COELHO%20Rosa%20Maria%20Alves%20-%20Disserta%c3%a7ao%20mestrado.pdf

Costa, D. C. A. (2003). *Qualidade de vida pós-AVC: resultados duma intervenção social* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9806/4/5023_TM_01_C.pdf

Costa, E., C., Nakatani, A. Y. K., & Bachion, M. M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enferm*, 19(1):43-8. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf

Couto, G. M. A. (2012). *Autonomia/independência no autocuidado - sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação* (Dissertação de mestrado). Recuperado de: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9323/1/MER%20_Gl%C3%B3ria%201621_.pdf

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. *Diário da República nº 109/2006 - I Série-A*. Lisboa, Portugal.

DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa. Recuperado de: http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004-pdf.aspx

Feigin, V. L., Lawes C. M. M., Bennett D. A., Zorowitz R. D. e Anderson C. S. (2009) Epidemiology of stroke. In *Stroke recovery and rehabilitation*. Stein J. et al. (editores). Demos Medical Publishing. ISBN-13: 978-1-933864-12-9. Recuperado de: http://tabassomclinic.ir/stroke-rehab/library/token/download/ItemId/17

Ferro, J. M., Fonseca, A. C., & Henriques, I. (2008). *Recomendações para o tratamento do avc isquémico e do acidente isquémico transitório.* Lisboa. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Recuperado de: http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf

Fortin, M., F. (1999) *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.

Fortin, M., Côté, J.,& Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

Galambra, S. (2012). *A Intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação na Pessoa com Doença Neurológica com Alterações da Comunicação*. (Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do Grau de Mestre na Especialidade em Enfermagem de Reabilitação) Recuperado de: http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1241/1/A%20interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20enfermeiro....pdf

Gonçalves, I. (2011) *A última queda e relação com a independência nas atividades de vida diária em idosos institucionalizados.* (Projeto apresentado para a obtenção de licenciatura em fisioterapia). Recuperado de: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2615/3/T_18653.pdf

Gray, L. J., Sprigg, N., Bath, P. M. W., Boysen, G., Deyn, P. P., Leys, D., … Ringelstein, E. B. (2006) Sex differences in quality of life in stroke survivors: data from the tinzaparin in acute ischaemic stroke trial (TAIST). *Stroke*. Dallas. 38: 11 2960-2964 doi: 10.1161/STROKEAHA.107.488304 Recuperado de: https://pdfs.semanticscholar.org/e8f0/71c79ad838f5b42cb5b6c603b0b46f404e21.pdf

Heilman K. M. (2009). Right Hemispheric Neurobehavioral Syndromes. In *Stroke recovery and rehabilitation*. Stein J. et al. (editores). Demos Medical Publishing.

ISBN-13: 978-1-933864-12-9. Recuperado de: http://tabassomclinic.ir/stroke-rehab/library/token/download/ItemId/17

Hoeman, S. P. (2014) *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª edição). Lisboa, Portugal: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-31-4.

Humphrey, P., Gibson J. & Jones S. (2010). *Reducing the risk of stroke. In Acute stroke nursing*. Jane Williams, Lin Perry & Caroline Watkins (editores). Oxford. Wiley-Blackwell - A John Wiley & Sons, Ltd.. ISBN 978-1-4051-6104-6.

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2013) Causas de morte 2013 - Portugal, Lisboa. Recuperado de: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=230098872&att_display=n&att_download=y

Jardim, S. A., (2008). *Adaptação do utente e família à situação de AVC, em contexto de domicílio.* (Projeto de auto formação individual do 2º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação) Recuperado de: http://www.citma.pt/Uploads/Sabina%20Alves%20Jardim.pdf

Jiménez-Caballero, P. E., López-Espuela, F., Portilla-Cuenca, J.C., Jiménez-Gracia, M.A., Casado-Naranjo, I. (2013) Detection of vascular risk factors and unknown atrial fibrillation in patients hospitalised in the stroke unit. *Rev Neurol; 56 (09),* 464-470.

Kapandji, A.I. (2000) *Fisiologia Articular*, volume 1: membros superiores. (5ª ed.) São Paulo, Brasil: Ed. Panamericana.

Kapandji, A.I. (2000) *Fisiologia Articular*, volume 2: membros inferiores. (5ª ed.) São Paulo, Brasil: Ed. Panamericana.

Lessmann, J. C., Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M. S., & Meirelles, B. H. S. (2011) - Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram AVC. *Rev Bras Enferm*, *64(1):* 198-202. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a30.pdf

Liberal, R. M. S. (2012) *Análise da Promoção da Autonomia dos Utentes da Unidade de Convalescença da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade de Macedo de Cavaleiros* (Trabalho de Projeto para a obtenção do Grau de Mestre). Recuperado de: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8071/1/An%c3%a1lise%20da%20Promo%c3%a7%c3%a3o%20da%20Autonomia%20dos%20Utentes%20da%20Unidade%20de%20Convalescen%c3%a7a%20-%20Rui%20Liberal.pdf

Marques, F. (2012) *Independência funcional do doente pós AVC*. (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1619/1/MARQUES%20Francisco%20Miguel%20Lopes%2c%20Independencia%20funcional%20doente%20pos%20avc.pdf

Martins, J. C. A. (2008) Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem,* 2, vol.12, 62-66. ISSN – 087389904.

Menoita, E.C., Sousa, L. M., Pão Alvo, I., & Marques-Vieira, C. M. (2014) *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures, Portugal: Lusodidacta. ISBN 978-972-8930-78-3.

Miguel, I. M. L. C. (2012) *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do auto-cuidado da pessoa em situação de AVC* (Relatório de estágio para obtenção de grau de mestre). Recuperado de: http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1239/1/A%20interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20enfermeiro....pdf

Moita, S. R. S. (2006). *Evolução Funcional do Utente com AVC nos Primeiros Seis Meses Após a Lesão no Distrito de Évora*. (Monografia de conclusão da Licenciatura Bi-Etápica em Fisioterapia). Recuperado de: http://www.profala.com/artfisio60.htm.

Moon, L., Moise, P., Jacobzone, S. (2003) Stroke care in OECD countries: A comparison of treatment, costs and outcomes in 17 countries. Recuperado de: http://www.oecd.org/els/health-systems/2957752.pdf

Nunes, S., Pereira, C. & Silva, M.G. (2005). Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. *Revista ESSFisiOnline,* 3, vol.1. Recuperado de: http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/01/evolucao-funcional-pos-ave.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011) Parecer nº12/2011 sobre atividades de vida diária, solicitado pela mesa do colégio da especialidade de enfermagem de Reabilitação. Recuperado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

Paci, M., Nannetti, L., D'Ippolito, P., Lombardi, B. (2011). Outcomes from ischemic stroke subtypes classified by the oxfordshire community stroke project: A systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*; 47:19-23. Recuperado de: http://www.minervamedica.it/en/getfreepdf/7pUW3ruGQvPrrIcaEX6Bxuz9O062ZP6s

kKr5YamNbrn25Su0MpK0zgzcibKHq8cgsLhIe28%252Fy4zOvZkzwM7n1g%253D%253D/R33Y2011N01A0019.pdf

Paolucci, S., Bragoni, M., Coiro, P., Angelis, D., Fusco, F. R., Morelli, D., … Pratesi L. (2006) Is sex a prognostic factor in stroke rehabilitation? *Stroke*. Dallas. 37:12 2989 – 2994 doi: 10.1161/01.STR.0000248456.41647.3d Recuperado de: http://stroke.ahajournals.org/content/37/12/2989.full.pdf?download=true

Parente, A., Dias, S., Reis, S., Pinho, F. & Figueiredo, C. (2007). A comunicação do doente afásico. *Revista Sinais Vitais,* 70, 55-58. Coimbra. ISSN 0872-8844.

Pereira, M. R. (2012). *A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição* (Dissertação de mestrado). Recuperado de: http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24298&code=221

Petrea, R. E., Beiser, A. S., Seshadri, S., Kelly-Hayes, M., Kase, C. S. & Wolf, P. A. (2009). Gender Differences in Stroke Incidence and Poststroke Disability in the Framingham Heart Study. In *Stroke – Journal of the American Heart Association*. ISSN: 1524-4628 doi: 10.1161/STROKEAHA.108.542894. Recuperado de: http://stroke.ahajournals.org/content/40/4/1032.full.pdf?download=true

Pinzon S. M. & Furie K. L. (2009) Secondary Prevention of Ischemic. In *Stroke recovery and rehabilitation*. Stein J. et al. (editores). Demos Medical Publishing. ISBN-13: 978-1-933864-12-9. Recuperado de: http://tabassomclinic.ir/stroke-rehab/library/token/download/ItemId/17

Pires, C. V. (2012). *Avaliação nutricional na admissão do doente com AVC* (Trabalho de projeto para obtenção de grau de mestre). Recuperado de: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7702/1/Tese%20Final%20C%C3%A2ndido.pdf.

Pires, S. L.; Gagliardi, R. J.; Gorzoni, M. L. (2004) Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquémico em idosos. *Arquivos de neuropsiquiatria,* 62, 844-851. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n3b/a20v623b

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. São Paulo, Brasil. Artmed. ISBN 85-7307-984-3.

Preto, L. (2008). Adaptações físicas de compensação para utentes vítimas de AVC. Artigo de Exposição no Congresso de Saúde do Nordeste*: AVC, Preparados?* Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde Recuperado de:

https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2955/1/Dispositivos%20compensa%C3%A7%C3%A3o_AVC.pdf

Regulamento n.º 125/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35/2011 - II Série.* Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Regulamento n.º 350/2015 de 22 de Junho. *Diário da República nº 119/2015 - II Série.* Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Ricardo, R. M. P. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado). Recuperado de: http://hdl.handle.net/10198/7680.

Sá, M. J. (2009). AVC: primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480.6. Recuperado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1258/2/12-19_FCS_06_-2.pdf

Salgueiro, H. (2011). Fatores de risco vascular e AVC nos idosos. *Revista Sinais Vitais,* 80, 32-36. ISSN 0872-8844.

Santos, R. (2013). *Contributos da intervenção do enfermeiro de reabilitação na evolução da independência funcional do doente após AVC* (Dissertação de mestrado). Recuperado de http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=28302&code=517

Teasell, R. W.; Foley, N., & Salter, K. (2009). Predictive Factors For Recovery. In *Stroke recovery and rehabilitation.* Stein J. *et al.*(editores). ISBN-13: 978-1-933864-12-9. Recuperado de: http://tabassomclinic.ir/stroke-rehab/library/token/download/ItemId/17

Vaz Freixo, M. J. (2009) *Metodologia científica – Fundamentos, métodos e técnica*s. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.

Veiga, L. M. C. (2015). *Reabilitação funcional após acidente vascular cerebral: resultados de uma unidade de convalescença* (Relatório de estágio para obtenção de grau de mestre). Recuperado de: https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11997/1/Liliana%20Marisa%20Coimbra%20Veiga.pdf

Ventura, M. C. A. (2002). Independência funcional em doentes com AVC: Influência do hemisfério afetado. *Referência*, 9, 31-40.

World Health Organization. (s.d.). *Risk factors.* Recuperado de: http://www.who.int/topics/risk_factors/en/

ANEXOS

ANEXO I - Parecer da Comissão de Ética da UICISA:E da ESEnfC

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTES AO GRAU DE MESTRE

PROPOSTA DE DESIGNAÇÃO DO ORIENTADOR

DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO/TRABALHO DE PROJETO/ESTÁGIO

(Artigo 16º, do Regulamento Geral do Funcionamento do Ciclo de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre e de Cursos de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem e Artigo 20º, do Decreto Lei nº 115/2013, de 7 de agosto)

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Responsável pela Unidade Curricular de Dissertação: Arménio Guardado Cruz

Estudante: Ana Sofia de Oliveira Papel Troca Ventura

Contacto Telem.: 916685055 E-Mail: anita_ventura_025@hotmail.com

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
Conselho Técnico-Científico
Ent. 22 / 3 / 2017
Func. Berta Nº 202

Orientador proposto: Carlos Alberto Cruz de Oliveira

Contacto Telem.: 965627361 E-Mail: oliveir@esenfc.pt

Co-orientador proposto: _____

Contacto Telem.:_____ E-Mail _____

Justificação da proposta de co-orientação: _____

_____

Grupo de investigação da UICISA-E onde se integra a Dissertação:

Bem-Estar, Saúde e Doença

Projeto estruturante da UICISA-E onde se integra a Dissertação:

Qualidade de vida, necessidades e processos de autocuidado de pessoas em processos de transição de saúde

Responsável do Projeto estruturante da UICISA-E onde se integra a Dissertação:

Arménio Guardado Cruz

Título da Dissertação

Implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação no grau de dependência do utente vítima de acidente vascular cerebral _____

Assinaturas:

Estudante Ana Sofia de Oliveira Papel Troca Ventura

Orientador Carlos Alberto Cruz de Oliveira

Co-Orientador _____

Responsável pela Unidade Curricular de Dissertação _____

Responsável pelo projeto estruturante da UICISA:E _____

Aprovado em Comissão Permanente de 22 de março de 2017. Sugere-se a revisão dos objetivos do estudo tendo em conta o desenho do mesmo.

PROJETO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
TRABALHO DE PROJETO
ESTÁGIO
(Máximo 250 palavras)

Em Portugal, o acidente vascular cerebral é a primeira causa de morte e a principal causa de dependência e incapacidade. O objetivo deste estudo é conhecer a condição do utente vítima de AVC no seu processo de reabilitação bem como averiguar as implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação relativamente à evolução do seu grau de dependência, estabelecendo uma monitorização do mesmo em momentos distintos do seu processo de reabilitação.

Propõe-se um estudo retrospetivo inserido no paradigma quantitativo, descritivo quanto à opção metodológica, de caráter longitudinal e com amostragem probabilística sistemática, pelo que serão incluídos os utentes vítimas de AVC sujeitos à intervenção de enfermeiro de reabilitação, admitidos na Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença 1 do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais num determinado período de tempo. A recolha dos dados será feita através da consulta dos processos clínicos existentes, onde foram recolhidos dados referentes à avaliação do Índice de Barthel em momentos distintos do internamento de reabilitação, o primeiro na data de admissão do utente e o segundo na data de alta clínica, bem como os dados para caracterização clínica e sócio demográfica. Para tratamento e obtenção de resultados irá recorrer-se ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*, na versão de 24.0. Utilizar-se-á técnicas de estatística descritiva e inferencial de modo a sistematizar a informação obtida.

Com base na revisão bibliográfica, prevê-se que, após intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, se verifique uma redução do grau de dependência relativamente à realização das atividades de vida diária desde o momento de admissão à data de alta.

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CMRRC – Rovisco Pais

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Rovisco Pais
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro

CMRRC-ROVISCO PAIS
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
O Presidente: (Dr. Vítor Lourenço)
O Vogal Executivo: (Graça Teles Gonçalves)
Diretora Clínica: (Paula Amorim)
O Enf.º Diretor: (Abel Cavaco)
Em: 20/3/17

Ex.ma(s) Senhora

Enfª Ana Sofia de Oliveira Papel Troca Ventura

Sua referência	Sua comunicação de	Data	Nossa referência
		23.02.2017	

Assunto: *"Implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação no grau de dependência do utente vítima de acidente vascular cerebral"*

No exercício das suas competências, a CES do CMRRC-RP, vem por este meio dar-lhes conhecimento que, em acordo com os estabelecido na lei e nos códigos deontológicos, deliberou emitir **parecer favorável** à proposta de estudo sobre a investigação em causa, *"Implicações dos cuidados de enfermagem de reabilitação no grau de dependência do utente vítima de acidente vascular cerebral"*, que a investigadora Ana Sofia de Oliveira Papel Troca Ventura, pretende efectuar no CMRRC-RP.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

(Dra. Maria Inês Simões Campos)

É de autorizar
CMRRC-ROVISCO PAIS
DIRETORA CLÍNICA
(Paula Amorim)
17/3/2017

Quinta da Fonte Quente, apartado 3
3060-908 Tocha
www.roviscopais.min-saude.pt
T 231 440 900
@ cmrrc@roviscopais.min-saude.pt

APÊNDICES

APÊNCIDE I – Instrumento de colheita de dados

escola superior de enfermagem de coimbra

Instrumento de colheita de dados

PARTE I – Informação clínica e sociodemográfica do utente vítima de AVC admitido na Unidade de Cuidados Continuados de Convalescença 1 do CMRRC – Rovisco Pais.

1	Idade	
	Anos	☐
2	Género	
	Masculino	☐
	Feminino	☐
3	Estado civil	
	Casado	☐
	União de fato	☐
	Divorciado	☐
	Viúvo	☐
	Solteiro	☐
4	Tipo de AVC	
	Isquémico	☐
	Hemorrágico	☐
	Isquémico com transformação hemorrágica	☐
5	Hemisfério cerebral	
	Direito	☐
	Esquerdo	☐
	Tronco cerebral	☐
	Cerebelo	☐
6	Fatores de risco identificados	
	Hipertensão Arterial	☐
	Hipercolesterolémia	☐
	Diabetes Mellitus	☐
	Doenças cardíacas	☐
	Cirurgia Cardíaca	☐
	Obesidade	☐
	Etilismo	☐
	Tabagismo	☐
7	Tempo de internamento	
	Dias	☐

Inovação e Qualidade em Reabilitação

Rovisco Pais
Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro

Cuidados Continuados
Saúde e Apoio Social

escola superior de enfermagem de coimbra

PARTE II

Grau de Dependência

Autónomo	100 pontos
Dependente Leve	> 60 pontos
Dependente Moderado	> 40 e ≤ 60 pontos
Dependente Grave	≥ 20 e ≤ 40 pontos
Dependente Total	< 20 pontos

Identificação do utente

(colar vinheta autocolante)

ÍNDICE DE BARTHEL	***ADMISSÃO*** ____/____/20___	***ALTA*** ____/____/20___
Alimentação		
• Independente	**10**	**10**
• Necessita de Ajuda ou Dieta Modificada	**5**	**5**
• Totalmente Dependente	**0**	**0**
Higiene Pessoal (Barbear-se/Pentear-se/Maquilhar-se/Lavar os dentes)		
• Independente	**5**	**5**
• Necessita de Ajuda	**0**	**0**
Controlo Vesical		
• Continente	**10**	**10**
• Acidente Ocasional	**5**	**5**
• Incontinente (ou algaliado)	**0**	**0**
Controlo Anal		
• Continente	**10**	**10**
• Acidente Ocasional	**5**	**5**
• Incontinente (ou necessita de clister)	**0**	**0**
Transferência (cama/cadeira ou vice-versa)		
• Independente	**15**	**15**
• Alguma Ajuda (verbal ou física)	**10**	**10**
• Muita Ajuda (pode manter-se sentado)	**5**	**5**
• Totalmente dependente, incapaz de manter a postura sentado	**0**	**0**
Mobilidade/Deslocação		
• Independente (pode usar ajuda técnica)	**15**	**15**
• Ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	**10**	**10**
• Independente em cadeira de Rodas	**5**	**5**
• Imóvel	**0**	**0**
Utilização da sanita (WC)		
• Independente (sentar, levantar, vestir, puxar autoclismo)	**10**	**10**
• Necessita de Alguma Ajuda	**5**	**5**
• Totalmente Dependente	**0**	**0**
Vestir-se		
• Independente (incluíndo botões, atacadores)	**10**	**10**
• Necessita de Ajuda	**5**	**5**
• Totalmente Dependente	**0**	**0**
Banho		
• Independente	**5**	**5**
• Necessita de Ajuda	**0**	**0**
Subir/Descer Escadas		
• Independente	**10**	**10**
• Necessita de Ajuda (verbal, física ou ajudas técnicas)	**5**	**5**
• Incapaz	**0**	**0**
TOTAL (0 a 100 pontos)		