



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

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Efetividade da Reabilitação Extra e Precoce na Prevenção do Declínio
Funcional do Doente com AVC

Daniela Simões Rasteiro Maia Fonseca

Coimbra, Setembro de 2017



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

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Efetividade da Reabilitação Extra e Precoce na Prevenção do Declínio Funcional do Doente com AVC

Daniela Simões Rasteiro Maia Fonseca

Orientador: Professor Doutor Arménio Guardado Cruz, Professor Coordenador na
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

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

Coimbra, Setembro de 2017

AGRADECIMENTOS

Durante todo este longo percurso muitos foram os momentos de cansaço e desânimo, no entanto, esta dissertação de mestrado decorre de uma experiência única e reúne contributos de várias pessoas a quem gostaria de dar o meu sincero agradecimento:

Ao meu filho Salvador, pelo simples facto de existir e dar sentido à minha vida. É a única força humana que me faz lutar e ultrapassar todos os momentos difíceis.

Ao Nuno, por caminhar sempre ao meu lado, a minha profunda gratidão.

À minha família, os meus pilares, que compreenderam a minha ausência e cansaço, sobretudo à minha mana que me substituiu muitas vezes enquanto mãe.

Ao Professor Doutor Arménio Cruz pela sua mestria e orientação crítica, contributos imprescindíveis em todo o percurso.

Ao Professor Doutor António Amaral, pela autorização da aplicação do formulário InterRAI-CA-PT, pela disponibilidade e ajuda.

Aos amigos verdadeiros e colegas de trabalho que sempre me animaram com palavras de incentivo para continuar.

Aos meus colegas do IX CPEER pelas vivências partilhadas.

A todos os doentes que aceitaram participar neste estudo e partilharam as suas experiências comigo.

Ao meu Anjo da Guarda, por iluminar o meu caminho...

LISTA DE SIGLAS

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AIVDs – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVDs – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

EER – Enfermeiro Especialista de Reabilitação

EUSI – European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management

GC – Grupo de Controle

GE – Grupo Experimental

HTA – Hipertensão Arterial

InterRAI AC – InterRAI Acute Care

InterRAI-CA-PT – InterRAI – Cuidados Agudos – Versão Portuguesa

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

Sendo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) uma das principais causas de incapacidade por doença neurológica e que restringe a funcionalidade da pessoa particularmente à sua independência para as AVDs, a reabilitação é identificada como uma componente essencial, que visa a recuperação precoce dos défices e a preparação da pessoa para uma reintegração na vida em comunidade com o melhor resultado funcional possível.

O estudo tem como objetivo principal avaliar a efetividade de um programa de reabilitação extra e precoce na prevenção do declínio funcional do doente com AVC, tendo-se desenvolvido uma investigação assente no paradigma quantitativo, do tipo quase experimental. A amostra foi não probabilística e consecutiva, constituída por 40 participantes, 20 pertencentes ao grupo de controle (que cumprem o programa diário de Enfermagem de Reabilitação) e os outros 20 ao grupo experimental (que cumprem programa extra de Enfermagem de Reabilitação), entre Setembro de 2016 e Março de 2017 e que cumpriram os critérios estabelecidos. Para a recolha de dados utilizámos uma versão adaptada do InterRAI-AC-PT, validada para a população portuguesa por Amaral et al. (2014), aplicado na pré-admissão, admissão e alta após autorização do autor, Comissão e Conselho de Administração do CHUC. Os participantes no estudo fizeram-no de forma livre e voluntária após terem sido esclarecidos quanto ao mesmo. Os resultados obtidos demonstram um agravamento do estado funcional entre a pré admissão e admissão, melhorando entre a admissão e a alta, mas mantendo-se uma tendência de aumento da dependência funcional entre a pré admissão e a alta. Verifica-se ainda a existência de benefício do estado funcional do doente com AVC cumprindo programa de reabilitação extra no momento da alta, permitindo uma independência maior para a realização das AIVDs. Em relação às correlações estabelecidas apenas podemos concluir que nos doentes que cumprem programa de reabilitação extra, quanto maior a idade dos doentes maior é a dependência na realização das AIVDs no momento da alta.

Concluindo, esta análise permite-nos compreender o impacto da Enfermagem de Reabilitação no estado funcional do doente com AVC, sendo a intervenção do EER uma mais-valia no sentido da autonomia e melhoria da qualidade de vida.

Palavras Chave: Acidente Vascular Cerebral, Limitação da Mobilidade, Enfermagem, Mobilização Precoce, Recuperação da Função Fisiológica, Resultado de Enfermagem

ABSTRACT

Being the stroke one of the leading causes of disability for neurological disease and that restricts the functionality of the particular person to your independence to the daily life activities (ADLs), rehabilitation is identified as an essential component, which aims to early recovery of the deficits and the preparation of the person for a reintegration into community life with the best functional result possible.

The study aims to evaluate the effectiveness of a major programme of extra and early rehabilitation in the prevention of functional decline of the patient with stroke based on developed an investigation based on the quantitative paradigm, quasi-experimental type. The sample was probability and not in a row, consisting of 40 participants, 20 belonging to the control group (that meet the daily program of rehabilitation Nursing) and the other 20 experimental group (which meet extra program of rehabilitation Nursing), between September 2016 and March 2017 and that fulfilled the requirements. For the collection of data we used an adapted version of the InterRAI AC-PT, validated for the Portuguese population by Amaral et al. (2014), and applied on pre-admission, admission and discharge, after permission of the author, High Commission and Board of Directors of CHUC. Participants in the study did so freely and voluntarily after being enlightened about the same.

The results obtained show a worsening of the functional status between the pre admission and admission, improving between admission and high, but maintaining a trend of increased functional dependency between the pre admission and high. Verifies the existence of the benefit of the patient's functional status with stroke delivering extra rehabilitation program at the time of high, allowing greater independence to carry out the Instrumental Activities of Daily Living (IADLs). In relation to established correlations we can only conclude that in those patients who meet extra rehabilitation program, the higher the age of patient's greater dependence on realization of the IADLs at the moment.

In conclusion, this analysis allows us to understand the impact of rehabilitation Nursing on functional status of patients with stroke, with the intervention of the rehabilitation nurse value in the sense of autonomy and improving the quality of life.

Keywords: Stroke, Mobility Limitation, Nursing, Early Mobilization, Recovery of Function, Rehabilitation Outcome

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 Programa de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação.....	76
Quadro 2 Secções que compõem o instrumento InterRAI-CA-PT do estudo.....	80
Quadro 3 Produção de escalas.....	81

INDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov.....	84
Tabela 2 – Distribuição da amostra em função do género.....	85
Tabela 3 – Distribuição da amostra em função da idade.....	86
Tabela 4 – Distribuição da amostra em função do estado civil.....	86
Tabela 5 – Distribuição da amostra em função da proveniência.....	86
Tabela 6 – Distribuição da amostra em função da forma de coabitação.....	87
Tabela 7 – Distribuição da amostra em função do episódio desencadeador da admissão.....	87
Tabela 8 – Distribuição da amostra em função do período desde a última hospitalização.....	88
Tabela 9 – Distribuição da amostra em função do tempo passado no serviço de urgência.....	88
Tabela 10 – Estatísticas referentes ao tempo de internamento.....	88
Tabela 11 – Distribuição da amostra em função do destino após a alta	89
Tabela 12 – Resultados da Variável Cognição.....	90
Tabela 13 – Resultados da Variável Comunicação, visão e audição.....	92
Tabela 14 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Auto desempenho nas AVDs.....	94
Tabela 15 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Principal modo de locomoção.....	96
Tabela 16 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Caminhada de 4 metros.....	96
Tabela 17 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Distância percorrida sem se sentar.....	97
Tabela 18 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Distância percorrida em cadeira de rodas.....	97
Tabela 19 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Nível de atividade	98
Tabela 20 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Acamado por motivos médicos.....	98

Tabela 21 – Resultados referentes à variável Estado Funcional - Auto desempenho e capacidade nas AIVDs.....	101
Tabela 22 – Resultados da Variável Continência.....	104
Tabela 23 – Resultados referentes à variável Condições Saúde – Quedas.....	105
Tabela 24 – Resultados referentes à variável Condições de Saúde – Equilíbrio	105
Tabela 25 – Resultados referentes à variável Condições de Saúde – Dispneia	106
Tabela 26 – Resultados referentes à variável Condições de Saúde – Fadiga.....	106
Tabela 27 – Resultados referentes à variável Condições de Saúde – Sintomas de dor.....	107
Tabela 28 – Resultados referentes à variável Estado nutricional e Oral.....	108
Tabela 29 – Estatísticas descritivas da versão curta da escala das AVDs na pré admissão, admissão e alta.....	109
Tabela 30 – Estatísticas do teste de Friedman para amostras emparelhadas em relação à Versão curta da Escala das AVDs na admissão e alta.....	110
Tabela 31 – Estatísticas descritivas da escala da hierarquia das AVDs na pré admissão, admissão e alta.....	110
Tabela 32 – Estatísticas do teste de Friedman para amostras emparelhadas em relação à escala da hierarquia das AVDs na pré admissão, admissão e alta.....	111
Tabela 33 – Comparação de resultados das categorias da Escala das AIVDs entre a pré admissão e a alta.....	111
Tabela 34 – Estatísticas descritivas da Escala AIVDs na pré admissão e na alta.....	111
Tabela 35 – Resultados do teste de <i>Mann-Whitney</i> na alta entre o GC e o GE e com a versão curta da escala das AVDs, escala da hierarquia das AVDs e escala das AIVDs.....	112
Tabela 36 – Resultados do Teste <i>t</i> de <i>Student</i> para amostras independentes na alta entre o GC e o GE e a escala das AIVDs.....	113
Tabela 37 – Resultados do teste da correlação de <i>Spearman</i> na alta entre a idade, género e tempo de internamento com a versão curta da escala das AVDs, escala da hierarquia das AVDs e escala das AIVDs.....	113

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
------------------	----

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	27
1.1. – EPIDEMIOLOGIA.....	27
1.2. – FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO.....	29
1.3. – CLASSIFICAÇÃO	31
1.4. – SINTOMATOLOGIA.....	33
1.5. – TRATAMENTO	35
1.6. – O AUTOCUIDADO NO AVC: CONTIBUTO TEÓRICO DE OREM	37
2. – ESTADO FUNCIONAL	41
2.1. – AVALIAÇÃO DO ESTADO FUNCIONAL	43
3– REABILITAÇÃO DO DOENTE COM AVC	45
3.1– INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DO DOENTE COM AVC	52
3.1.1– Alterações da Mobilidade	53
3.1.2– Alteração da Motricidade Facial: Parésia Facial Central	59
3.1.3– Alterações Sensoriais	60
3.1.4– Alterações da Comunicação	61
3.1.5– Alteração da Deglutição	63
3.1.6– Alterações da eliminação urinária e intestinal	65
3.1.7- Treino de AVDs	67
3.1.7.1– Higiene e Arranjo Pessoal	68
3.1.7.2– Vestir e despir	69
3.1.7.3– Alimentar e Beber	70

II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. OBJETIVOS DA PESQUISA	73
2. DESENHO DO ESTUDO	74
1.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES	74
1.2. TIPO DE ESTUDO	75
1.3. IDENTIFICAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO	75
2.3.1 Programa de Reabilitação	75
2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	77
2.4.1. População	77
2.4.2. Amostra	78
2.5. - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	79
2.5.1 – Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados	82
2.6. CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS	82
2.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	83
3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	85
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	85
3.2. ANÁLISE DESCRITIVA	89
3.3 ANÁLISE INFERENCIAL	109
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	115
CONCLUSÃO	127

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO I – Autorização ao Conselho de Administração do CHUC, EPE, através da Unidade de Inovação e Desenvolvimento para aplicação do formulário InterRAI – CA - PT

ANEXO II – Autorização para aplicação do formulário InterRAI – CA – PT

APÊNDICES

APÊNDICE I – InterRAI – CA – PT (versão adaptada)

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Informado para participação no estudo

APÊNDICE III – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde- Enfermagem

INTRODUÇÃO

No Acidente Vascular Cerebral (AVC), primeira causa de morte em Portugal (DGS, 2014) e onde muitas das complicações se relacionam com a imobilidade, a mobilização e o treino de Atividades de Vida Diárias (AVDs) assumem um componente fundamental da Reabilitação extra e precoce, e consequentemente na prevenção do declínio funcional.

De acordo com o National Stroke Association (2013), 10% dos sobreviventes recuperam quase integralmente; 25% recuperam com sequelas mínimas; 40% apresentam incapacidade moderada a grave, necessitando de acompanhamento específico; 10% necessitam de tratamento a longo prazo numa unidade especializada; 15% morrem pouco depois do episódio de AVC e 14% dos sobreviventes têm um segundo episódio ainda durante o primeiro ano.

A pessoa que sofreu AVC após o período de hospitalização pode ficar com sequelas físicas e emocionais, comprometedoras da capacidade funcional, da independência e da autonomia, podendo igualmente ter efeitos sociais e económicos que invadem todos os aspetos da vida (Marques, Rodrigues & Kusumota, 2006).

“É na fase aguda, que corresponde ao internamento hospitalar e que em muitos casos se mantém no domicílio após a alta hospitalar, que se dão os primeiros passos no sentido de orientar a recuperação motora destes utentes” (Fontes, 2002, p.5).

A reabilitação surge, neste contexto, como um meio que visa minimizar a incapacidade destes doentes, promovendo a sua adaptação futura através do desenvolvimento de novas capacidades e da aprendizagem de recursos que lhes permitam viver com as incapacidades residuais permanentes.

A maioria dos quadros teóricos de enfermagem (Olson, 2001, Orem, 1980, Roy e Roberts, 1981 como referido por Doran, 2011) identificam como objetivo da enfermagem manter e melhorar a capacidade funcional do indivíduo no sentido de alcançar a independência funcional nas suas AVDs, mobilidade e atividades sociais e tem sido incluído na maioria das classificações de enfermagem (Gillette e Jenko, 1991; M. Johnson e Maas, 1997, como referido por Doran, 2011).

Vários estudos empíricos têm demonstrado que as intervenções de enfermagem podem ter um efeito nos resultados ao nível do estado funcional (Brown e Grimes,

1995; Doran et al. 2006; Doran, McGillis Hall et al. 2002; McCorkle et al. 1989, como referido por Doran, 2011).

Na pesquisa inicial realizada para a elaboração deste trabalho verificou-se que o número de publicações encontradas sobre o papel da enfermagem na prevenção do declínio funcional do doente bem como a intensidade e a duração da reabilitação são escassas, revelando possivelmente uma lacuna ao nível da investigação neste âmbito.

Assim, torna-se essencial a existência de estudos que comprovem o impacto da enfermagem da reabilitação na prevenção do declínio funcional, nomeadamente numa intervenção precoce e de maior intensidade, permitindo avaliar as mudanças que daí advêm no estado de saúde do doente e dar visibilidade ao papel crucial e efetivo que a enfermagem pode ter. No estudo clínico (Shah, Vanclay e Cooper, 1990) sugere-se que a intervenção precoce leva a uma melhoria dos outcomes físicos e funcionais, assumindo que deve ser iniciada logo que a condição dos doentes o permita (Castro, 2013). Por outro lado, apesar de a intensidade da reabilitação não estar ainda claramente definida, verificou-se uma associação entre o aumento da intensidade da reabilitação, especialmente do tempo despendido a treinar as AVDs e a melhoria dos resultados funcionais (Silva, 2010).

Só através deste caminho consegue-se demonstrar a necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da qualidade, que permitam aumentar os ganhos em saúde e a satisfação dos doentes.

Preocupados com esta realidade e motivados para contribuir para o aumento do conhecimento nesta área, surge a realização do presente estudo cujo objetivo principal é o de avaliar a efetividade de um programa de reabilitação extra e precoce na prevenção do declínio funcional do doente com AVC. Foram elaboradas as seguintes hipóteses de investigação: Hipótese 1- Existe diferença do estado funcional do doente com AVC no período entre a pré admissão, admissão e a alta; Hipótese 2 - Existe maior benefício do estado funcional do doente com AVC na alta cumprindo programa extra de Reabilitação (GE) do que num programa de Reabilitação diária (GC); Hipótese 3 – Existem associações entre o estado funcional do doente com AVC na alta cumprindo programa extra de Reabilitação e as variáveis idade, género e dias de internamento.

Assim, desenvolveu-se um estudo que se enquadra no domínio da investigação quantitativa, do tipo quase experimental onde participaram 40 doentes com AVC

internados entre Setembro 2016 a Março de 2017 no serviço de Neurologia A dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o InterRai – CA – PT, versão adaptada, validada para a população portuguesa por Amaral et al. (2014).

Pretende-se que este estudo venha a comprovar a importância dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação enquanto medida de prevenção do declínio funcional do doente, nomeadamente das complicações imediatas resultantes do AVC de forma a manter qualidade de vida do doente e sua autonomia, traduzindo-se assim em ganhos de saúde.

Esta investigação é uma oportunidade para perceber em que medida as intervenções do enfermeiro de reabilitação produzem resultados, permitem restabelecer o estado de saúde, restaurar o funcionamento individual, ou adaptar a pessoa a uma nova situação de saúde.

O presente trabalho apresenta os resultados do estudo desenvolvido, em torno de dois eixos: o enquadramento teórico e o enquadramento metodológico. No enquadramento teórico, procurou-se realizar uma revisão teórica sumária direcionada para o alvo da investigação de forma a enquadrar o estado da arte neste domínio e a orientar a discussão e conclusão dos resultados obtidos. Aborda-se assim globalmente a temática do AVC isquémico, o estado funcional e os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com AVC. No enquadramento metodológico são apresentadas as questões de investigação e objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra, as variáveis e hipóteses em estudo, os procedimentos de análise de dados e os procedimentos formais e éticos. Segue-se a apresentação e análise dos resultados, bem como a sua discussão, e por fim, as conclusões decorrentes do estudo realizado considerando as limitações do estudo bem como as implicações e contributos para a Enfermagem de Reabilitação.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A revisão da literatura, segundo Fortin, Côté e Filian, 2009 permite estabelecer em que medida um certo tema já foi abordado de modo a que o estudo empreendido se possa justificar. Fornece uma base de comparação para a interpretação dos resultados.

Pretendemos nesta primeira parte concretizar uma base teórica e concetual que sirva de suporte à persecução dos objetivos do nosso trabalho de forma a facilitar a sua compreensão.

Desta forma centramos o enquadramento teórico em três eixos que consideramos estruturantes para o nosso estudo: a problemática do Acidente Vascular Cerebral, o Estado Funcional e a Reabilitação do doente com AVC.

1 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

As doenças cerebrovasculares nas últimas décadas apresentam-se como uma das principais causas de morte no mundo. Para além da mortalidade, também a elevada morbilidade está associada a estas doenças, sendo encaradas como um dos maiores problemas de saúde pública (Ferro, 2006).

Segundo Garcia e Coelho (2009) o acidente cerebrovascular é geralmente uma perturbação neurológica aguda, de episódio único, isquémico ou hemorrágico que atinge a sua máxima expressão em segundos ou minutos, podendo ser encarada como uma agressão hemodinâmica cerebral.

Define-se como um comprometimento neurológico focal ou global, que ocorre de forma súbita e de provável origem vascular, e com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas (Organização Mundial Saúde, 2009, p.6).

Quando a duração dos sintomas é de curta duração e os sintomas desaparecem ao fim de alguns minutos ou no máximo de uma hora, está-se perante um Acidente Isquémico Transitório (AIT) (Carvalho, 2009).

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico é o subtipo mais comum de AVC, correspondendo a cerca de 80% dos casos e resulta de uma oclusão vascular localizada e redução da perfusão cerebral, o que leva à interrupção do fornecimento de oxigénio e glicose ao tecido cerebral, afetando subsequentemente os processos metabólicos do território envolvido (Buchan, Balami & Arba, 2013).

Desta forma o AVC “constitui, para qualquer pessoa um acontecimento fortemente stressante, desde logo pela imprevisibilidade do seu aparecimento, depois pelas sequelas que, habitualmente deixa e finalmente, pela reorganização individual e familiar que exige” (Alarcão, 2002, p.13, citado por Martins, 2002).

1.1 – EPIDEMIOLOGIA

Anualmente ocorrem cerca de 16 milhões de casos de primeiros AVC's no mundo, causando um total de 5,7 milhões de mortes. De acordo com as estimativas da OMS existe uma previsão de aumento ainda maior para 23 milhões de primeiros AVC's, 77 milhões de sobreviventes de AVC's, 61 milhões anos de vida ajustados para incapacidade e 7,8 milhões de mortes em 2030 (Buchan et al., 2013).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2010), o AVC é, a nível mundial a terceira causa de morte depois do cancro e das doenças cardiovasculares nos países desenvolvidos e a causa mais comum de incapacidade em adultos. Em Portugal o seu impacto é ainda maior, uma vez que constitui a primeira causa.

Em 2010, relativamente à União Europeia, Portugal ocupava o oitavo lugar em termos de mortalidade por AVC, sendo apenas ultrapassado pelos países do leste da Europa e ficando muito acima de países do Sul da Europa como a Espanha (22º) e França (27º) por razões não esclarecidas (DGS, 2014). Já em 2013, Portugal desce dois lugares, ocupando o décimo lugar em termos de mortalidade por AVC (DGS, 2016).

Olhando para os dados nacionais desde o início do século, podemos verificar que existe uma tendência decrescente da mortalidade por AVC (em indivíduos com menos de 65 anos), diminuindo de 17,2 por 100000 habitantes em 2001 para 9,9 em 2008 (DGS, 2014) e para 7,3 em 2013 (DGS, 2016). Apesar destes dados, a DGS salienta o facto de ainda existir um longo caminho a percorrer e que deve ser reforçada a prioridade das orientações estratégicas assumidas na resposta a este problema.

A progressiva adoção de medidas preventivas, a correção dos fatores de risco e os avanços significativos no tratamento das doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC, fazem com que nas últimas décadas tenha ocorrido uma diminuição da taxa de mortalidade destas doenças (DGS, 2013).

De acordo com a DGS como referido por Branco e Santos (2010), no nosso país a média anual de internamentos por AVC é de 22500, o equivalente a quase 5% do total de internamentos, em que um terço morre nos primeiros três meses e quase aproximadamente 70% dos que sobrevivem ficando incapacitados.

De um modo geral cerca de 10% dos doentes que têm um primeiro AVC morrem dentro de um mês, 30% dentro de três meses, 20% dentro de seis meses e cerca de 30% ou mais tornam-se dependentes de terceiros para a realização de Atividades da Vida Diária (AVDs) (Bucha et al., 2013). Para estes mesmos autores o AVC também é sinónimo de comprometimento funcional pois entre os sobreviventes, 50% a 70% dos doentes recuperam a independência funcional, 15% a 30% são incapacitados permanentes e 20% necessitam de cuidados institucionais.

Uva e Dias (2014) referem que de acordo com algumas estimativas cerca de 6 pessoas sofrem um AVC em cada hora, resultando 2 a 3 óbitos. Segundo os mesmos autores a taxa de incidência de AVC é de 251,6/100 000 utentes/ano e em ambos os sexos a taxa de incidência de AVC atinge o seu máximo no grupo etário dos 75 e mais

anos, dos quais 1408,5/100 000 utentes/ano são do sexo masculino e 1186,0/100 000 do sexo feminino.

A incidência de AVC é maior na raça asiática e negra do que na raça branca, sendo que este facto pode estar relacionado com fatores genéticos que vão condicionar o aumento da incidência de outras co morbilidades. Na raça branca 80% a 85% do AVC são isquémicos e 10% a 15% são hemorrágicos, enquanto na raça negra a proporção de AVC hemorrágicos é de 30% a 40% enquanto o isquémico assume uma menor proporção (Carvalho, 2009).

É considerado como um dos problemas neurológicos agudos mais comuns, sendo o principal responsável por internamentos hospitalares (Ferro, 2006) e gastos económicos (Martins, 2006).

1.2 – FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO

A patogénese do AVC é multifatorial, de evolução contínua e silenciosa onde os fatores de risco surgem associados, potenciando-se mutuamente e conduzindo a um sinergismo do risco (Martins, 2006). De acordo com a mesma autora, muitos dos fatores de risco encontram-se ligados a comportamentos e a estilos de vida que se alteram ao longo do tempo.

Com a evolução sobre a fisiopatologia do AVC e a sua prevalência, tornam-se evidentes duas etapas de estratégia em que a primeira intervêm sobre os fatores de risco primários e a segunda atua nos casos em que as manifestações dos riscos primários já surgiram, a prevenção secundária e terciária.

A prevenção primária visa dar ênfase à vigilância e monitorização das pessoas com alto risco de desenvolver um primeiro AVC, bem como na redução do risco de AVC na população assintomática. Já a prevenção secundária tem por objetivo a reduzir o risco de recorrência de eventos vasculares em doentes que já sofreram um AIT ou AVC e em doentes que apresentem fatores de risco de vir a contrair novo AVC, procurando desta forma a sua modificação e controlo. A prevenção terciária consiste na redução das consequências e sequelas nos doentes que sofreram um AVC (Lindsay et al., 2008).

Garcia e Coelho (2009) referem que a classificação mais tradicional dos fatores de risco agrupa-os de acordo com o facto de serem passíveis ou não de intervenção, os fatores de risco modificáveis (HTA, hiperlipidémia, diabetes mellitus, tabagismo,

alcoolismo, obesidade, sedentarismo e AIT) e os fatores de risco não modificáveis (Idade, género e etnia).

As pessoas com Hipertensão Arterial (HTA) (pressão arterial superior a 140/90 mmHg de forma persistente) têm risco de AVC cerca de quatro a seis vezes superior em relação às que têm pressão arterial dentro valores ditos normais (120/80 mmHg) (Menoita et al., 2012).

Segundo a mesma autora, o fator de risco que menos contribui para a doença cerebrovascular relativamente à doença cardíaca é a hiperlipidémia, contudo a probabilidade das pessoas desenvolverem AVC com valores de colesterol total acima de 240 mg/dl é o dobro daquelas que têm valores inferiores a esse valor.

Os doentes diabéticos apresentam uma incapacidade maior, uma recuperação mais lenta após o AVC e um maior risco de recorrência da doença comparativamente aos doentes não diabéticos (Branco & Santos, 2010).

O tabagismo aumenta o risco de AVC duas a quatro vezes, podendo contribuir até 12% a 14% das mortes (Ferreira et al, 2006 como referido por Menoita et al., 2012) e ao fim de cinco anos de abstinência tabágica, o risco de um ex-fumador é idêntico ao de quem nunca fumou (Ferro & Pimentel, 2006).

No que diz respeito ao consumo de álcool o risco de AVC é três vezes maior em indivíduos de etilização aguda frequente (consumo superior a 60g etanol) devido a uma maior coagulabilidade do sangue (Camargo, 1989 como referido por Branco & Santos, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o excesso de peso como o índice de massa corporal igual ou superior a 25 Kg/m² e a obesidade como um valor acima dos 30 kg/m². No entanto, o risco de dislipidémia, diabetes e HTA começa aumentar para valores superiores a 21 Kg/m² e consequentemente aumenta o risco de AVC (Fernandes, 2006 como referido por Branco & Santos, 2010).

A atividade física trás benefícios para a redução de doença cerebrovascular, pois permite controlar o peso corporal, reduz a tensão arterial, os triglicéridos e adesão plaquetária (Branco & Santos, 2010). Numa revisão de estudos sobre atividade física e AVC (Lee, Folsom e Blair, 2003), pessoas ativas tinham menor risco de ocorrência de AVC do que pessoas com um baixo nível de atividade física (Buchan, Balami &Arba, 2013).

O AIT pode ser a primeira manifestação clínica da doença cerebrovascular e cuja probabilidade aumenta em 13-16 vezes o risco de sofrer um AVC nos indivíduos que já sofreram um AIT da mesma idade (*Idem*).

Uma vez que a incidência de AVC aumenta com a idade, esta é um fator a ter em consideração, já que 50% dos casos ocorre em doentes acima dos 75 anos e apenas 25% dos AVCs ocorrem abaixo dos 65 anos. Apesar do AVC afetar pessoas de todas as idades, três quartos dos novos episódios de AVC ocorrem em indivíduos com 65 anos ou mais (Martins, 2006). Segundo Ferro (2006), a idade mais frequente para a ocorrência do AVC é entre os 65 e 85 anos.

O sexo é um fator a ter em consideração no que respeita à incidência de AVC uma vez que a sua distribuição é aproximadamente equitativa, variando consoante a fase da vida, incidindo mais nas mulheres com idades entre os 45-50 anos e com maior prevalência nos homens com mais de 50 anos (Sá, 2009).

A raça negra parece estar mais predisposta a sofrer AVC relativamente à caucasiana, fato este que segundo alguns autores deve-se a influências genéticas e comportamentos socioculturais (Stewart et al., 1999 como referido por Martins, 2006).

Deste modo, quanto maior for o número de fatores de risco identificados na pessoa, maior será a probabilidade de desencadear AVC, sendo por isso fundamental identificar os fatores de risco, de forma a existir uma intervenção da equipe interdisciplinar, no sentido de promover e adotar hábitos de vida saudáveis, prevenindo novos episódios ou complicações (Menoita et al., 2012).

Marques (2007, p.33) salienta que a redução da mortalidade cerebrovascular dever-se-á em grande parte da eficácia das medidas de intervenção sobre os fatores de risco.

1.3 – CLASSIFICAÇÃO

As classificações tipológicas do AVC não são uniformes, no entanto, as mais utilizadas baseiam-se no critério etiológico. Nesta perspetiva, para Martins, 2002 e Nobre, 2004 como referidos por Menoita et al., 2012, o AVC é classicamente dividido em duas grandes classes: isquémico (trombótico, embólico e lacunar) e hemorrágico (intracerebral, parenquimatoso e subaracnoideio).

Uma outra forma de classificar o AVC isquémico baseia-se com o tipo de artéria afetada e sua localização. Neste caso, Collins, 2007 como referido por Nobre, 2016,

destaca a classificação de Oxford, que subdivide o AVC de acordo com a clínica apresentada pelo doente combinando-a com a respetiva área cerebrovascular afetada. A determinação do subtipo de AVC atende a uma diferenciação dos sintomas apresentados em três tipos fundamentais: alteração da força muscular; alteração da visão; e disfunções corticais superiores (afasia, neglect e inatenção).

Deste modo, Amarenco et al. (2009) refere que a classificação de Oxford é o resultado do Oxfordshire Community Stroke Project Subtype Classification (OCSP), e organiza o AVC em quatro categorias: TACI (total anterior circulation infarcts), PACI (partial anterior circulation infarcts), LACI (lacunar infarcts) e POCI (posterior circulation infarcts).

Nos enfartes totais da circulação anterior (TACI) estão presentes a alteração da força muscular, a hemianopsia e a afasia ou neglect/inatenção (dependendo do hemisfério). Afeta largas áreas de tecido cerebral, na medida em que a oclusão da circulação cerebral ocorre normalmente ao nível da artéria cerebral média ou carótida interna. O doente apresenta elevados níveis de dependência, com elevado risco de desenvolvimento de pneumonia de aspiração, tromboembolismo venoso e transformação hemorrágica do local da oclusão. Este é o tipo mais severo de enfarte envolvendo uma mortalidade de 60% ao fim de um ano e elevada probabilidade de sequelas para o resto da vida (Collins, 2007 como referido por Nobre, 2015).

Os enfartes parciais da circulação anterior (PACI) são caracterizados por dois dos três tipos de sintomas, apresentando-se menos severos em termos de mortalidade e morbilidade quando comparados com os TACI. Decorrem geralmente da oclusão da artéria cerebral média ou anterior e podem apresentar défice motor (e/ou sensitivo) unilateral, hemianopsia homónima ou afasia (Idem).

Relativamente aos enfartes lacunares (LACI), os mesmos autores referem que a sintomatologia pode variar entre uma discreta parestesia da mão até à hemiplegia completa e têm origem na oclusão de pequenos vasos perfurantes.

Por último, os enfartes da circulação posterior (POCI) resultam sobretudo da oclusão da artéria cerebral posterior, afetando o lobo occipital (a sintomatologia pode variar entre a hemianopsia e a quadranteanopsia), o tronco cerebral (as consequências podem ser devastadoras, desde a inconsciência até à paragem respiratória e/ou circulatória) e o cerebelo (nistagmos, ataxia, vertigens, diplopia, tonturas, náuseas e vômitos) (Collins, 2007 como referido por Nobre, 2016).

1.4 – SINTOMATOLOGIA

Para Valadas (2007), o AVC manifesta-se de forma específica em cada pessoa dependendo da zona do cérebro que é afetada, do tipo e causas do AVC, dos fatores de risco presentes, da condição de saúde da pessoa antes do AVC e do apoio que cada um terá na sua reabilitação.

A principal característica de um AVC é o desenvolvimento súbito e catastrófico de um défice neurológico, sendo a hemiplegia o sinal mais frequente de um AVC. A maioria dos doentes apresenta, numa fase inicial, perturbações de consciência que podem variar desde a sonolência até ao coma (Martins, 2006).

Os doentes que sofram um AVC podem apresentar uma multiplicidade de sintomatologia, de diferente importância e intensidade. Destacam-se usualmente a perda de capacidades motoras, sensoriais, as alterações na comunicação e as alterações cognitivas, psicológicas e comportamentais (Valadas, 2007) que passaremos a descrever resumidamente.

Alterações motoras

A paralisia é uma das disfunções mais comuns. Ocorre no lado contra lateral à região do cérebro afetada, envolvendo parte ou mesmo toda a metade do corpo, podendo ser total (hemiplegia) ou parcial (hemiparesia). Podemos ter também problemas de equilíbrio e/ou coordenação (ataxia) quando o cerebelo é afetado (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012; Silva, 2010).

Alterações sensoriais

As alterações sensoriais mais frequentes no hemicorpo afetado são os défices sensoriais superficiais (tátil, térmica e dolorosa), propriocetivos e visuais (Branco & Santos, 2010).

É comum os doentes experienciarem dor moderada a intensa com irradiação para o ombro no membro paralisado, chamado de ombro doloroso. O ombro doloroso contribui para recuperação diminuída do membro superior, depressão, privação de sono e pode estar associado a um pior prognóstico (Silva, 2010).

A agnosia é um distúrbio na interpretação visual, tátil ou de estruturas sensoriais em que a pessoa não consegue reconhecer objetos (Branco & Santos, 2010; Martins, 2006).

No que diz respeito aos distúrbios do campo visual (diminuição da acuidade visual, hemianópsia e diplopia), os mesmos autores salientam a hemianópsia homónima (visão defeituosa ou perda visual em metade do campo visual de cada olho) como o distúrbio mais comum.

Alterações na comunicação

Os problemas da comunicação são frequentes nos indivíduos que sofreram um AVC, por obstrução da artéria cerebral média no hemisfério esquerdo (Martins, 2006; Menoita et al., 2012). Mais de 99% dos indivíduos dextros têm a função da linguagem confinada ao hemisfério esquerdo. Contudo, nos indivíduos esquerdinos a situação é mais complexa, em que aproximadamente 60% têm o hemisfério esquerdo como dominante e os restantes 49% têm o hemisfério direito.

Segundo Marques (2007) as perturbações de linguagem mais frequentes são a afasia (dificuldade na compreensão e/ou emissão das palavras) e a disartria (dificuldade na articulação das palavras). Segundo Silva (2010) a disartria tem uma incidência de 20% a 30% nos doentes com AVC.

Outras alterações que podem advir de um AVC são a agrafia (incapacidade de expressar pensamento através escrita), acalculia (incapacidade para cálculos matemáticos), alexia (incapacidade para compreender a escrita), disfonia (alteração ou enfraquecimento da voz) (Branco & Santos, 2010).

Alterações cognitivas, psicológicas e comportamentais

Segundo Silva (2010) as alguns doentes podem ter dificuldades de raciocínio e perder a capacidade de fazer planos, compreender significados, fazer novas aprendizagens, ou enveredar por outras atividades mentais complexas. A memória pode ser afetada de diversas formas. Os doentes podem ter dificuldade em aprender novos conceitos ou habilidades e em lembrar ou recuperar essa informação.

A apraxia e a agnosia são outros dos distúrbios frequentes. A primeira consiste na incapacidade de programar uma sequência de movimentos, apesar das funções motora e sensorial estarem aparentemente preservadas. Os doentes podem realizar ações automaticamente, mas não de forma voluntária. A agnosia consiste na incapacidade de reconhecer objetos familiares e de lhes dar uma função, ainda que os órgãos sensoriais não estejam lesados. A anosognosia consiste na incapacidade de reconhecer as limitações físicas resultantes do AVC.

Poderão igualmente surgir alterações a nível da imagem e esquema corporal, onde se incluem o neglect unilateral (incapacidade de responder a objectos ou estímulos sensoriais de uma metade corporal, geralmente o lado afectado).

Distratibilidade, sonolência, impulsividade, irritabilidade, anosagnosia e problemas sexuais são comportamentos associados ao AVC que podem ter grande impacto no estado emocional da pessoa, uma vez que a maioria vê a sua atividade social alterada e reduzida após o AVC. Apesar de o contacto com a família por norma se manter, o contacto e interação com os amigos diminui (Martins, 2006). Surgem ainda perturbações da capacidade de ter um comportamento intelectual e de controle sobre as suas acções, caracterizadas por falta de iniciativa, desinteresse, negativismo, podendo condicionar o plano de reabilitação (Branco & Santos, 2010).

1.5 – TRATAMENTO

O sucessivo aumento do conhecimento científico, o aparecimento de novas terapêuticas farmacológicas, cirúrgicas e neurorradiológicas modificaram a forma de abordar a doença cerebrovascular. A pessoa que sofre um AVC, após o atendimento pré-hospitalar deve ser transportada com urgência para um hospital que, de preferência, disponha de valências específicas nesta área.

De acordo com Branco e Santos (2010), nas medidas terapêuticas deverão estar incluídas a fase preventiva, a fase de enfarte cerebral e a fase post-enfarte.

As medidas preventivas devem ser aplicadas nos indivíduos que possuem maior probabilidade de enfartar através da redução dos fatores de risco já anteriormente descritos. Sabe-se que o tratamento da HTA reduz a incidência do AVC em 35% a 45%. Pessoas com doenças cardíacas de médio a elevado risco devem ser submetidas a anticoagulação oral caso não haja contra-indicação. Doentes com estenose carotídea sintomática superior a 70% ou 80% devem ser propostos para correção cirúrgica (Gonçalves, 2000 como referido por Martins, 2006).

Os doentes com AVC em fase aguda devem ser hospitalizados e sempre que possível numa unidade especializada de forma a reduzir a mortalidade, criando-se assim as unidades de AVC a partir de 2003 (Oliveira, 2012).

Segundo o autor supracitado, este passo estabeleceu-se com as orientações emanadas das Conferências Helsingborg de 1995 e 2006 as quais consolidaram o conceito de que a melhor local para tratar uma pessoa com AVC é numa Unidade de

AVC (UAVC). Os benefícios principais são a redução das complicações, melhor prognóstico funcional e menor tempo de internamento no hospital.

Entende-se por uma UAVC uma área hospitalar que se ocupa de doentes com AVC, numa área geograficamente bem definida, com um quadro técnico com formação específica e por uma abordagem multidisciplinar ao tratamento do AVC (Alto Comissariado da Saúde, 2007)

Uma revisão sistemática (Stroke Unit Trialists Collaboration, 2007) confirmou uma redução significativa na letalidade (redução absoluta de 3%), dependência (aumento de 5% de sobreviventes independentes) e na necessidade de cuidados institucionais (redução de 2%) em doentes tratados em unidades de AVC, comparados com doentes tratados em enfermarias gerais (ESO, 2008).

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

O objetivo do tratamento na fase aguda é limitar ao máximo a evolução e prevenir recidivas, sendo fundamental o controlo dos parâmetros fisiológicos, a reperfusão e a terapêutica antitrombótica (Garcia & Coelho, 2009).

Cambier et al., 2005 como referido por Menoita et al., 2012, refere existir uma zona central isquémica que pode manter a atividade funcional - penumbra isquémica - e é o alvo de tratamentos que visam assegurar a revascularização e neuroprotecção. Assim, o objetivo do tratamento nesta fase é limitar ao máximo a evolução da zona de penumbra isquémica e prevenir recidivas precoces, sendo fundamental e estando de acordo com as recomendações do EUSI (2003):

- Controlo dos parâmetros fisiológicos – No AVC isquémico só se progride com o tratamento da tensão arterial para valores superiores a 220-120 mmHg, de forma a evitar a hipoperfusão da área afetada. No AVC hemorrágico o valor é 180-110 mmHg.
- Reperfusion - o único tratamento eficaz é através de trombólise por via endovenosa com rtPA (*recombinante tissue-type plasminogen activator*).
- Terapêutica antitrombótica - Mais especificamente a utilização da aspirina, clopidogrel ou dipiridamol, uma vez que reduzem a aderência das plaquetas e impede o avanço de um AVC assim como a sua posterior recorrência.

- Prevenção e tratamento de complicações tais como a hipertermia, hiperglicemia, trombozes venosas profundas.
- Reabilitação.

Uma das atuações recomendadas pela DGS (2010) tem a ver com o repouso no leito durante as primeiras 24h, reforçando a mobilização precoce assim que a situação clínica for estabilizada.

De forma a tornar o tratamento do AVC na fase aguda mais eficaz, a DGS propôs em 2001 a constituição da Via Verde de AVC, cujo objetivo é que todos os doentes com diagnóstico de AVC isquémico tenham acesso a tratamento farmacológico (trombólise) em tempo útil (menos de 3 horas).

1.6– O AUTOCUIDADO NO AVC: CONTIBUTO TEÓRICO DE OREM

A investigação tem demonstrado existir uma relação estreita entre a dependência e a idade, ocasionando o aumento do número de pessoas que apresentam limitações funcionais, sobretudo nos idosos com idades entre os 75 ou 80 anos (Figueiredo e Sousa, 2007).

Considerando que a senescência por si só já provoca o envelhecimento das estruturas do corpo humano assim como o declínio das funções orgânicas, a pessoa idosa torna-se dependente para a realização do auto cuidado, sendo este facto ainda mais dificultado após o aparecimento do AVC, gerando diversos níveis de dependência (Sequeira, 2010).

Assim, o AVC é uma das principais causas de incapacidade funcional e acarreta consequências emocionais e socioeconómicas não só para a pessoa deste evento gerador de dependência, mas também para os seus familiares. As consequências negativas associam-se assim ao agravamento da dependência no desempenho das AVDs, alterações do humor, rutura na interação social e interferência na sua vida profissional, resultando desta forma na diminuição da perceção da qualidade de vida. Silva (2010) refere que consoante aumenta a idade das pessoas, estas tendem a evidenciar um maior nível de dependência nos autocuidados.

Ao longo dos tempos, o termo autocuidado expandiu-se para além das atividades básicas de vida e está cada vez mais associado à promoção de saúde, sendo um processo em que a pessoa age por si e em benefício próprio. A condição que implica a necessidade de cuidados de enfermagem é a ausência de capacidade da pessoa

manter o seu autocuidado em quantidade e qualidade suficiente para a manutenção da vida e saúde, recuperação da doença ou lesão (Petronilho, 2012).

Na enfermagem, o fenómeno do autocuidado tem sido essencialmente abordado no paradigma de interação entre o homem e o ambiente, onde as conceções de Dorothea Orem têm sido utilizadas por inúmeras escolas de enfermagem, assim como por organizações de saúde, orientando a sua conceção de cuidados a partir da Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (Petronilho, 2012). Nesta escola de pensamento, a finalidade da enfermagem é ajudar o indivíduo doente ou saudável a conseguir a independência (autonomia) tão rapidamente quanto possível, no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde – o autocuidado.

O autocuidado encontra-se entre aqueles focos de enfermagem que são mais sensíveis aos cuidados e à tomada de decisão. Os resultados esperados são a promoção da independência ou a melhoria no grau de dependência no autocuidado, assim como na aquisição de conhecimento, por parte da pessoa, sobre estratégias adaptativas para lidar com os défices no autocuidado (Pereira, 2007).

As políticas de saúde procuram capacitar a pessoa para que esta consiga gerir com maior eficácia os processos de saúde-doença, ao centralizarem a responsabilização na pessoa/cuidador para cuidar de si própria nomeadamente no que refere as AVDs em que, com ajuda de profissionais, há a procura de comportamentos adequados face às suas necessidades (Petronilho, 2012).

O mesmo autor acrescenta ainda que o autocuidado representa uma base teórica para as intervenções educacionais, educativas, cognitivas e comportamentais, envolvendo o planeamento de atividades de aprendizagem que aumentem os conhecimentos da pessoa no momento de tomar decisões, decorrente das transições, ao longo do ciclo vital.

A Teoria do Défice de Autocuidado é o elemento essencial da Teoria de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985 e baseia-se na premissa de que todos os indivíduos têm potencial para cuidar de si mesmos e dos que estão sob a sua responsabilidade. Assim, o autocuidado surge como o cuidado pessoal necessário ao indivíduo no seu quotidiano, por forma a regular o próprio funcionamento e desenvolvimento e a enfermagem é um meio, um serviço para superar as limitações humanas, sendo vista enquanto arte, que vai mais além das habilidades, conhecimentos e atitudes (Vítor, Lopes & Araújo, 2010).

O seu modelo teórico engloba três teorias: a teoria do Autocuidado (que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si), a teoria do Défice de Autocuidado (relata e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem) e a teoria dos Sistemas de Enfermagem (descreve e explica como as pessoas são ajudadas através das intervenções de Enfermagem) (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Orem parte do pressuposto que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar por possuir habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida, sendo este denominado de agente de autocuidado (Queirós et al., 2014). No entanto, as limitações decorrentes do AVC irão condicionar esta capacidade de autocuidado, nomeadamente nas AVD.

Petronilho (2012) saliente que o défice de autocuidado estabelece a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidado. Este conceito é orientador, permitindo a adequação dos métodos de auxílio e a compreensão do papel dos indivíduos doentes no autocuidado. Perante a avaliação deste défice de autocuidado, o enfermeiro adequa a sua intervenção e vai assumir o papel de agente de autocuidado terapêutico (therapeutic self-care agent), dando resposta às limitações dos requisitos de autocuidado da pessoa com AVC, nomeadamente, através da conceção, implementação e avaliação de planos e programas especializados, com o propósito de promover capacidades adaptativas nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade com vista ao autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A necessidade de intervenção do enfermeiro ocorre perante todas as limitações e condicionantes da pessoa subsequentes ao AVC, sendo a sua intervenção necessária quando as suas capacidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado da pessoa, intervindo no sentido de procurar minimizar os efeitos deste défice. O enfermeiro atua assim com base nos cinco modos de intervir propostos por Orem: agir ou fazer para outra pessoa, guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar (Queirós et al., 2014).

É através da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Dorothea Orem que o enfermeiro vai articular as suas capacidades terapêuticas com as capacidades de autocuidado da pessoa com AVC, dando resposta às suas necessidades, exercendo o seu papel de agente de autocuidado terapêutico. Os cuidados de enfermagem são exigidos uma vez que existe um défice de autocuidado entre aquilo que o doente pode

realizar (ação de autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de autocuidado) (Petronilho, 2012).

Deste modo, Orem identificou três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, que são o sistema totalmente compensatório (quando o enfermeiro substitui a pessoa no autocuidado), o sistema parcialmente compensatório (quando a pessoa precisa do enfermeiro para ajudá-lo naquilo que ela não é capaz de realizar por si só) e o apoio-educativo (a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, mas necessita dos enfermeiros para a ensinar e supervisionar na realização das ações) (Tomey & Alligood, 2002 como referido por Queirós et al., 2014).

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, a fim de estabelecer a saúde e ou mantê-la em níveis satisfatórios.

A transição para a dependência no autocuidado é um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa, no qual os enfermeiros podem contribuir de forma significativa quer na promoção do autocuidado, quer na qualidade dos processos de transição vividos pelas pessoas, através de medidas contínuas em que toda a equipa de saúde deve estar envolvida e, onde o enfermeiro de reabilitação pode constituir uma mais-valia (Pereira, 2011).

2 – ESTADO FUNCIONAL

A funcionalidade da pessoa relaciona-se com a sua autonomia e independência para manter as suas atividades quotidianas e quando surge o AVC, todo um conjunto de fatores vão determinar a sua resposta aos cuidados de saúde.

Assim, sendo a funcionalidade uma das dimensões abrangidas pelo AVC e da necessidade em documentar o grau de incapacidade resultante do mesmo, torna-se importante definir conceito de estado funcional, bem como alguns instrumentos de avaliação para o mesmo.

Menezes, Oliveira e Menezes (2010) dizem-nos que o estado funcional é um importante fator de independência caracterizado pela capacidade de realização das AVDs, tais como o comer, o vestir e despir, a higiene pessoal, o mover-se e o uso do sanitário; e também pela capacidade de realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), como são o exemplo do efetuar as compras, preparar as refeições, realizar o trabalho doméstico, deslocar-se a outros lugares, a gestão de medicamentos, das finanças pessoais e o uso do telefone.

Ward e Reuben (2014) abordam o estado funcional da pessoa enquanto capacidade para a realização das atividades necessárias ou desejáveis na vida diária, cuja mensuração pode ser valiosa na resposta ao tratamento e servir de auxílio no planeamento de cuidados de longa duração. Esta avaliação poderá ser realizada em três níveis: atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais ou intermediárias de vida diária e atividades avançadas de vida diária.

Para Berian, Bilimoria, Ko, Robinson e Rosenthal (2016) estado funcional representa a capacidade de um indivíduo para realizar as atividades de vida diária, sendo que o declínio funcional acontece quando uma destas três alterações está presente. Os mesmos autores, num estudo realizado referem o avanço da idade, o sexo (feminino), algumas comorbilidades, o registo de quedas anteriores e o uso de meios auxiliares de locomoção como sendo fatores associados ao declínio funcional.

Mais recentemente, Vieira (2013) diz que o estado funcional é um processo dinâmico que necessita de avaliação periódica a fim de determinar a evolução da mesma. O mesmo autor reforça a necessidade de realizar uma avaliação inicial da capacidade funcional logo na admissão num hospital, avaliação essa que deve ser conduzida

cuidadosamente uma vez que assume extrema importância no processo individualizado dos cuidados de enfermagem, sobretudo ao nível do planeamento e execução.

A maioria dos quadros teóricos de enfermagem (Olson, 2001, Orem, 1980, Roy e Roberts, 1981 como referido por Doran, 2011) identificam como objetivo da enfermagem manter e melhorar a capacidade funcional do indivíduo no sentido de alcançar a independência funcional nas suas AVDs, mobilidade e atividades sociais e tem sido incluído na maioria das classificações de enfermagem (Gillette e Jenko, 1991; M. Johnson e Maas, 1997, como referido por Doran, 2011).

Vários estudos empíricos têm demonstrado que as intervenções de enfermagem podem ter um efeito nos resultados ao nível do estado funcional (Brown e Grimes, 1995; Doran et al. 2006; Doran, McGillis Hall et al. 2002; McCorkle et al. 1989, como referido por Doran, 2011).

Desta forma, a recuperação funcional é vista por Teasell (2013) como a melhoria na mobilidade e nas AVDs, sendo esta influenciada pela reabilitação através da gravidade do AVC e da idade em que considera estes dois fatores preditivos na recuperação funcional.

Para Boyd, et al. (2009), o declínio funcional é um resultado da hospitalização por eventos agudos, com consequências a curto prazo para os doentes e famílias, com impacto na realização de atividades de vida quotidianas, sendo difícil a avaliação do declínio em doentes idosos hospitalizados pela dificuldade em avaliar a sua capacidade funcional e o estado de saúde anterior ao internamento.

Segundo Khinpell et al. como referido por Sousa 2014, a doença e as co morbilidades podem influenciar diretamente o estado funcional.

Pillatt (2011) refere que segundo (Dutra, 2009 e Loyola, et al. 2004) as causas mais frequentes de internamento hospitalar em idosos, são doenças relacionadas com os aparelhos circulatórios, respiratório e digestivo, que somadas correspondem a 60% dos internamentos em faixas etárias mais elevadas. No seu estudo, os idosos no momento do internamento já apresentam algum grau de incapacidade funcional, ocorrendo durante a hospitalização declínio ainda maior na capacidade de realização das AVDs e AIVDs.

2.1 – AVALIAÇÃO DO ESTADO FUNCIONAL

Por forma a melhorar a qualidade dos cuidados e produzir indicadores de efetividade num contexto internacional de redução de custos, é fundamental mensurar os resultados de enfermagem em instrumentos fiáveis e válidos (Amaral, Ferreira & Gray, 2014).

A avaliação funcional deve ser baseada em escalas de avaliação da capacidade funcional (Cassel, 2004; Kresevic, 2008 como referido por Paixão & Reichenheim, 2005) em que os métodos para a avaliação funcional estruturada englobam a observação direta (testes de desempenho) e os questionários, sistematizados por meio de escalas que permitem aferir os principais componentes da dimensão.

A introdução de um sistema de avaliação funcional baixa a incidência e prevalência de declínio funcional, contribuindo para a diminuição da morbilidade e da mortalidade (kresevic, 2008 como referido por Paixão & Reichenheim, 2005).

Numa revisão sistemática de instrumentos de avaliação realizada pelos mesmos autores são recomendados os seguintes instrumentos de avaliação de boa qualidade (com critérios de validade e confiabilidade): na subdimensão AVDs, o The Index of Independence in Activities of Daily Living (IADL) de Katz é muito conhecido, com bom histórico de validade, mas ainda com resultados de confiabilidade pouco consistentes, sendo o Índice de Barthel o mais utilizado. Na subdimensão AIVDs o Health Assessment Questionnaire (HAQ), o Functional Independence Measure (FIM) e o Functional Status Index (FSI) são os instrumentos mais profícuos. Na subdimensão Estado Geral de Saúde e Qualidade de Vida (EGS-QUAL) os instrumentos que possuem maioritariamente melhor validade e confiabilidade são o ShortForm-36 Health Survey (SF-36), COOP Chart for Primary Care Practice (COOP), DUKE Health Profile (DUKE), Short Form 20 Health Survey (SF-20), Quality of Life Index (QLI) e o Nottingham Health Profile (NHP).

Buurman et al., 2011 como referido por Sousa, 2014 afirma que métodos modernos baseados na teoria de resposta ao item (TRI) têm vantagem sobre instrumentos de medição com base em scores totais, pois nem todos os itens de um instrumento necessitam ser avaliados em todos os doentes para determinar o seu nível de funcionamento, permitindo utilizar um pequeno número de itens para obter um quadro clínico suficientemente detalhado, o que torna a colheita de dados mais eficiente. Dois exemplos de escalas que usam o TRI são a Amsterdam Linear Disability scale e o instrumento interRAI Cuidados Agudos.

Amaral et al. (2014) referem o International Resident Assessment Instrument – Acute Care (InterRAI-AC) enquanto instrumento que se revela válido e fiável e passível de utilização para a obtenção de dados com diferentes fins, desde indicadores de qualidade a planeamento dos cuidados, passando pela base da evidência para a tomada de decisão, medição de resultados, entre outros, nos contextos de serviços de prestação de cuidados agudos. O InterRAI é um grupo de investigação internacional que desenvolve instrumentos de avaliação abrangente orientados para pessoas que necessitam de cuidados, sobretudo pessoas idosas (InterRAI, 2012 como referido por Amaral et al., 2014).

Existem hoje em dia 18 instrumentos InterRAI para avaliação de diferentes contextos de prestação de cuidados e o InterRAI-AC apresentado em 2006 foi desenvolvido para ser utilizado em meio hospitalar de cuidados agudos, onde os utentes com limitações funcionais das atividades pessoais (AVD e AIVD) poderão beneficiar de uma avaliação abrangente realizada por múltiplos especialistas (Gray et al., 2008 como referido por Amaral et al., 2014).

No que diz respeito ao doente com AVC, a DGS (2014) refere que a avaliação do estado clínico, funcional e socioeconómico de um doente com AVC deve ser realizada logo na admissão através da MIF, podendo graduar-se de ligeira ($MIF > 80$), moderada ($80 < MIF < 40$) e grave ($MIF < 40$).

Também o Índice NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) constitui uma escala de avaliação neurológica e permite avaliar a gravidade, o prognóstico e fazer uma previsão da probabilidade de recuperação do doente após o AVC e com isso determinar o nível de prestação de cuidados e intervenções necessárias. Um valor superior a dezasseis indica uma elevada probabilidade de morte ou grave incapacidade, enquanto um valor menor que seis aponta para uma boa recuperação. Já no que se refere às AVDs e AIVDs, o Índice de Barthel, a MIF e o Índice de Lawton são os mais utilizados em contexto português (Menoita et al., 2012).

Conscientes dos riscos do declínio funcional em pessoas hospitalizadas, compete aos profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, desenvolver estratégias que minimizem as complicações decorrentes do internamento, devendo ser a prevenção, a atitude prioritária com benefícios para todos, na tentativa de preservar a função, diminuir o tempo de internamento e consequentemente os custos, e preservação da qualidade de vida do doente.

3 – REABILITAÇÃO DO DOENTE COM AVC

Sendo o AVC uma das principais causas de incapacidade por doença neurológica, Marques (2007) refere que relativamente ao prognóstico funcional destes doentes, a reabilitação tem um papel fulcral na medida em que pode melhorar significativamente a capacidade funcional dos doentes com AVC.

Atualmente a reabilitação é identificada como uma componente muito importante no processo de saúde – doença e no cuidado social de pessoas com deficiência. Esta ênfase ocorre devido ao aumento do número de pessoas com patologias crónico – degenerativas e aquelas que sobrevivem a sequelas neurológicas, como o AVC, traumatismo crânio encefálico e lesão medular (Andrade, 2010).

O AVC é a segunda principal causa de morte e de incapacidade, que por norma deixa inúmeras sequelas físicas, mentais e sociais, restringindo a funcionalidade do indivíduo particularmente no que se refere à independência nas AVDs (OMS, 2009).

Pereira (2011) refere que o aparecimento súbito de uma dependência representa, quase sempre, uma rutura com o estilo de vida anterior, originando uma mudança inesperada, não planeada, com a qual a pessoa dependente tem de lidar e se adaptar.

A transição da pessoa associada à dependência no autocuidado tem implicações nas atividades da vida diárias, alterando, drasticamente, as rotinas e os hábitos de vida dos indivíduos. Implica, por isso, o desenvolvimento de processos adaptativos a uma nova condição de saúde, para os quais, as pessoas necessitam de ajuda para desenvolverem a capacidade de lidarem com os novos desafios, onde os enfermeiros se afiguram como um recurso de saúde indispensável (Petronilho, 2012).

Na verdade, uma transição, qualquer que seja, envolve processos de mudança que requerem ajustamento ou adaptação. Assim, ao experienciar novos conhecimentos ou ao vivenciar novas situações, existe um potencial de desajustamento, cabendo à Enfermagem, promover um ajustamento, ou adaptação do indivíduo e família à nova situação ou estado, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar (Petronilho, 2007 como referido por Pereira, 2011).

A teoria de Meleis foi desenvolvida através da revisão de literatura em enfermagem, cujo modelo é focalizado nos processos transacionais a que o ser humano está sujeito

durante todo o seu ciclo vital. Certos aspetos da vida de um indivíduo são afetados mais do que outros pela transição de uma certa experiência e, a extensão e intensidade desta influência podem variar ao longo do tempo (Meleis 2012, como referido por Pereira, 2011).

Durante a transição, o processo de adaptação a uma situação de dependência origina uma sensação de perda de autonomia, ocasionada pela alteração de uma função física, como também de um modo de vida. Neste sentido, apoiar o indivíduo durante o processo de transição, compreender os processos de transição e desenvolver intervenções que sejam eficazes para ajudar a recuperar a estabilidade, permitirá garantir e aumentar o bem-estar físico-psíquico-social, o autocuidado e a qualidade de vida das pessoas, promovendo-se simultaneamente, processos de transição adequados e saudáveis (Meleis & Trangenstein, 1994 como referido por Pereira, 2011).

Astrom et al., 1992 como referido por Martins 2006, verificaram que três meses após o AVC as pessoas apresentavam uma diminuição significativa das atividades recreativas e um ano após, muitas continuavam a não conseguir retomar atividades como coser, tricotar, fazer pequenas alterações domésticas.

Segundo Cancela (2008), a recuperação da pessoa com AVC segue uma curva ascendente entre os 3 e os 6 meses após o evento vascular, para alcançar cerca de 85% a 90% da recuperação possível entre os 12 e os 18 meses.

É uma realidade que envolve elevados custos económicos em cuidados de saúde para além dos custos humanos que não são passíveis de contabilização. Reduzir a sobrecarga que o AVC envolve requer muito investimento em políticas de prevenção e nos cuidados na fase aguda, bem como no investimento na reabilitação, uma vez que a maioria dos sobreviventes de AVC fica com sequelas. Neste contexto, a reabilitação torna-se necessária para minimizar essas sequelas, maximizar a qualidade de vida e promover a integração na sociedade, sendo imprescindível para a diminuição dos défices e aumento da funcionalidade dos doentes acometidos por AVC.

A reabilitação é um processo centrado no doente e orientada por objetivos, com início no dia após o AVC, tendo por finalidade a de melhorar a funcionalidade e alcançar o maior nível de independência possível, física e psicologicamente, mas, também social e economicamente (DGS, 2011), devendo ser estruturada de forma a fornecer o máximo de intensidade nos primeiros seis meses após AVC (National Stoke Foundation, 2010 como referido por DGS, 2011).

A reabilitação de doentes com AVC visa a recuperação precoce dos défices e a preparação para uma reintegração na vida em comunidade com o melhor resultado funcional possível, independência e qualidade de vida. A redução da taxa de mortalidade, do internamento hospitalar, da incapacidade funcional e das complicações pós lesão cerebral são algumas das principais metas a atingir com a colocação em prática de um programa de reabilitação (Pereira & Guedes, 2011).

Gonçalves (2012) refere que pós os cuidados imediatos e estando o doente clinicamente e neurologicamente estável, é importante a instituição de tratamento de reabilitação precoce, intensiva e repetitiva, de modo a que se potenciem os resultados ao máximo.

Para Menoita et al. (2012), os resultados da reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, com o objetivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar.

Mediante a panóplia de alterações clínicas que se manifestam após a instalação de um AVC e que provocam uma elevada taxa de incapacidade funcional motora, sensitiva e/ou cognitiva, a definição de um plano de reabilitação precoce que constitua uma mais-valia para a qualidade de vida da pessoa, assume extrema importância. Este programa deve contemplar instrumentos de medida que possibilitem uma avaliação mais fidedigna e criteriosa da evolução funcional do utente. Para Braga et al. (2006), nesta fase existe um grande potencial de recuperação, uma vez que a maioria dos neurónios estão lesados e não destruídos.

Desta forma, podem-se obter ganhos funcionais que são inerentes ao processo de recuperação espontânea, resultantes da redução do edema cerebral, absorção do tecido lesado e aumento do fluxo vascular local (Barbosa, 2012 como referido por Ferreira, 2014).

O grau de recuperação depende não só da localização e extensão do AVC, como também da qualidade do tratamento de reabilitação recebido no hospital e após a alta. A motivação do doente e da família e/ou cuidador é também um fator determinante na recuperação da funcionalidade. Uma família que estimula o doente, não o substituindo, está a ajudar na recuperação do mesmo (OMS, 2003).

Silva (2010) refere que muitas das complicações imediatas do AVC (trombose venosa profunda, úlceras de pressão, contratura, obstipação e pneumonia de aspiração) estão

relacionadas com a imobilidade, sendo a mobilização um componente fundamental da reabilitação precoce.

Assim, a mobilização deve iniciar-se o mais precoce possível depois do episódio de AVC. Logo que os doentes estejam estáveis, e com todos os exames realizados, e desde que não haja risco de recaída, a mobilização deve ser iniciada (Silva, 2013).

No estudo clínico (Shah, Vanclay e Cooper, 1990) sugere-se que a intervenção precoce leva a uma melhoria dos outcomes físicos e funcionais, assumindo que deve ser iniciada logo que a condição dos doentes o permita (Castro, 2013).

Com o objetivo de avaliar a associação entre a atividade precoce e o repouso com o resultado funcional após 3 meses após o AVC, a investigação de Askim, Salvesen e Indredavik (2014) a 106 doentes com AVC admitidos no Hospital Universitário de Trendheim (Noruega) evidenciou que o tempo no leito numa fase inicial está associado com mau prognóstico funcional 3 meses mais tarde, indicando que o repouso durante muito tempo na cama deve ser evitado na fase inicial após o AVC, uma vez que dificulta a recuperação funcional.

Por outro lado, sentado (na cama) diminui a incidência de complicações médicas (por exemplo, trombose venosa profunda), melhora a ventilação, as funções cognitivas e a comunicação. Também os doentes poderão deglutir melhor durante a alimentação aquando sentado. Portanto, estimular os doentes para se sentar, de preferência fora da cama, é importante. O estudo prospetivo de Cumming et al. (2011) vem reforçar o que foi dito anteriormente. Este estudo foi desenvolvido na Austrália, a 71 doentes (38 no grupo de mobilização precoce e 33 no grupo de tratamento padrão) durante 14 dias, tendo as mobilizações uma intensidade bi-diária. O grupo da mobilização precoce recebeu sessões de mobilização dentro das 24h após AVC, que consistia em ter o doente de pé fora da cama e sentado duas vezes por dia durante 14 dias. O objetivo era investigar se a atividade intensiva fora da cama após AVC reduz o tempo para deambular sem ajuda e melhora a recuperação funcional no desempenho das AVDs. Os autores concluíram que a mobilização precoce e intensiva após AVC acelera o retorno à posição ortostática sem ajuda e melhora a recuperação funcional do doente com AVC aos 3 meses.

Face ao exposto, a mobilização revela-se uma componente de especial importância na reabilitação precoce, contudo o momento ideal para iniciar a mobilização ainda não é claro.

Segundo Car e Shepard (2008) uma comparação entre dois grupos de doentes, um iniciando a reabilitação 3 dias após a admissão no hospital e outro iniciando a reabilitação de 4 a 15 dias mostrou que o grupo com a intervenção mais precoce teve alta mais cedo e obteve uma probabilidade maior de andar independentemente. Poderá dizer-se que a reabilitação está relacionada com menores custos sociais e económicos.

Segundo a ESO (2008), os resultados preliminares do estudo A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT) iniciado por Bernhardt, Dewey, Thrift & Donnan em 2004, onde a reabilitação é realizada nas primeiras 24 horas, sugerem que a terapia física imediata é bem tolerada sem se verificar um aumento de efeitos secundários.

O ensaio AVERT foi concebido para avaliar se a Reabilitação precoce e mais intensiva após AVC seria benéfica. Este estudo (Bernhardt et al., 2016) foi realizado a 2083 doentes com AVC admitidos em hospitais, iniciando a mobilização dentro de 24 horas e sendo acompanhados por um período de 3 meses. Os autores descobriram que, embora mantendo o tempo e a duração de mobilização total para a primeira mobilização constante, o aumento da frequência diária de sessões fora do leito melhorou significativamente as probabilidades de resultados favoráveis. Em contraste, o aumento da quantidade (minutos por dia) de mobilização reduziu as probabilidades de um bom resultado.

Por outro lado, Sundseth, Thommessen e Ronning (2012) pretendem definir o tempo ideal para a mobilização, uma vez que ainda permanece desconhecido, os autores acham pertinente esclarecer se todos os doentes com AVC devem ser mobilizados imediatamente após o internamento ou se devem ser imobilizados 24 a 48h após AVC. Para tal, realizaram uma investigação através de um estudo prospetivo, randomizado a 56 doentes (27 pertencentes ao grupo de mobilização precoce e 29 ao grupo de controle) no Hospital da Noruega em que no grupo de mobilização precoce, esta era iniciada dentro de 24 horas após o doente ser admitido no serviço, enquanto no grupo de controle a mobilização iniciou-se entre as 24-48 horas. Estes autores identificaram uma tendência para um mau resultado, da taxa de mortalidade e da dependência entre os doentes mobilizados nas primeiras 24 horas comparativamente aos doentes mobilizados entre as 24-48 horas.

Em 2014, os mesmos autores realizaram um estudo semelhante com o objetivo de investigar se a reabilitação precoce com ênfase na mobilização podem contribuir para melhorar os resultados funcionais do doente após AVC. Os autores neste estudo compararam a mobilização dentro das primeiras 24 horas do AVC (a 27 doentes) e a

mobilização entre as 24 e as 48 horas após AVC (a 25 doentes), com os resultados ao fim de 3 meses após AVC e chegaram à conclusão que nenhuma das variáveis apresenta associação significativa com bons resultados funcionais 3 meses após AVC.

Silva, Nascimento e Brito (2013) defendem que o momento ideal para iniciar a reabilitação é 24 ou até 72 horas, porém fatores como a estabilidade clínica, o lado da lesão, a motivação, colaboração da pessoa, adequação e capacidade de aprender devem ser tidos em conta.

Sendo a reabilitação funcional do doente um dos requisitos básicos no tratamento pós AVC (Fontes, 2000; Pimm, 1997; Ramires, 1997 como referido por Martins, 2006), o programa de reabilitação para estes autores deverá iniciar-se 48 a 72 horas após o AVC, atuando simultaneamente na prevenção de complicações respiratórias, mobilização dos membros, no treino do equilíbrio do tronco, da alimentação e estimulação cognitiva.

Um outro aspeto que permanece desconhecido tem a ver com a intensidade da reabilitação que cada pessoa deve receber diariamente em contexto hospitalar. Numa tentativa de padronizar os cuidados de reabilitação ao doente após um AVC, muitas organizações nacionais fizeram compilações de diretrizes e em que algumas delas incluíram padrões mínimos de fornecimento de reabilitação que varia de 45 minutos a 1 hora diária. (Andersen et al., 1994; National Stroke Foundation, 2010; Royal College of Physicians, 2008 como referido por Teasell, 2013).

Apesar de a intensidade da reabilitação não estar ainda claramente definida, verificou-se uma associação entre o aumento da intensidade da reabilitação, especialmente do tempo despendido a treinar as AVDs e a melhoria dos resultados funcionais (Silva, 2010).

Kinoshita et al. (2017), num estudo recente efetuado nos Hospitais do Japão a 3072 doentes com AVC em que o objetivo foi averiguar se o resultado funcional dos doentes que recebem 7 dias de reabilitação é superior ao dos doentes que se submetem a 5 ou 6 dias de reabilitação, demonstrou que a reabilitação realizada durante 7 dias por semana a doentes com AVC agudo pode levar a melhores resultados na recuperação funcional.

Uma revisão sistemática de Peiris, Taylor e Shields (2011) em que o objetivo foi avaliar se a reabilitação extra melhora os resultados funcionais dos doentes e reduz a duração do internamento demonstrou existirem alterações estatisticamente significativas na redução do tempo de permanência hospitalar, bem como no aumento

da capacidade de marcha, atividade física e qualidade de vida dos doentes com AVC. Segundo os mesmos autores, 19 minutos por dia a mais de reabilitação são necessários para alcançar esses benefícios.

Um estudo randomizado controlado de 32 doentes com AVC foram divididos aleatoriamente em três grupos: grupo A (n=11), grupo B (n=10) e grupo C (n=11). Cada membro superior pertencente ao doente do grupo recebeu reabilitação durante 1 hora, 2 horas e 3 horas por dia, respetivamente, 5 dias por semana por um período de seis semanas. A função motora foi avaliada através da avaliação de Fugl-Meyer e Índice de Barthel. Após seis semanas de tratamento, não existiam diferenças significativas do Índice de Barthel entre os grupos, mas as avaliações de Fugl-Meyer foram mais significativas no grupo C do que no grupo A, permitindo concluir aos autores que um aumento na intensidade da reabilitação no membro superior pode melhorar a função motora do membro superior após AVC (Han et al., 2013).

Numa revisão sistemática de Schneider et al. (2016) cujo objetivo foi indagar se o aumento da intensidade da reabilitação melhora a atividade funcional em doentes com AVC e quantificar essa reabilitação para ter efeito benéfico, os autores forneceram evidências de que o aumento da intensidade da reabilitação destinada a reduzir as limitações funcionais dos membros afetados, adicionado à reabilitação normal, melhora a atividade funcional após o AVC. Além disso, este estudo mostra que a quantidade de reabilitação extra que necessita de ser fornecida para obter um efeito benéfico é na ordem dos 240%, isto é, se o treino de marcha do programa de reabilitação normal corresponder a 15 minutos, serão necessários mais de 30 minutos (200%) para obter um efeito benéfico.

Com o objetivo de avaliar a associação entre a intensidade da reabilitação recebida durante a fase aguda e o risco de readmissão hospitalar em 30 dias e em 90 dias, Andrews, Li e Freburger (2015) realizaram uma análise de coorte retrospectivo entre 2009 e 2010 envolvendo 64065 doentes com AVC nos hospitais de Flórida e Arkansas, sujeitas a diversos níveis de intensidade de reabilitação, baixa, média-baixa, média-alta e alta. Os autores chegaram à conclusão que aqueles que receberam reabilitação de intensidade superior tinham um risco diminuído de readmissão ao hospital comparativamente com aqueles que receberam reabilitação de baixa intensidade.

Kwakkel et al. (2004) apresentaram uma revisão sistemática em que aborda os efeitos da intensidade do tempo de reabilitação em AVDs onde concluíram que aumentando o tempo da reabilitação nos primeiros 6 meses após o AVC, existe um efeito benéfico

pequeno, mas favorável na realização das AVDs, bem como em algumas AIVDs (tarefas domésticas e atividades de lazer), particularmente se a reabilitação intensiva corresponder a um aumento de mais 16 horas e for fornecida nos primeiros 6 meses após o AVC.

Para que o processo de reabilitação seja eficaz, o profissional de saúde não se deve prender ao programa de reabilitação inicial, uma vez que, com o passar do tempo, com a recuperação de funções neurológicas e a estabilidade clínica, é necessário adaptar os objetivos funcionais ao potencial do doente, que com uma evolução favorável se tornará mais tolerante ao programa de reabilitação.

O programa de reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades do doente, a relação dos transtornos com o ambiente, a definição de objetivos de reabilitação, planeamento, implantação de medidas, além da mensuração dos seus efeitos (World Health Organization, 2011 como referido por Ferreira, 2014).

O sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC depende de uma série de rotinas de exercícios, que devem ser de crescimento lento, repetitivo e persistente e que não devem evoluir para além da capacidade individual da pessoa (Branco & Santos, 2010).

3.1– INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NAS ALTERAÇÕES FUNCIONAIS DO DOENTE COM AVC

A Enfermagem de Reabilitação é a área de intervenção que promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal (OE, 2011). De igual forma, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação devem ser dirigidos à Pessoa em todas as fases do ciclo vital, tendo como finalidades a promoção da saúde através de estratégias que previnam os riscos de alteração da funcionalidade e consequentemente incapacidades ou limitações da atividade, a promoção da readaptação e a promoção da capacidade para o autocuidado da pessoa portadora de deficiência ou com necessidades especiais (OE, 2011).

Apesar de as manifestações clínicas serem as mais diversificadas e de a incapacidade funcional maior ou menor que o doente adquire após o AVC, irá exigir sempre por parte do EER o equacionar imediato de um programa de Reabilitação.

Assim, importa focalizarmos a nossa atenção naquelas que são as alterações mais frequentes e clarificar a atuação do EER em cada um dessas alterações.

3.1.1 – Alterações da Mobilidade

Horn et al., 2003 como referido por Menoita et al., 2012, referem que decorrente do AVC, a hemiparésia ou a hemiplegia é a principal causa de incapacidade grave na sociedade atual.

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

Relativamente às alterações da força muscular, Leal 2001 como referido por Menoita et al. (2012), refere que a hemiplegia é caracterizada por uma paralisia do hemicorpo direito ou esquerdo, contra lateral ao lado da lesão cerebral, enquanto a hemiparésia é caracterizada por uma diminuição da força e da sensibilidade do hemicorpo contra lateral ao lado da lesão.

Silva (2010) refere que logo após um AVC, o hemicorpo afetado apresenta hipotonia, isto é, o tônus é muito baixo para iniciar qualquer movimento, não apresenta resistência ao movimento passivo e o indivíduo não consegue manter o membro em nenhuma posição, principalmente durante as primeiras semanas. É frequente nestes casos, com o passar do tempo, a substituição de um quadro de hipotonia por hipertonia, em que há um aumento da resistência ao movimento passivo.

A distribuição inadequada do tônus é variável, sendo habitualmente mais intensa em padrões que envolvem os músculos anti gravíticos do hemicorpo afetado, isto é, os flexores do membro superior e os extensores do membro inferior. Esta postura recebe a denominação de atitude de Wernicke-Mann (DGS, 2010; Marques, 2007; Menoita, 2012) com alteração postural de acordo com o grau de espasticidade, podendo a pessoa apresentar o seguinte padrão espástico: Inclinação lateral da cabeça para o lado lesado e rotação para o lado são; Retração do ombro com depressão e rotação interna da escapulo-umeral; Flexão do cotovelo com pronação do antebraço; Flexão do punho e dedos com adução destes; Flexão lateral do tronco para o lado lesado; Rotação externa e extensão da coxofemoral; extensão do joelho e flexão plantar da tibiotársica e inversão do pé (Idem).

A espasticidade geralmente é vista dias a semanas após um AVC e é caracterizada, segundo Teasell (2013) por resistência dependente da velocidade aos movimentos passivos nos músculos afetados em repouso e tende a surgir dos segmentos distais para os proximais (DGS, 2010).

As reações posturais automáticas não funcionam no hemicorpo afetado, impedindo a pessoa de realizar uma variedade de padrões normais de postura e movimento como o rolar, sentar, verticalização, a marcha e as AVDs (Menoita et al., 2012).

Os autores referem que atendendo às alterações da mobilidade decorrentes do AVC, os objetivos da Reabilitação são o de evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado afetado.

No sentido de atingir estes objetivos, Menoita et al. (2012) referem que o enfermeiro de reabilitação deve recorrer a diversas técnicas e/ou estratégias, de acordo com a situação da pessoa. Essas atividades são: a facilitação cruzada; a indução de restrições; os posicionamentos em padrão anti-espástico; a estimulação sensorial; o programa de mobilizações, as atividades terapêuticas, os exercícios de equilíbrio, as transferências, o treino de marcha controlada e o treino das AVDs). De seguida iremos descrever sucintamente cada uma delas.

Facilitação cruzada

Consiste em trabalhar sobre o lado não afetado do corpo para além da linha media, por forma a iniciarem-se as atividades de recuperação bilateral que assumem grande importância na inibição da espasticidade e a compreensão do novo esquema corporal (DGS, 2010; Martins, 2002).

Os objetivos da facilitação cruzada são, de acordo com Branco e Santos (2010) e Menoita et al. (2012) os seguintes: reeducar o reflexo postural do lado afetado, estimular a sensibilidade postural, reintegrar o esquema corporal, facilitar o autocuidado, iniciar as atividades bilaterais e preparar para o levante.

Neste sentido, a pessoa deve ser abordada e tocada pelo lado afetado, criando um estímulo sistemático, da mesma forma que a disposição dos objetos pessoais deve estar de forma a permitir que a pessoa receba o máximo de estímulos pelo lado afetado (Branco & Santos, 2010; Martins, 2002).

Indução de Restrições

Outra técnica utilizada na Reabilitação baseada no conceito de plasticidade dependente do uso é a terapia de restrição e indução ao movimento (TRIM). Tem como objetivo a redução dos deficits funcionais na extremidade superior mais afetada

nos doentes com AVC e consiste na restrição motora da mão/braço não afetados e aumento do uso da mão/braço afetados (Teasell, 2010).

Torna-se importante, orientar a pessoa a não compensar com o seu lado são, uma vez que este pode aumentar a espasticidade e diminuir o estímulo relativo ao lado afetado (Martins, 2006; Menoita et al., 2012).

Um estudo nos Estados Unidos (Wolf, Thompson, Morris et al., 2005) em que estiveram envolvidas 222 pessoas com incapacidade moderada 3 a 9 meses após um AVC durante 3 anos, foram sujeitas a 6h de tratamento, 5 dias por semana durante 2 semanas e reavaliados ao fim de 24 meses. Aos 12 meses, essas pessoas comparadas com as pessoas do grupo de controle que receberam cuidados usuais obtiveram scores mais altos no teste de função motora de Wolf e no Motor Activity Log (Teasell, 2013).

Posicionamentos em padrão anti espástico

Apesar de não ser possível a redução do padrão espástico na sua totalidade, Menoita et al. (2012) defendem ser possível a redução do seu desenvolvimento através do correto posicionamento da pessoa na fase aguda. Desta forma, tendo em conta a postura de Wernicke-Mann, o posicionamento adequado e a sua alternância de decúbitos em padrão anti-espástico torna-se fundamental para prevenir contrações músculo esqueléticas, integrar o esquema corporal bem como a alternância do campo visual e proporcionar conforto e bem-estar.

Branco e Santos (2010) referem que o posicionamento em padrão anti-espástico é caracterizado pelo alinhamento da cabeça com o corpo, protração do ombro, extensão do cotovelo com supinação do antebraço, extensão do punho e dedo, com abdução destes, extensão do tronco, rotação interna e flexão da coxofemoral, flexão do joelho e dorsiflexão da tibiotársica com eversão do pé.

Programa de mobilizações

A realização de exercícios de mobilização dos membros afetados permite prevenir ou diminuir as anquiloses intrínsecas às articulações, estimular a circulação de retorno, evitar o aparecimento de aderências e contraturas, diminuir os níveis de espasticidade (Margato, 2006).

De acordo com Branco e Santos (2010) e DGS (2010), o EER ao realizar um programa de mobilizações no doente com AVC deverá executar os movimentos de

forma suave e firme sem nunca ultrapassar o limiar da dor e da fadiga do doente, mobilizar os membros do sentido distal para o proximal respeitando a amplitude articular existente ou mantê-la dentro dos limites normais.

Para obtenção de uma maior eficácia, Branco e Santos (2010) defendem a execução bi-diária do programa com uma repetição mínima de 10 vezes cada movimento.

Atividades Terapêuticas

Na pessoa com hemiplegia o controlo do seu sistema neuromuscular não existe, por lesão do seu mecanismo reflexo, tornando-a incapaz de iniciar o movimento a partir do seu lado hemiplégico. Torna-se assim necessário a reeducação do seu movimento postural através de um conjunto de respostas motoras automáticas que são adquiridas na infância, como o rolar, sentar, manter a posição ortostática e a marcha (Menoita et al., 2012).

Os mesmos autores referem que a direção do movimento voluntário corresponde no sentido do proximal para o distal, devendo o controlo dos movimentos do tronco superior, ombro, tronco inferior e articulação coxofemoral a serem restabelecidos.

A última etapa da Reabilitação compreende o exercício da mão, onde a aquisição dos movimentos finos de pinça e preensão só poderão ser restabelecidos quando os movimentos do ombro e do cotovelo forem adquiridos e a mão estiver liberta do padrão espástico (OMS, 2003 como referido por Menoita et al., 2012).

Rolar

O rolar para o lado são e para o lado afetado na cama assume grande importância, uma vez que ao realizar esta atividade terapêutica estão a ser utilizados os músculos do tronco, iniciando desta forma o movimento voluntário que a levará de volta à vida ativa (Menoita et al., 2012).

Segundo Branco e Santos (2010) e a DGS (2010) o rolar permite que a pessoa tome consciência de ambos os hemicorpos, iniba a espasticidade e a iniciar os movimentos ativos dos membros. Para além de a pessoa adquirir uma independência maior na cama, o rolar permite estimular a sensibilidade postural.

Ponte

Este exercício tem como objetivos inibir o padrão espástico do membro inferior da bacia, prevenir a rotação externa do membro inferior, facilitar a elevação da bacia,

estimular a sensibilidade postural, ativar a musculatura do tronco do lado afetado e fortalecer a musculatura para assumir a posição ortostática (DGS, 2010).

Menoita et al. (2012) sugere o exercício da rotação controlada da articulação coxofemoral como alternativa ao exercício da ponte, permitindo o controlo precoce dessa articulação e na preparação da pessoa para o ortostatismo.

Auto-Mobilização

O exercício da auto-mobilização, tal como o nome indica, é feito pela própria pessoa na posição de deitada ou sentada e tem como finalidade a manutenção do membro superior em padrão anti-espástico e ajudar a pessoa a tomar consciência da mão afetada no esquema corporal (Branco & Santos, 2010).

Carga no cotovelo

Esta técnica tem como objetivos aumentar o campo de visão da pessoa, estimular a sensibilidade propriocetiva, preparar a pessoa para a posição de sentada, reeducar o equilíbrio, reintegrar o esquema corporal, estimular os reflexos cervicais, controlar o movimento da cabeça e estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado (Branco & Santos, 2010; Menoita et al., 2012).

Segundo Branco e Santos (2010), a pessoa inicialmente posicionada em decúbito dorsal e com os membros superiores em extensão ao longo do corpo e abdução a 45°, apoia-se e faz carga sobre o cotovelo afetado. Com o auxílio do EER, que fixa a mão e o antebraço afetados, a pessoa apoia-se sobre o cotovelo do lado afetado e levanta-se.

Levante e Transferência

Uma transferência é um padrão de movimento pelo qual se move uma pessoa de uma superfície para outra. A pessoa pode transferir-se, entre outras, da cama para a cadeira, da cadeira para a cama, da cama para a sanita e vice-versa (OE, 2013).

A técnica de transferência pode ser realizada segundo Branco e Santos (2010) pelo lado sã ou pelo lado lesado, consoante o EER use a técnica Americana ou a técnica de Margareth Johnstone respetivamente.

A escolha do método de transferência prende-se com múltiplos fatores, nomeadamente com o tamanho e peso, capacidade em compreender, vontade em colaborar (OE, 2013).

Exercícios de Equilíbrio Corporal

A dificuldade no equilíbrio repercute-se na realização das AVDs com segurança e em viver de forma independente (Winstein et al., 2016).

O treino do equilíbrio tem segundo Branco e Santos (2010) por objetivos reeducar o equilíbrio, estimular os reflexos cervicais, preparar para a marcha, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado, promover a autonomia e a satisfação da pessoa.

Quando a situação clínica do doente for favorável ao levantar, iniciam-se os exercícios que têm por objetivo reeducar o equilíbrio na posição de sentada, estático e dinâmico (Menoita et al., 2012).

Os mesmos autores salientam que os exercícios de equilíbrio estático sentado implicam que a pessoa esteja sentada na cama, mantendo as mãos de lado de forma a suportar o peso do tronco e mantendo-se em equilíbrio. Para treinar o equilíbrio dinâmico sentado o EER pode induzir um ligeiro balanço no tronco da pessoa, de forma a compensar o movimento.

Treino de Marcha

A marcha é a meta funcional dos doentes com AVC e tem como objetivos principais a reaquisição do padrão automático perdido e a promoção da independência a nível da locomoção e segurança (Menoita et al., 2012). Baer et al., como referido por Moita 2006, referem que de 50% a 80% dos utentes recuperam a capacidade para andar depois de sofrerem a lesão, ainda que parcialmente.

Segundo a OE (2013) é importante que se definam metas realistas antes de iniciar a marcha, como avaliar a segurança do ambiente (eliminando possíveis obstáculos) e definir pontos de repouso, em caso de necessidade. Se a pessoa não apresentar bom equilíbrio estático de pé, deve ser considerado se será o melhor timing para iniciar a deambulação.

Numa fase inicial a marcha deve ser assistida pelo EER que ao colocar as mãos sobre a anca da pessoa assegura suporte pélvico, coloca-se do lado afetado da pessoa e com a sua mão mantém o membro superior da pessoa em rotação externa, o punho em extensão e os dedos em abdução (Johnstone, 1987 como referido por Menoita et al., 2012).

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

Em determinadas situações surge a necessidade de recorrer à utilização de auxiliares de marcha (andador, bengala, tripé) com o objetivo de atingir um maior equilíbrio, aumentar a base de sustentação, diminuir a carga sobre o membro afetado e auxiliar a aceleração ou desaceleração durante a marcha (Branco & Santos, 2010; DGS, 2010), sendo o doente acompanhado pelo EER que vigia todas as alterações ocorridas, adaptando a necessidade de produtos de apoio a cada dia, de acordo com a evolução apresentada pelo doente (OE, 2011). É fundamental não esquecer que os mesmos devem ser selecionados com base na situação clínica, na idade e no grau de dependência (OE, 2013).

O princípio da deambulação é igual para qualquer um dos auxiliares de marcha, sendo que a pessoa estando de pé segura no auxiliar de marcha com a mão do lado não afetado. Posteriormente avança o auxiliar de marcha cerca de 10 a 15 centímetros, avança a perna afetada até este e por último a outra perna. A pessoa repete este padrão até percorrer a distância pretendida (Branco & Santos, 2010).

3.1.2 – Alteração da Motricidade Facial: Parésia Facial Central

A pessoa com parésia facial perde a possibilidade da comunicação não-verbal, isto é, das informações fornecidas à pessoa que apenas as palavras expressas oralmente não são capazes de transmitir. Ocorre interrupção da informação motora para a musculatura facial, estando o nervo facial afetado (Menoita et al., 2012).

Os sinais da parésia facial central, segundo os mesmos autores, são o comprometimento motor no quadrante inferior facial contralateral à lesão cerebral, apagamento do sulco nasogeniano, desvio da comissura labial para o lado menos afetado.

Neste sentido, o EER pode instruir e treinar a pessoa para a realização da massagem facial, bem como na reeducação muscular facial. A massagem estimula os recetores propriocetivos, preservando o esquema corporal da face e o seu efeito circulatório eleva o metabolismo celular e retarda a atrofia muscular (Menoita et al., 2012).

Para a reeducação dos músculos da face é importante que o doente para além de estar concentrado e em frente ao espelho esteja preferencialmente na posição de sentado. Este tipo de programa deve ser feito duas vezes por dia, não ultrapassando

os 15 minutos numa fase inicial (Menoita et al., 2012). O programa é composto por diversos exercícios, com objetivos diferentes, entre os quais:

- Elevar as sobrancelhas – Pretende reforçar o músculo frontal;
- Enrugar a testa – Reforça o musculo supraciliar;
- Sorrir – Este exercício reforça o músculo risorius. Pede-se ao doente que sorria sem mostrar os dentes;
- Mostrar os dentes – Reforça os músculos quadrado do mento e risorius;
- Fechar os olhos abruptamente – Pede-se ao doente que tente fechar os olhos com força com o objetivo de reforçar músculos supraciliar e orbicular das pálpebras;
- Assobiar e encher a boca de ar – O objetivo destes exercícios é reforçar os músculos bucinador, orbicular dos lábios e quadrado do mento;
- Depressão do lábio inferior – Pede-se ao doente que tente puxar o lábio inferior para baixo com o objetivo de reforçar os músculos quadrado do mento e orbicular dos lábios.

3.1.3 - Alterações Sensoriais

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

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

No que diz respeito à diminuição e/ou abolição da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa), a autora esclarece que esta contribui para o aparecimento de disfunções percetivas tais como as alterações da imagem corporal e a negligência unilateral. Já a diminuição da sensibilidade proprioceptiva (postural e vibratória) contribui para a perda da capacidade para executar movimentos eficientes e controlados, para a diminuição da sensação e noção de posição e de movimento, impedindo e/ou diminuindo novas aprendizagens motoras no hemisfério afetado.

Assim, a DGS (2010) salienta como atuações recomendadas que o EER auxilie o doente a compreender o seu défice de perceção através do reforço da consciência proprioceptiva do lado afetado (incentivar o doente a olhar, agarrar com a mão não

afetada). O EER deve instruir o doente a rodar a cabeça para além da linha média de forma a visualizar o ambiente do lado afetado, a usar o espelho, (de preferência de corpo inteiro) para o auxiliar na postura e no equilíbrio, a utilizar o toque, estimulação tátil e térmica para reintroduzir o braço e/ou perna afetados no esquema corporal.

Marques (2007) refere que os distúrbios visuais interferem com a capacidade do doente para reaprender as capacidades motoras, podendo a perceção visual dos planos horizontal e vertical estar comprometida, causando perturbações na postura e na marcha.

Nas situações em que o doente apresente um défice visual, o EER deve estimular o doente sempre do lado afetado, falar ou executar todas as atividades desse mesmo lado, colocar os objetos pessoais, inclusive a mesa-de-cabeceira e estimular a facilitação cruzada. (DGS, 2010; Marques, 2007). Deve ainda instruir e treinar o doente a rodar a cabeça no sentido da disfunção, permitindo “varrer” visualmente o meio que o rodeia de forma a compensar a perda (DGS, 2010).

Em caso de diplopia, o EER deve instruir/treinar o doente a realizar movimentos oculares no sentido em que surge a diplopia para ajudar a reabilitar esses movimentos e na aplicação de um penso ocular alternando a sua posição, de forma a aliviar o doente da visão dupla (DGS, 2010).

3.1.4 – Alterações da Comunicação

Os problemas de comunicação, como as afasias e as disartrias, são consideradas, a par das alterações motoras, dos problemas mais complexos e limitantes do doente com AVC (Wade 1986 como referido por Branco & Santos, 2010).

A afasia é uma das consequências mais comuns do AVC e geralmente é descrita como um comprometimento da linguagem como resultado da lesão cerebral focal ao hemisfério cerebral dominante da linguagem (Teasell, 2013).

Existem diversos tipos de afasias e a sua classificação depende do desempenho do doente na fluência do discurso, nomeação de objetos, repetição de palavras e na compreensão de ordens (Branco & Santos, 2010).

Leal (2001) e Menoita et al. (2012) referem que na afasia de Broca ou afasia motora, o doente perde a capacidade de traduzir o seu pensamento em palavras apesar de compreender tudo o que lhe é transmitido, fazendo pausas para procurar a palavra certa (anomia). É frequente usar estereotípias verbais, ou seja, repete a mesma

palavra/som ou frase recorrendo a formas de discurso automático e a palavras de conteúdo emocional.

A afasia sensorial ou também denominada de Wernicke é caracterizada, segundo os mesmos autores pela fluência do discurso, espontâneo e abundante, mas com perda parcial ou global da capacidade de compreender a palavra falada ou escrita. O doente com este tipo de afasia tem dificuldade ou incapacidade em executar ordens e em interpretar um enunciado escrito, leva um tempo maior do que o normal para emitir respostas e apresenta confusão durante uma conversa que envolva a fala de várias pessoas ao mesmo tempo.

Na afasia global, a pessoa não consegue nem ler, nem escrever e limita-se a compreender algumas palavras (Menoita et al., 2012).

Parente et al., 2007 como referido por Menoita et al., 2012, salientam os objetivos da Reabilitação são o de facilitar a capacidade de compreensão e expressão do doente, bem como reduzir a frustração deste relacionado com a incapacidade de comunicar.

Desta forma, DGS (2010), Leal (2001) e Menoita et al. (2012) esclarecem que o EER deve usar técnicas que aumentem a capacidade de expressão verbal (como permitir tempo ao doente para se expressar; repetir a mensagem transmitida em voz alta; não valorizar a pronuncia imperfeita; ignorar erros; não interromper e fornecer palavras apenas ocasionalmente), ensinar ao doente técnicas que ajudem a melhorar o discurso (incentivá-lo a expressar-se calma e claramente, encorajá-lo a utilizar frases curtas, incentivá-lo a escrever mensagens ou a fazer um desenho), identificar junto do doente fatores que promovam a compreensão (falar pausadamente, não aumentar tom de voz, demonstrar comportamento verbal compatível com o não verbal, fazer pergunta de cada vez e aguardar pela resposta), reconhecer as frustrações do doente (permitir que chore, permitir outras formas alternativas de expressão como o cantar, desenhar) e orientar os familiares para as formas alternativas de comunicação explicando o motivo das reações do doente para com eles.

Weinstein et al. (2016) referem que cerca de 20% dos doentes com AVC apresentam disartria e salientam a ausência de consenso no que concerne à quantidade ideal, frequência e tempo de tratamento.

A disartria, segundo a DGS (2010) consiste na dificuldade da articulação das palavras, resultante da falta de força, alteração do tónus muscular ou coordenação muscular dos músculos do aparelho fonador.

Desta forma, os objetivos centrais da reabilitação a um doente disártrico direcionam-se para o controlo da respiração, o aumento da força da musculatura oral e a melhoria da qualidade da voz e da articulação das palavras (Menoita et al., 2012).

De acordo com os autores, as estratégias passam pelo recurso a técnicas terapêuticas como reflexo de fonação (tosse, riso), a terapia fisiológica (através da adução laríngea, utilizando o bocejo, suspiro), a reeducação da musculatura facial e as técnicas que ajudam a melhorar o discurso já anteriormente referidas por nós quando foi abordada a afasia.

3.1.5 – Alteração da Deglutição

A dificuldade na deglutição devido à alteração da coordenação neuromuscular denomina-se por disfagia e manifesta-se pela dificuldade em o doente deglutir líquidos e/ou sólidos, pelo armazenamento de conteúdo alimentar na parte posterior da cavidade oral e por acessos de tosse após tentativa de deglutição, apresentando o doente voz rouca ou alterada (Branco & Santos, 2010).

Weinstein et al. (2016) referem que 42% a 67% dos doentes apresentam disfagia ao fim de 3 dias após o AVC, desenvolvendo pneumonia em cerca de um terço deles por aspirações “silenciosas” que clinicamente não são evidentes.

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

Segundo a ESO (2008), a disfagia orofaríngea ocorre em até 50% dos doentes com AVC hemiplégico unilateral, sendo a prevalência da disfagia mais elevada na fase aguda do AVC e declina para 15% aos 3 meses.

Monteiro 2010, como referido por Pires, 2012, refere que perante um doente disfágico, é adequado posicioná-lo em fowler e administrar uma pequena quantidade de água estéril, utilizando uma colher por três vezes e, se o doente deglutir, administram-se 50 mililitros (ml) de água estéril num copo pequeno.

Estudos observacionais (Lakshminarayan et al., 2010) sugerem que a avaliação da disfagia no doente com AVC reduz o risco de pneumonia (Winstein et al, 2016).

Se a pessoa tiver parésia ou plegia facial ou da língua, a colocação correta da colher é no lado menos afetado e não na linha média. Posteriormente empurra-se com a colher a língua para baixo. Deve-se confirmar se os lábios estão fechados (caso contrário a deglutição não se processa) e por último ajuda-se na progressão dos alimentos na mastigação, colocando os dedos na face e fazendo movimentos circulares (Menoita et al., 2012).

Se o EER identifica que o doente apresenta disfagia, deve iniciar a alimentação com dieta pastosa (purés, iogurtes e geleias) e evitar alimentos com pequenas partículas como o arroz e massa. Durante a administração da alimentação deve fletir o pescoço (permite o estreitamento da via aérea) ou roda-lo para o lado não afetado para facilitar a deglutição, dar uma quantidade pequena de alimentos de cada vez com a ajuda de uma colher rasa e de metal. Nestas situações deve ser privilegiada a água com espessante. Para os doentes com disfagia persistente, as opções para nutrição entérica incluem alimentação por sonda nasogástrica (SNG) ou por gastrostomia percutânea endoscópica (PEG) (Pires, 2012).

A eficácia da Reabilitação em situações de disfagia orofaríngea depende da elaboração de um programa terapêutico com o objetivo de melhorar a dinâmica da deglutição através da melhoria do tônus muscular, estimulação das vias aferentes para um reflexo eficaz e da precisão e funcionalidade das partes moles envolvidas no processo de deglutição (Menoita et al., 2012).

Desta forma, o EER pode realizar um programa baseado em exercícios que permitam segundo Furkim, 1997 como referido por Menoita et al., 2012, aumentar a resistência muscular, melhorar o controlo do bolo alimentar dentro da cavidade oral, aumentar a mobilidade laríngea, aumentar a adução dos tecidos no topo da via aérea. São eles:

- Exercícios de resistência muscular da língua – Lateralizar, protruir, retrain a língua; elevar a língua ao palato duro; empurrar as bochechas com a ponta da língua.
- Exercícios de resistência muscular para palato mole – Soprar, sugar, emitir sons como “aaa, ããã”.
- Exercícios de deglutição incompleta sonorizada – Ao iniciar a deglutição emitir sons sonoros (“bam, bem, bim”...).
- Exercícios de mobilidade laríngea – Bocejar, emitir sons graves e agudos intercalados, emitir “uuuuuhh” com a língua retraída.

Para além destes exercícios, Menoita et al. (2012) salientam as seguintes manobras compensatórias da via aérea:

- Deglutição supra glótica – Consiste em pedir à pessoa que expire fundo, sustenha a respiração e introduza o alimento, engolindo ainda com a respiração sustida. Esta manobra reduz a probabilidade de aspiração antes, durante e após a deglutição por encerramento glótico antes e durante a deglutição.
- Double Swallow – O EER pede para deglutir duas vezes seguidas, ajudando na organização dos movimentos para a deglutição.
- Hard Swallow – Esta manobra está indicada para a pessoa que tem com alterações na proteção da via aérea, pedindo para deglutir com vigor.
- Lip Pursing – Indicada nos casos de hipotonia labial e/ou alteração no controlo do bolo alimentar dentro da cavidade oral. A pessoa deve manter os lábios fechados com a ajuda da mão.
- Masuko – A pessoa deglute com a língua entre os dentes, ajudando a manter a constrição das paredes laterais e posteriores da faringe favorecendo deste modo a sua propulsão.
- Mendelsohn – Esta manobra permite elevar a laringe no momento da deglutição, aumentando a abertura do esfíncter esofágico superior e consiste em colocar o polegar e indicador na laringe, elevando-a e segurando-a aquando a deglutição.

Para Trevers como referido por Pires, 2012, é importante que o EER aumente a sua compreensão para a disfagia pós-AVC, uma vez que são eles os primeiros a observar os seus sinais e sintomas. Uma maior sensibilização para a disfagia e suas complicações ajuda no diagnóstico precoce, na implementação de intervenções compensatórias e educação dos utentes e seus familiares.

3.1.6 – Alterações da eliminação urinária e intestinal

Após o AVC é frequente surgir a incontinência urinária, particularmente nos doentes mais idosos, mais incapacitados e com maior deterioração cognitiva. Estimativas recentes sugerem uma prevalência de 40-60% numa população com AVC agudo, dos quais 25% permanecem incontinentes na altura da alta e 15% permanecem incontinentes ao fim de um ano (Winstein et al., 2016).

Branco e Santos (2010) salientam que é frequente o doente apresentar bexiga neurogénica desinibida caracterizada por uma capacidade vesical normal ou diminuída com consequentemente ausência do controlo voluntário da micção. O reflexo da micção está intacto e o doente refere quase sempre urgência, polaquiúria e noctúria (Hoeman, 1996 como referido por Menoita et al., 2012).

Numa fase inicial o doente pode não conseguir urinar e entrar em retenção urinária por supressão do tónus dos músculos da bexiga, sendo necessário o recurso à algaliação (Branco & Santos, 2010) durante 24h. A recomendação para remover cateteres urinários dentro de 24h baseia-se no Center for Disease Control and Prevention (CDC) de forma a prevenir infeções do trato urinário associadas à introdução de cateteres urinários no doente com AVC (Winstein et al., 2016).

Um estudo (Burney et al., 1996) que avaliou 45 homens e 15 mulheres com AVC com 72 horas de evolução, com lesões corticais e de cápsula interna, mostrou, através de um estudo urodinâmico com eletromiografia, que 47% destes tinham retenção devido a arreflexia do detrusor (Menoita et al., 2012).

Considerando o tratamento de problemas relacionados com a eliminação vesical parte integrante dos cuidados de reabilitação, Branco e Santos (2010) referem que na abordagem da pessoa com AVC torna-se primordial recorrer a técnicas de reeducação perineal, com destaque para o treino vesical que pressupõe a alteração dos hábitos miccionais através da redução da ingesta hídrica em cerca de 20 a 30% a partir das 18h, a supressão da imperiosidade com a instituição da micção temporizada (induzida voluntariamente antes de atingido o volume vesical e que a pessoa prevê ser capaz de desencadear um episódio de urina) e o aumento da capacidade funcional vesical através da micção diferida (quando a pessoa retém a urina após o desejo miccional).

O fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico têm mostrado igualmente benefícios e Hoeman, 2000 como referido por Menoita et al., 2012, considera que estes exercícios melhoram a resistência da uretra, aumentam o suporte muscular das estruturas pélvicas e fortalecem a musculatura, tanto peri-uretral quanto pélvica. O exercício de Kegel é considerado o exercício mais simples para os mesmos autores e consiste na contração dos músculos pélvicos (como se estivesse a interromper o jato de urina) e contar até 10, relaxando a posteriori e voltar a contrair, fazendo um total de 8 a 12 contrações. Este exercício deve ser repetido durante 10 minutos, 3 vezes ao dia.

No que concerne às alterações da eliminação intestinal, a pessoa com AVC segundo Menoita et al. (2012), pode apresentar incontinência fecal resultante de um intestino neurogénico desinibido, caracterizado por uma diminuição do controlo voluntário do esfíncter anal apesar de a sensibilidade e os reflexos estarem mantidos, originando sensação de urgência no ato de defecar.

Para Branco & Santos (2010) é frequente o aparecimento de obstipação por diminuição da atividade reflexa do intestino e dos movimentos peristálticos como consequência da imobilidade geral.

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

Segundo o mesmo autor é aconselhável que a pessoa recorra igualmente a manobras de estimulação intestinal tais como aproveitar o reflexo gastrocólico da pessoa, massajar a zona abdominal na direção do fluxo intestinal, proporcionar o esvaziamento intestinal através da aplicação de supositório ou clister e colocar corretamente a arrastadeira por forma a facilitar o processo de defecação (isto é, com o tronco inclinado anteriormente).

3.1.7 - Treino de AVDs

Segundo Kelly-Hayes como referido por Menoita et al. (2012), o objetivo da reabilitação é melhorar ou substituir a função e limitar o impacto da incapacidade. Verificam-se ganhos substanciais nas capacidades funcionais das pessoas com AVC em função da rapidez de atuação e da especificidade dos cuidados do enfermeiro de reabilitação. Estes dados mostram a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação junto do grupo experimental e vão ao encontro dos encontrados por Albuquerque et al. em 2011 num estudo no qual verificou existirem ganhos funcionais a nível das AVD's (banho, alimentação, vestuário) quando doentes com AVC isquémico eram sujeitos à intervenção de um grupo de reabilitadores.

Marques (2007) refere que as AVDs fazem parte integrante da vida do indivíduo e são atividades de autocuidado que precisam de ser realizadas para satisfazer as exigências da vida quotidiana, que realizamos desde que nos levantamos até que nos deitamos, ou seja, são todas as atividades necessárias aos cuidados pessoais diários, manutenção pessoal e à vida comunitária independente.

Após o AVC todas as AVDs são influenciadas em diferentes graus de acordo com a gravidade da situação, passando normalmente o indivíduo de um estado de independência, para um grau de dependência na satisfação dos seus autocuidados, devendo o EER responsabilizar o doente pelo seu autocuidado, de forma a permitir uma adaptação gradual às suas limitações, encorajando-o na realização das atividades em que possa usar as partes do corpo não afetadas pelo AVC de forma a que o doente consiga efetuar as suas AVDs. Os mesmos autores referem que a independência para cada uma das AVDs ou o máximo de funcionalidade pode ser atingida pelo treino de capacidades remanescentes e/ou através do uso de estratégias adaptativas como o uso de produtos de apoio ou os dispositivos de compensação (OE, 2011; Weinstein et al., 2016).

3.1.7.1 – Higiene e Arranjo Pessoal

A DGS (2010) salienta a importância de se estimular a sensibilidade e a mobilização dos segmentos do corpo aquando o banho, promovendo a prevenção de complicações.

Durante o banho deve-se ter especial atenção à temperatura da água devido às alterações de sensibilidade térmica no hemicorpo afetado. O doente deve ser incentivado a lavar o hemicorpo menos afetado, se tiver alguma força muscular no lado afetado (DGS, 2010; Menoita et al., 2012).

O uso da escova de cabo comprido para lavar as superfícies corporais de difícil acesso, a cadeira de banho e as barras de apoio são alguns dispositivos de compensação que podem ajudar o doente a ser mais autónomo para o autocuidado (Leal, 2001; Menoita et al., 2012).

Deve-se estimular o doente a realizar os outros autocuidados como o pentear, cortar as unhas, fazer a barba. Se ainda não o conseguir fazer de forma autónoma tem de ser auxiliado ou, em último caso, substituído. No pentear, pode-se recorrer a um pente de cabo comprido, ou adaptar uma pega no pente (Hoeman, 2000 como referido por Menoita et al., 2012). A tesoura de pontas redondas ou um corta-unhas específico poderá servir para cortar as unhas. No que respeita a fazer a barba é preferível o uso de máquina elétrica em vez de lâmina evitando desta forma alterações na integridade cutânea (Branco & Santos, 2010; DGS, 2010; Leal, 2001; Menoita et al., 2012).

Todas estas atividades que são inerentes ao autocuidado de Higiene e Arranjo Pessoal podem ser realizadas apenas com um braço, estimulando o doente para o seu autocuidado. O EER deve incentivar o doente a visualizar-se num espelho e com

boa iluminação para ajudar na reintegração da sua imagem corporal e efetuar correções na postura (DGS, 2010; Menoita et al., 2012).

3.1.7.2 – Vestir e despir

Envolver a pessoa na escolha da roupa motiva-a para se arranjar mesmo que permaneça em casa. Em caso de dificuldade no equilíbrio, esta atividade pode ser desenvolvida na cama, quer recorrendo ao exercício da ponte, quer sentando-a na beira da cama, sendo o ideal estar sentado numa cadeira com os pés apoiados no chão (Menoita et al., 2012).

O EER deve ensinar o doente para algumas adaptações no vestuário de forma a facilitar o autocuidado. Segundo Branco e Santos (2010) e Leal (2001) são: O uso de roupa mais larga que o habitual, que deslize facilmente e que tenha alguma elasticidade; O vestuário para o tronco deve ser abotoado à frente; Substituir os botões das calças por fita de velcro ou fecho éclair, sendo as calças mais adequadas as que tenham elástico; As casas dos botões devem ser alargadas e os botões pequenos substituídos por maiores ou por fita de velcro; Os sapatos devem ter sola de borracha antiderrapante para evitar quedas; os ténis com fita de velcro são mais adequados do que os dos atacadores; O uso de fato de treino é confortável e prático.

A técnica de adaptação para o autocuidado de vestir e despir tem por base de que o hemicorpo afetado é o primeiro a vestir e o último a despir (Leal, 2001; Menoita et al., 2012). Assim, tendo em conta o supracitado, a DGS (2010) descreve como o EER pode Instruir e Treinar o doente de forma a ser o mais autónomo possível nas atividades:

Para o vestuário da cintura para cima

- Camisa – O doente deve começar pelo lado afetado (mão/cotovelo/ombro), dar a volta por trás da cabeça, segurando no colarinho e vestir no final o lado não afetado.
- Camisola fechada - Iniciar pela cabeça, rodar ligeiramente o decote até obter a manga do lado afetado à frente, vestir o lado afetado e por último o lado não afetado.

Para o vestuário da cintura para baixo

- Calças – O doente inicia pelo membro afetado que se encontra cruzado sobre o não afetado.

- Meias – Introduzir a mão sã em concha dentro da meia e afastar os dedos de forma a permitir a passagem do pé e puxar.
- Sapatos – com a ajuda da mão sã, cruzar a perna afetada, segurar o pé e introduzi-lo no sapato. Pode ser necessário o uso de uma calçadeira de cabo comprido para facilitar calçar os sapatos. Se o pé não entra facilmente, deve apoiá-lo no chão e fazer força com a mão sã no joelho, tendo o cuidado de manter a calçadeira no sítio.

3.1.7.3 – Alimentar e Beber

O treino do alimentar e do beber baseia-se segundo Menoita et al. (2012) num posicionamento correto da pessoa (sentada e com o tronco ereto ou com a cabeceira da cama elevada na impossibilidade de se sentar), com uma mesa de apoio com altura adequada e com o alinhamento do membro superior afetado sobre a mesa.

Deve-se ainda instruir e treinar o doente para usar a mão afetada, caso seja possível, podendo o EER recorrer a dispositivos de compensação como por exemplo os talheres adaptados, o engrossador de cabo, os copos de configuração especial, os pratos côncavos ou com proteção lateral (Leal, 2001; Menoita et al., 2012).

É no entanto essencial avaliar, primeiramente, a força dos membros, a preensão para segurar os talheres, os movimentos involuntários, as dificuldades em cortar os alimentos, a acuidade visual (DGS, 2010).

Em síntese, considerando o AVC um das principais causas de incapacidade por doença neurológica, a recuperação do doente com esta patologia implica o desenvolvimento de processos adaptativos face à sua nova condição de saúde, onde a Enfermagem de Reabilitação assume uma das componentes principais no processo saúde-doença, ajudando as pessoas a aproveitar o máximo das suas capacidades. Assim, o EER na prática clínica tem o dever de desenvolver no âmbito das suas competências específicas, um modelo de exercício que implique a mobilização de todas as capacidades da pessoa, favorecendo o seu autocuidado e por consequência a sua autonomia, implementando programas de Reabilitação onde focaliza a sua atenção nas alterações funcionais mais frequentes ao nível da mobilidade, motricidade facial, sensoriais, na comunicação, na deglutição, na eliminação urinária e intestinal e no treino das AVDs.

II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação científica consiste num processo sistemático, efetuado com objetivo de validar conhecimentos previamente estabelecidos e de produzir novos, que irão de forma direta ou indireta influenciar a prática (Fortin et al., 2009).

Nesta fase importa definir os meios para realizar a investigação. Apresentamos os aspetos relacionados com o desenho da investigação e os procedimentos para responder às questões de investigação nas diferentes etapas. É a fase da passagem da conceção à operacionalização (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Fortin et al. (2009) considera a metodologia como instrumento de trabalho, que poderá ser promotor do sucesso da investigação, dado que fornece orientações para a pesquisa, mediante o método escolhido, os processos e as técnicas de análise.

Nesta conformidade, segue-se a apresentação de forma objetiva e sistemática dos procedimentos efetuados nas diferentes etapas do estudo: os objetivos da pesquisa, as questões de investigação e formulação de hipóteses, o tipo de estudo, as variáveis e a sua operacionalização, a população alvo e a amostra selecionada, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e o tratamento estatístico dos dados. Por último, iremos abordar a apresentação e análise dos dados e a discussão dos resultados.

1. OBJETIVOS DA PESQUISA

De acordo com Fortin et al. (2009) é fundamental definir o objetivo da investigação, uma vez que é a partir deste que se determinam as questões e as hipóteses. É com base nos conhecimentos já existentes sobre o fenómeno que se pretende estudar, que o estudo tem por objetivo descrever, explicar, determinar diferenças entre grupos ou prever relações.

Para a mesma autora o objetivo do estudo indica o motivo da investigação, devendo ser um enunciado preciso que diga claramente o que o investigador pretende estudar. Assim, o objetivo principal deste estudo é o de avaliar a efetividade de um programa de reabilitação extra e precoce na prevenção do declínio funcional do doente com AVC.

Tem como objetivos específicos:

- Comparar os ganhos em saúde de um programa de Reabilitação diária com um programa extra de Reabilitação no estado funcional em doentes com AVC.
- Identificar os contributos de Enfermagem de um programa de Reabilitação no estado funcional em doentes com AVC.
- Determinar associações entre o estado funcional em doentes com AVC e variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, género e período de internamento).

2. DESENHO DO ESTUDO

2.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

A questão de investigação deve ser uma pergunta explícita de acordo com o tema em estudo que se pretende analisar no sentido de desenvolver o conhecimento já existente. São formuladas no presente, sob a forma de interrogativa e incluem as variáveis, bem como a população a estudar (Fortin et al., 2009).

Assim, no sentido de clarificar o caminho da investigação e compreender a problemática em estudo, formularam-se as seguintes questões de partida:

- Quais os ganhos de um programa de Reabilitação no estado funcional do doente com AVC?
- Existem maiores ganhos com o programa extra de Reabilitação no estado funcional do doente com AVC relativamente ao programa de Reabilitação diária?
- As variáveis idade, género e dias de internamento influenciam os ganhos de um programa extra de Reabilitação no estado funcional do doente com AVC?

A hipótese de investigação é definida por ser um enunciado onde se antecipam as relações que se estabelecerão entre as variáveis. A hipótese é baseada na teoria, combinando o problema e objetivo numa justificação dos resultados esperados (Fortin et al., 2009).

Foram enunciadas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 (H1) - Existe diferença do estado funcional do doente com AVC no período entre a pré admissão, admissão e a alta.

Hipótese 2 (H2) - Existe maior benefício do estado funcional do doente com AVC na alta cumprindo programa extra de Reabilitação (GE) do que num programa de Reabilitação diária (GC).

Hipótese 3 (H3) – Existem associações entre o estado funcional do doente com AVC na alta cumprindo programa extra de Reabilitação e as variáveis idade, género e dias de internamento.

2.2. TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo é definido em consonância com as questões de investigação e com a amplitude de conhecimento que existe acerca do fenómeno que se pretende investigar. Desta forma, o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada de acordo com a questão formulada, discrimina as variáveis e explora as relações entre as mesmas (Fortin et al., 2009).

O presente estudo é de carácter quantitativo, do tipo quase experimental. Verifica-se uma relação de causalidade onde uma determinada intervenção conduzirá à produção de um efeito. Trata-se de um estudo objetivo, mensurável que envolve a análise e tratamento dos dados e de dois grupos de sujeitos (grupo de controle e grupo experimental) observados antes e depois da sua implementação. Difere dos estudos de natureza experimental, uma vez que os sujeitos são englobados no estudo de forma accidental.

2.3. IDENTIFICAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Fortin (2009) descreve as variáveis como qualidades, propriedades ou características das pessoas, objetos ou situações que são alvo de uma investigação. Podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação.

As variáveis incluídas no presente estudo são a variável independente e a variável dependente. Segundo Fortin et al. (2009), uma variável independente é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre outra variável, ou seja, é considerada como a causa do efeito produzido na variável dependente. A variável dependente é aquela que sofre o efeito da variável independente, correspondendo ao resultado predito pelo investigador.

Assim, a variável dependente correspondeu a todos os resultados obtidos sobre o estado funcional dos doentes e cuja operacionalização foi a aplicação do instrumento InterRAI-CA-PT aos doentes com AVC.

Já a variável independente correspondeu ao programa de intervenção de enfermagem de Reabilitação.

2.3.1 Programa de Reabilitação

A enfermagem de Reabilitação recorre a intervenções diversificadas e que variam de acordo com os focos de atenção estabelecidos, bem como o nível de incapacidade do doente.

Quer o grupo de controlo quer o grupo experimental estiveram sujeitos ao mesmo plano de intervenção de enfermagem de reabilitação variando apenas a frequência do plano. Foram ajustadas a cada participante em função das suas necessidades e da avaliação efetuada pelo enfermeiro de reabilitação face à sua situação clínica. Assim, sem descurar a individualidade de cada participante do estudo, o plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação (Quadro 1) assumiu o seguinte formato:

Quadro 1 - Programa de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

Alterações Identificadas	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
Alterações mobilidade: (força muscular, tónus muscular, sensibilidade, controlo postural)	- Exercícios terapêuticos no leito (<i>rolamentos para lado são e afetado, ponte, carga no cotovelo, rotação da anca e do tronco, facilitação cruzada, auto-mobilizações</i>). 10x cada - Posicionamentos em padrão anti-espástico. 3/3h - Exercícios musculares e articulares (passivos, ativo-passivos, ativos e resistidos). 10x - Exercícios de alongamentos. 10x - Técnica de levante. 1x/dia - Técnica de transferência pelo lado são e pelo lado lesado. 2x/dia - Treino de marcha (<i>controlada e com auxiliar de marcha</i>). 1x/dia
Equilíbrio	- Exercícios de equilíbrio estático e/ou dinâmico : Exercícios de equilíbrio sentado (<i>desvio da cabeça/tronco no plano sagital e plano frontal</i>). 10x/cada - Exercícios de equilíbrio em pé (<i>apoio unipodal; teste de Romberg; Teste de Babinski-Weil</i>). 10x/cada
Motricidade fina	- Exercícios de preensão e de pinça (<i>agarrar molas, apertar/desapertar laços e fechos, contar feijões</i>). Máximo até 15 minutos
Parésia Facial Central	- Exercícios de mímica facial (<i>eleva sobrancelhas; enrugam a testa; sorrir; mostrar os dentes, fechar os olhos, assobiar e encher a boca de ar, depressão do lábio inferior</i>). Máximo até 15 minutos - Massagem facial. 1x/dia
Alterações visuais	- Abordar doente pelo lado afetado. 1x/dia - Estimular a facilitação cruzada. 1x/dia - Instruir e treinar o doente para rodar a cabeça no sentido da disfunção. 1x/dia - Instruir e treinar o doente para executar movimentos oculares no sentido da diplopia. 1x/dia
Comunicação	- Ensinar ao doente técnicas facilitadoras do discurso. 1x/dia - Utilizar técnicas que aumentem a capacidade de expressão verbal. 1x/dia - Ensinar o doente/familiares sobre formas alternativas de comunicação. 1x/dia - Exercícios de mímica facial. Máximo até 15 minutos

Disfagia	- Técnica de posicionamento. <i>1x/dia</i> - Técnica de consistência adaptada na dieta. <i>1x/dia</i> - Exercícios de resistência muscular da língua e palato mole. <i>10x/cada</i> - Executar manobras compensatórias da via aérea (deglutição supraglótica, double swallow, hard swallow, lip pursing, masuko, mendelsohn). <i>10x/cada</i>
Autocontrolo vesical e intestinal	- Treino intestinal. <i>1x/dia</i> - Exercícios de estimulação intestinal. <i>1x/dia</i> - Treino vesical. <i>1x/dia</i> - Exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica. <i>10x/cada</i>
Treino de AVDs (tomar banho e arranjo pessoal, vestir/despir, comer e beber)	- Incentivar o doente para o autocuidado utilizando o lado afetado. - Ensinar o doente para adaptações no vestuário. <i>1x/dia</i> - Instruir e treinar a técnica de adaptação de vestir e despir. <i>1x/dia</i> - Técnica de posicionamento para alimentar e beber. <i>1x/dia</i> - Instruir e treinar sobre dispositivos de compensação para a realização dos autocuidados. <i>1x/dia</i>

Por forma a não sermos muito exaustivos e repetitivos, as intervenções realizadas pelo EER acima descritas encontram-se sustentadas cientificamente no subcapítulo 3.1 referente ao enquadramento teórico e de acordo com os autores Branco e Santos (2010), DGS (2010), ESO (2008), Marques (2007), Martins (2002), Menoita et al. (2009), Silva (2010) e Winstein et al. (2016).

O programa de reabilitação (diário e extra) teve início nas 24 horas após a admissão do doente no serviço, decorrendo diariamente inclusive ao fim de semana (7 dias por semana), durante o turno da manhã (8h-16h), sendo realizado pelos enfermeiros de reabilitação do serviço que estavam escalados para realizarem cuidados de reabilitação, durante o seu horário de trabalho. Cada sessão teve a duração entre 30 a 45 minutos. Após autorização da Comissão de Ética do CHUC foram submetidos ao programa de reabilitação diária os 20 primeiros participantes e os outros 20 ao programa extra de reabilitação (as sessões corresponderam respetivamente no início e fim do turno).

2.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

2.4.1. População

A definição da população é um requisito da investigação, a fim de especificar o grupo que serve de base à pesquisa que se pretende efetuar.

A população pode ser definida como um conjunto de indivíduos ou objetos com características comuns sobre as quais vai incidir a investigação.

Para Fortin et al. (2009), a população acessível é a porção da população alvo que está ao alcance do investigador, podendo ser delimitado a uma região, uma cidade ou a um estabelecimento.

Por motivos de acessibilidade e facilidade da investigadora na obtenção da colheita de dados, a população do presente estudo correspondeu ao universo de doentes internados no serviço de Neurologia A do CHUC que necessitaram da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação.

2.4.2. Amostra

O presente estudo teve em conta uma amostra consecutiva não probabilística, sendo constituída por elementos acessíveis e que foram incluídos no estudo à medida que se apresentavam até a amostra atingir o tamanho desejado. Obteve-se uma amostra de 40 participantes, 20 pertencentes ao grupo de controle (que cumpriram o programa diário de Enfermagem de Reabilitação) e os outros 20 ao grupo experimental (que cumpriram programa extra de Enfermagem de Reabilitação).

Polit et al. (2004) referem que são os investigadores que distingue as características que definem a população através de critérios de seleção para a inclusão no estudo.

Assim, os critérios de inclusão corresponderam a todos os doentes internados com diagnóstico clínico de AVC isquémico (sendo este subtipo de AVC o mais comum, a probabilidade de admissão de doentes com esta patologia foi maior), com hemiparesias de grau 3 ou grau 4 descritas em diário clínico após avaliação do Neurologista, orientados, motivados para o seu processo de recuperação funcional e motora e a tolerar o programa de reabilitação. A opção dos critérios acima descritos prendeu-se sobretudo com o facto de a investigadora vir a garantir uma amostra com o máximo de homogeneidade possível.

Os critérios de exclusão corresponderam aos doentes que se apresentassem não colaboradores para a realização do estudo, com afasia de compreensão, confusos e a frequentar o serviço de Medicina Física e Reabilitação do CHUC.

2.5. - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para o presente estudo utilizou-se como instrumento de colheita de dados o *International Resident Assessment Instrument – Acute Care* (InterRAI-AC). (Apêndice I)

O InterRAI é um grupo de investigação internacional que desenvolve instrumentos de avaliação compreensiva orientados para pessoas que necessitem de cuidados, existindo atualmente dezoito instrumentos de avaliação para diferentes contextos de prestação de cuidados. (InterRAI, 2012 como referido por Amaral et al., 2014)

O InterRAI AC foi desenvolvido de forma a ser utilizado em hospitais de cuidados agudos a pessoas com limitações funcionais em Atividades de Vida Diária (AVD) e em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), com limitações cognitivas, em pessoas com doenças que sejam acompanhadas de perda de capacidade funcional para a realização de atividades pessoais (AVD e AIVD) e em pessoas com mais de 75 anos pela existência de maior probabilidade de desenvolvimento destes problemas. (Gray et al., 2006 e 2008 como referido por Amaral et al., 2014)

É um instrumento que avalia todo o episódio de internamento da pessoa em quatro momentos distintos: Pré-Admissão (período de três dias antes do aparecimento da situação que levou ao internamento); Admissão (período de 24h seguintes ao internamento); 14º dia e na Alta, sendo que na versão portuguesa o 14º dia foi eliminado devido ao tempo médio de internamento ser inferior a 14 dias (Amaral et al., 2014).

A avaliação da situação anterior à doença permite estabelecer uma ligação com o estado clínico atual, servindo de referência à reabilitação e ao tratamento, uma vez que a medição dos resultados exige um ponto de referência, e tal como nos dizem Sidani, Doran e Mitchel, 2004 como referido por Amaral et al., 2014, o estado do doente antes da situação que o levou a recorrer ao hospital, influencia o resultado dos cuidados.

Com o objetivo de facilitar o preenchimento do formulário de forma correta, a InterRAI desenvolveu um manual de apoio com esclarecimentos e exemplos de cada item, revelando-se desta forma essencial a sua leitura antes da aplicação do mesmo.

No processo de validação do InterRAI AC para a população portuguesa, procedeu-se à tradução do instrumento e do manual de apoio à sua aplicação - validação cultural e linguística; validade da estrutura interna e fiabilidade. Terminado este processo, o instrumento demonstrou ser válido, fiável e com muitas potencialidades, sendo uma

ferramenta excelente, passível de ser utilizada em contextos de prestação de cuidados em serviços de cuidados agudos (Amaral et al., 2014).

A versão portuguesa do InterRAI-AC (InterRAI-CA-PT) é constituído por 16 secções que por sua vez são constituídas por um conjunto de itens, que serão analisados como variáveis, tal como se apresentam no Quadro 3, uma vez que permitem avaliar dados concretos no doente internado. Das 16 secções apenas 11 foram utilizadas, as que para nós se adequam aos objetivos do estudo, tendo a concordância e orientação do primeiro autor do instrumento, versão portuguesa. As secções não utilizadas serão identificadas no Quadro 2 a cor cinza e com a indicação de “Não Avaliado”.

Quadro 2 - Secções que compõem o instrumento InterRAI-CA-PT do estudo

Secção	Descrição	Variáveis
A	Identificação	Nome; Género; Data de Nascimento; Estado Civil; Língua Materna; Hospital; Enfermaria.
B	Admissão e História Inicial	Data de Internamento; Proveniência; Formas de Coabitação; Episódio desencadeado da Admissão; Período desde a última Hospitalização, Tempo passado no Serviço de Urgência; Cirurgia.
C	Datas da Avaliação	Pré-Admissão; Admissão; Alta.
D	Cognição	Capacidades cognitivas para tomar decisões no dia-a-dia; Capacidade de Memorizar / Recordar; Perturbações periódicas do pensamento ou consciência; Alteração aguda do estado mental em relação ao habitual.
E	Comunicação e Visão	Fazer-se Entender (Expressão); Capacidade para Compreender os outros (Compreensão); Audição; Visão.
	Comportamento e Ânimo	Não Avaliado
G	Estado Funcional	Auto Desempenho nas AVDs; Locomoção/Caminhar; Nível de Atividade; Acamado; Auto Desempenho das AIVDs e Capacidade.
H	Continência	Continência Urinária; Aparelho de Recolha da Urina; Continência Fecal; Uso de Pensos, Fraldas.
	Diagnósticos	Não Avaliado
J	Condições de Saúde	Quedas; Quedas Recentes; Frequência do Problema; Dispneia; Fadiga; Sintomas de Dor.
K	Estado Nutricional e Oral	Altura e Peso; Questões Nutricionais; Modo de Ingestão Nutricional.
	Estado da Pele	Não Avaliado
	Tratamentos	Não Avaliado
	Potencial da Alta	Não Avaliado
Q	Alta	Último dia da hospitalização; Depois da Alta, Enviado para.
R	Informação da Avaliação	Assinatura; Data da Avaliação.

Fonte: Adaptado in Sousa (2014, p. 61)

Das secções do instrumento é possível produzir, de acordo com o manual e através de somatórios ou de algoritmos que combinam itens, um conjunto de escalas que medem Desempenho Cognitivo; Comunicação (avalia a capacidade que as pessoas têm para comunicar); Dor (avalia a dor que a pessoa refere); AIVDs (avalia o nível de dependência na realização de AIVDs); Delírio (avalia a presença de sintomas de delírio); Hierárquica das AVDs (avalia o nível de dependência na realização das AVDs – mais útil quando se pretende conhecer exatamente o padrão de desempenho de uma pessoa); Versão Curta das AVDs (mais útil na avaliação da função na globalidade); Escala Curta de Classificação da Depressão (avalia a presença de sintomas de depressão) e Índice de Massa Corporal (Amaral et al., 2014). As escalas que foram feitas de acordo com as secções utilizadas encontram-se descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Produção de escalas

Identificação da Escala	Operacionalização	Escala de Medida
AIVDs	Recodificação e somatório das variáveis auto desempenho nas AIVDs e capacidade na “preparação das refeições”; “tarefas domésticas”; “gerir as finanças pessoais”; “gerir a medicação”; “uso do telefone”; “escadas”; “compras” e “transporte”.	Classificação em intervalo de 0 a 48, com maior dependência na realização das AIVDs para o valor 48.
Hierárquica das AVDs	Algoritmo que combina as variáveis “auto desempenho na higiene pessoal”; “auto desempenho no caminhar”; auto desempenho no uso da casa de banho”; “auto desempenho na alimentação”, que recodificadas vão originar respetivamente “perda precoce”; “perda média”; “perda tardia” e “uso do WC”.	7 níveis: 1 –Independente; 2 – Com supervisão; 3 – incapacidade diminuta; 4 – Assistência alargada1; 5 – Assistência alargada2 ; 6 – dependente; 7 – dependência total.
Versão Curta das AVDs	Utiliza as variáveis “auto desempenho na higiene pessoal”; “auto desempenho no caminhar”; auto desempenho no uso da casa de banho”; “auto desempenho na alimentação”, que são recodificadas e somadas	Intervalo de 0 a 16 valores, em que os 16 valores, representam maior dependência na realização das AVDs.

Fonte: Adaptado in Sousa (2014, p. 62)

A escolha deste instrumento vai de encontro aos objetivos propostos para a realização do presente estudo permitindo avaliar o estado funcional da pessoa em contexto de doença aguda e em diversos momentos do internamento hospitalar, para posteriormente comparar os dados recolhidos.

2.5.1 – Aplicação do Instrumento de Colheita de Dados

O InterRAI – Cuidados Agudos foi aplicado em três momentos distintos de avaliação: Pré-Admissão, Admissão e na Alta.

O preenchimento do instrumento foi maioritariamente efetuado pela própria investigadora, mas na impossibilidade da mesma estar presente em todos os momentos da avaliação, houve necessidade de recorrer a(o) Enfermeira(o) Especialista de Reabilitação responsável pelos doentes.

A recolha de dados decorreu entre Setembro de 2016 e Março de 2017. A informação foi recolhida através da observação direta, consulta de informação no processo clínico, entrevistas com o próprio doente e/ou familiar, entrevistas com os profissionais de saúde responsáveis pelo doente.

2.6. CONSIDERAÇÕES FORMAIS E ÉTICAS

Tendo em conta que a investigação no âmbito da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas têm de ser consideradas desde logo o início da investigação. (Fortin et al., 2009)

Polit et al. (2004) referem que na etapa de colheita de dados o investigador deve ter em conta a maneira como, onde e quando vai colher os dados, obtendo os consentimentos necessários.

Segundo estes mesmos autores a investigação deve ser regida por cinco direitos fundamentais das pessoas: Direito à Autodeterminação, Direito à intimidade, Direito do anonimato e confidencialidade, Direito à proteção contra desconforto e prejuízo e o Direito a ter um tratamento justo e equitativo. Nesta perspetiva o presente estudo teve em conta os cinco direitos supracitados:

- Todas as pessoas que participaram no estudo tiveram o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não, sendo previamente esclarecidas sobre os objetivos dos mesmos;
- A obtenção de consentimento para a colheita de dados e a informação obtida não foi/será fornecida a terceiros sem a sua autorização;
- A pessoa não foi ser associada às respostas dadas;
- Defende a proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem;

- Os participantes receberam informação sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual foi solicitada a sua participação.

No que diz respeito aos procedimentos para a recolha de dados, orientou-se esta investigação tendo em conta os aspetos formais de pedidos de autorização à instituição selecionada, nomeadamente, o pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar onde o estudo foi realizado, através da Unidade de Inovação e Desenvolvimento, tendo obtido parecer favorável (Anexo I)).

Foi elaborado um pedido de Consentimento Informado aos participantes do estudo (Apêndice II), bem como pedida autorização a um dos autores da validação do instrumento de colheita de dados para a população portuguesa – Sr. Professor Doutor António Amaral (Anexo II).

O presente estudo foi ainda submetido à apreciação da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde- Enfermagem obtendo um parecer favorável (Anexo III).

2.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Segundo Polit et al. (2004) os dados colhidos num estudo, por si só, não constituem resposta às questões colocadas nem testam as hipóteses da pesquisa, sendo necessário realizar uma análise sistemática de forma a avaliar a sua relação. Sem o tratamento estatístico os dados colhidos numa pesquisa quantitativa não seriam mais que uma massa desorganizada de números.

Para organizar e sistematizar a informação contida nos dados e obter resultados, recorreu-se ao programa estatístico e informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na versão 23 onde foram utilizadas técnicas de análise estatística descritiva e inferencial.

Para a caracterização da amostra, utilizámos os quadros de frequências (absolutas e percentuais), as medidas de tendência central (média ordinal, média aritmética) e as medidas de dispersão ou variabilidade (variância, percentis e desvio padrão).

A avaliação da aderência à normalidade foi realizada através da utilização do teste estatístico de *Kolmogorov-Smirnov* (Tabela 1) com a correção de significância de Lilliefors, constatando-se que a amostra não segue uma distribuição normal em relação à Versão Curta das AVDs e à Escala Hierárquica das AVDs uma vez que o valor de p é inferior a 0,05.

Tabela 1 – Resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov

		Escala das AIVDs	Versão Curta das AVDs	Escala Hierárquica das AVDs
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	0,500	0,250	0,300
	Positivo	0,050	0,000	0,000
	Negativo	-0,500	-0,250	-0,300
Z Kolmogorov-Smirnov		1,581	0,791	0,949
Significância Assint. (Bilateral)		0,013	0,560	0,329

Para estudar a diferença entre os grupos experimental e de controlo, utilizámos o teste não paramétrico *Mann-Whitney* e para estudar a diferença nos grupos em momentos avaliativos distintos recorreu-se aos testes não paramétricos *Wilcoxon* e *Friedman*.

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.

3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados os dados resultantes da aplicação do instrumento da colheita de dados InterRAI-CA-PT, processo decorrente do tratamento estatístico efetuado.

Optámos por apresentar inicialmente a descrição dos dados que caracterizam a amostra com base na estatística descritiva e, posteriormente apresentar a análise decorrente da estatística inferencial.

Com o objetivo de facilitar a leitura e análise dos resultados, recorreremos à utilização de tabelas, onde os dados presentes referem-se à amostra estudada.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 40 doentes vítimas de AVC (N=40) internados no serviço de Neurologia A dos HUC, em que 20 doentes receberam uma sessão diária de Reabilitação (Grupo de Controle - GC) e os outros 20 receberam uma sessão extra (Grupo Experimental - GE).

Ao analisarmos a tabela 2 referente à distribuição da amostra em função do género, verificamos que a maioria da amostra pertence ao sexo feminino, com 52,5% contra 47,5% do sexo masculino. No GC, a percentagem de elementos do sexo feminino é maior (65%) relativamente ao GE (40%).

Tabela 2 – Distribuição da amostra em função do género

Género	Grupo		Total
	Controle (GC)	Experimental (GE)	
Masculino	N	7	12
	%	35,0	60,0
Feminino	N	13	8
	%	65,0	40,0
Total	N	20	20
	%	100,0	100,0

Relativamente à distribuição da amostra em função da idade (tabela 3), constatamos que a média da distribuição da amostra é igual ou superior a 75 anos, correspondendo a idade mínima no GE a 41 anos, comparativamente com a do GC que é de 51 anos.

Já no que refere à idade máxima, ambos os grupos têm idades aproximadas, 91 anos para o GC e 93 para o GE.

Tabela 3 – Distribuição da amostra em função da idade

Idade	Grupo	
	Controle	Experimental
Média	76,80	74,75
Máximo	91,00	93,00
Mínimo	51,00	41,00
Desvio Padrão	11,02	12,61
N	50,0%	50,0%

Quanto à distribuição da amostra em função do estado civil, podemos verificar através da tabela 4 que existe a mesma percentagem de casados e de viúvos na amostra (47,5%) e apenas 10% são solteiros (pertencentes ao GE).

Tabela 4 – Distribuição da amostra em função do estado civil

Estado civil		Grupo		Total
		Controle	Experimental	
Solteiro	N	0	2	2
	%	0,0	10,0	5,0
Casado	N	10	9	19
	%	50,0	45,0	47,5
Viúvo	N	10	9	19
	%	50,0	45,0	47,5
Total	N	20	20	40
	%	100,0	100,0	100,0

A tabela 5 revela-nos a proveniência da amostra em que 60,0% provém do seu próprio domicílio. De realçar uma elevada percentagem da amostra (32,5%) no que concerne à proveniência de outros serviços (45,0% no GC e 20,0% no GE).

Tabela 5 – Distribuição da amostra em função da proveniência

Proveniência		Grupo		Total
		Controle	Experimental	
Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado	N	9	15	24
	%	45,0	75,0	60,0
Lar	N	1	0	1
	%	5,0	0,0	2,5
Hospital de agudos	N	1	1	2
	%	5,0	5,0	5,0
Outro	N	9	4	13
	%	45,0	20,0	32,5
Total	N	20	20	40
	%	100,0	100,0	100,0

Relativamente à forma de coabitação da amostra, a tabela 6 permite-nos observar que 35% do total da amostra vive apenas com o cônjuge/parceiro, 20% sozinho e 17,5% com os filhos (sem cônjuge/parceiro). Quer no GC, quer no GE, a maior percentagem corresponde àqueles que vivem apenas com o cônjuge/parceiro.

Tabela 6 – Distribuição da amostra em função da forma de coabitação

Formas de coabitação		Grupo		Total
		Controle	Experimental	
Sozinho	N	2	6	8
	%	10,0	30,0	20,0
Apenas com cônjuge/parceiro	N	7	7	14
	%	35,0	35,0	35,0
Com cônjuge/parceiro e outro (s)	N	3	2	5
	%	15,0	10,0	12,5
Com filhos (sem cônjuge/parceiro)	N	4	3	7
	%	20,0	15,0	17,5
Com pais ou tutores	N	0	1	1
	%	0,0	5,0	2,5
Com outros familiares (sem ser cônjuge ou filhos)	N	1	1	2
	%	5,0	5,0	5,0
Com não-familiares	N	3	0	3
	%	15,0	0,0	7,5
Total	N	20	20	40
	%	100,0	100,0	100,0

O episódio desencadeador da admissão no serviço ocorreu nos últimos 7 dias em 87,5% da amostra (tabela 7) contra uma percentagem baixa entre 8 a 14 dias (12,5%) para recorrer ao hospital.

Tabela 7 – Distribuição da amostra em função do episódio desencadeador da admissão

Episódio desencadeador da admissão		Grupo		Total
		Controle	Experimental	
Nos últimos 7 dias	N	16	19	35
	%	80,0	95,0	87,5
Há 8-14 dias	N	4	1	5
	%	20,0	5,0	12,5
Total	N	20	20	40
	%	100,0	100,0	100,0

Quando analisamos o período que medeia a última hospitalização e o internamento atual (tabela 8), observamos que 90% da amostra não tiveram qualquer hospitalização nos últimos 90 dias, 7,5% tiveram um internamento há 31-90 dias atrás e apenas 2,5% com um internamento recente entre 8-14 dias.

Tabela 8 – Distribuição da amostra em função do período desde a última hospitalização

Período desde a última hospitalização		Grupo		Total
		Controle	Experimental	
Não houve hospitalização nos últimos 90 dias	N	17	19	36
	%	85,0	95,0	90,0
Há 31-90 dias	N	2	1	3
	%	10,0	5,0	7,5
Há 8-14 dias	N	1	0	1
	%	5,0	0,0	2,5
Total	N	20	20	40
	%	100,0	100,0	100,0

Ao analisarmos a tabela 9, verificamos que mais de metade da amostra (62,5%) permaneceram no serviço de urgência até 8 horas e 30% permaneceu entre 8-24 horas.

Tabela 9 – Distribuição da amostra em função do tempo passado no serviço de urgência

Tempo passado no serviço de urgência		Grupo		Total
		Controle	Experimental	
Não foi admitido através do serviço de urgência	N	0	1	1
	%	0,0	5,0	2,5
0-8 horas	N	12	13	25
	%	60,0	65,0	62,5
8-24 horas	N	6	6	12
	%	30,0	30,0	30,0
24-48 horas	N	1	0	1
	%	5,0	0,0	2,5
Mais de 48 horas	N	1	0	1
	%	5,0	0,0	2,5
Total	N	20	20	40
	%	100,0	100,0	100,0

Ao analisarmos a tabela 10, verificamos que a média de internamento no serviço de Neurologia A respeitante ao GC é de 15 dias, enquanto que no GE desce para 10 dias. Verificamos em simultâneo que o período mínimo de internamento do GC são 7 dias e 6 dias para o GE. No que concerne ao período máximo de internamento, no GC são 29 dias enquanto que no GE desce para 15 dias.

Tabela 10 – Estatísticas referentes ao tempo de internamento

Dias de internamento	Grupo	
	Controle	Experimental
Média	14,95	10,50
Máximo	29,00	15,00
Mínimo	7,00	6,00
Desvio padrão	7,48	2,61

Através da análise da tabela 11 podemos constatar que 57,5% da amostra regressaram ao seu domicílio anterior após a alta, contudo devemos salientar que essa percentagem foi de 70,0% para o GE e de 45% para o GC. Por outro lado, 12,5% da amostra após a alta foram para centros de reabilitação.

Tabela 11 – Distribuição da amostra em função do destino após a alta

Destino após a alta		Grupo		Total
		Controle	Experimental	
Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado	N	9	14	23
	%	45,0	70,0	57,5
Lar	N	3	1	4
	%	15,0	5,0	10,0
Unidade de cuidados continuados	N	2	2	4
	%	10,0	10,0	10,0
Centro/Unidade de reabilitação	N	3	2	5
	%	15,0	10,0	12,5
Hospital de cuidados agudos	N	3	1	4
	%	15,0	5,0	10,0
Total	N	20	20	40
	%	100,0	100,0	100,0

Após terminada a caracterização da amostra do presente estudo, iremos abordar a análise descritiva dos dados.

3.2. ANÁLISE DESCRITIVA

Apresentaremos de seguida as características da amostra relativamente às variáveis em estudo recorrendo ao auxílio de tabelas.

Relativamente à variável cognição, os resultados obtidos através da tabela 12 permitem-nos verificar que nas capacidades cognitivas para tomar decisões no dia-a-dia, no GC, 90% eram independentes na pré admissão, observando-se uma regressão para 85% na admissão, mantendo-se na alta. Também 10% apresentavam independência modificada na pré admissão, aumentando para 15% na admissão e mantendo-se na alta. Em relação ao GE, a tendência manteve-se nos 100%.

Para a capacidade para memorizar / recordar, globalmente em ambos os grupos a tendência manteve-se constante entre a pré-admissão e a alta. De referir um aumento de 15% para 35% no GC entre a pré-admissão e a admissão respeitante à memória de curto prazo, descendo novamente para 15% na alta.

Nas perturbações periódicas do pensamento ou de consciência entre a admissão e a alta, apenas se regista uma pequena alteração de 10% para 0% na amostra pertencente ao GC em quem foi observado que a função mental variava ao longo do dia.

Na alteração aguda do estado mental em relação ao habitual, no GC existe 30% da amostra com alteração aguda do estado mental aquando a admissão, descendo esse valor para 0% na alta, o que revela uma tendência de melhoria. No GE, não se observaram alterações entre a admissão e a alta, registando-se 100% da amostra sem alterações.

Relativamente à variável Cognição podemos afirmar que não houveram alterações significativas, mantendo-se uma tendência quase sempre igual entre a pré-admissão, admissão e a alta.

Tabela 12 – Resultados da Variável Cognição

Cognição			GC						GE					
			Pré Admissão		Admissão		Alta		Pré Admissão		Admissão		Alta	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tomar decisões do dia-a-dia	Independente		18	90,0	17	85,0	17	85,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0
	Independência modificada		2	10,0	3	15,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Incapacidade mínima		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Incapacidade moderada		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Incapacidade grave		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Coma		0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Capacidade de memorizar/recordar	Memória de curto prazo	Sim	17	85,0	13	65,0	17	85,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0
		Não	3	15,0	7	35,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Boa memória processual	Sim	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0
		Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0
	Boa memória situacional	Sim	20	100,0	17	85,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0
		Não	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Perturbações periódicas do pensamento	Facilmente distraído	Não	-	-	20	100,0	20	100,0	-	-	20	100,0	20	100,0
		Sim	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0
	Discurso desorganizado	Não	-	-	20	100,0	20	100,0	-	-	20	100,0	20	100,0
		Sim	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0
	Função mental varia	Não	-	-	18	90,0	20	100,0	-	-	20	100,0	20	100,0
		Sim	-	-	2	10,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0

Cognição (continuação)		GC						GE					
		Pré Admissão		Admissão		Alta		Pré Admissão		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alteração aguda do estado mental	Não	-	-	14	70,0	20	100,0	-	-	20	100,0	20	100,0
	Sim	-	-	6	30,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0

Ao analisarmos a tabela 13, verificamos que na dimensão de Fazer-se entender, relativa à componente de comunicação, para o GC no momento da admissão, 15% não tem alterações, 20% são geralmente compreendidos, 45% frequentemente e 20% apenas algumas vezes são compreendidos, verificando-se uma pioria dos resultados desde a pré admissão para a admissão. Na alta, os resultados são melhores em relação à admissão, em que 45% não sofre alterações, 40% geralmente é compreendido, 10% frequentemente e 5% algumas vezes. No GE é semelhante, desde a pré admissão para a admissão e da pré admissão para a alta houve uma tendência de pioria dos resultados. Na capacidade de compreensão, podemos observar que não se registam alterações significativas.

Em relação à visão, no GC, 75% da amostra possuem visão adequada na pré-admissão, descendo esse valor para 60% na admissão. 25% da amostra na pré admissão tinham dificuldade mínima na visão, aumentando para 40% na admissão, revelando uma tendência de piora. Já no GE não existiram alterações mantendo-se 80% da amostra com visão adequada e 20% com dificuldade mínima na pré-admissão e na admissão.

Na componente audição, não se observam alterações significativas, mantendo-se a mesma percentagem da amostra com audição adequada (80% para GC e 90% para GE) e com dificuldade mínima (20% no GC e 10% no GE) na pré admissão e admissão.

Tabela 13 – Resultados da Variável Comunicação, visão e audição

Comunicação, visão e audição		GC						GE					
		Pré Admissão		Admissão		Alta		Pré Admissão		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Fazer-se entender	Compreendido	19	95,0	3	15,0	9	45,0	18	90,0	5	25,0	10	50,0
	Geralmente	1	5,0	4	20,0	8	40,0	2	10,0	6	30,0	8	40,0
	Frequentemente	0	0,0	9	45,0	2	10,0	0	0,0	5	25,0	1	5,0
	Algumas vezes	0	0,0	4	20,0	1	5,0	0	0,0	2	10,0	1	5,0
	Raramente ou nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0
Compreender os outros	Compreende	20	100,0	18	90,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0
	Geralmente	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Frequentemente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Algumas vezes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Raramente ou nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Audição	Adequada	16	80,0	16	80,0	-	-	18	90,0	18	90,0	-	-
	Dificuldade mínima	4	20,0	4	20,0	-	-	2	10,0	2	10,0	-	-
	Dificuldade moderada	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-
	Dificuldade grave	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-
	Sem audição	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-
Visão	Adequada	15	75,0	12	60,0	-	-	16	80,0	16	80,0	-	-
	Dificuldade mínima	5	25,0	8	40,0	-	-	4	20,0	4	20,0	-	-
	Dificuldade moderada	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-
	Dificuldade grave	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-
	Sem visão	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-

Na tabela 14 analisamos os resultados obtidos em relação ao auto desempenho nas AVDs e verificamos que na atividade tomar banho, 65% da amostra pertencente ao GC era independente na pré admissão e 75% pertencente ao GE. No momento da alta, apenas 20% de ambos os grupos mantinha esta condição. No entanto, o nível máximo de dependência para o GC no momento da alta foi o de assistência alargada (30%), enquanto que no GE foi o de assistência limitada.

Na atividade higiene pessoal, 85% da amostra do GC era independente na pré admissão e 90% do GE, diminuindo este valor aquando a admissão para 5% em ambos os grupos e aumentado na alta para 25% no GC e 30% no GE. Observa-se nesta atividade para ambos os grupos um aumento da dependência na admissão,

melhorando aquando da alta, mantendo-se a tendência de agravamento do estado funcional quando comparados os resultados entre a pré admissão e a alta, mas com maior nível de dependência na alta ao nível da assistência alargada em 10% da amostra do GC e em 25% com nível de assistência limitada no GC.

Para a atividade caminhar 60% da amostra do GC era independente e 90% no GE no período da pré admissão, contrastando com os 30% na alta para o GC e nos 40% para o GE. De realçar a percentagem elevada na admissão em ambos os grupos (85% para o GC e 65% para o GE) em que não houve esta atividade. A tendência global nesta atividade é de agravamento desde a pré admissão para a alta em ambos os grupos, sendo a dependência maior no GC correspondendo a 5% da amostra com o grau de dependência total.

Em relação à atividade transferência para a sanita, destacam-se os 70% da amostra do GC que eram independentes para esta atividade na pré admissão e 100% no GC, passando para 35% aquando a alta no GC e a 50% no GE. De salientar aqueles que não tiveram atividade no período de admissão, correspondendo a 80% da amostra pertencente ao GC e a 55% pertencente ao GE.

Também a tendência global é no sentido de aumento da dependência na admissão, melhorando aquando o período da alta.

Na mobilidade na cama, 90% da amostra pertencente ao GC e 100% pertencente ao GE era independente nesta atividade aquando a pré admissão, diminuindo para 60% em ambos os grupos no momento da alta. Na admissão, destacam-se os 45% da amostra do GC com o nível de dependência limitada e os 40% com o nível de assistência alargada no GE.

De salientar os 25% da amostra com o nível de assistência alargada no GC e os 30% da amostra no GE que necessitam de ajuda na preparação no período da alta. O nível de dependência mais elevado neste período corresponde a 25% da amostra no GC com o nível de assistência alargada e a 5% no GE com o nível de assistência limitada.

Para a atividade alimentação, 90% da amostra referente ao GC era independente e 95% da amostra do GE na pré admissão, 0% em ambos os grupos na admissão e 20% no GC e 25% no GE aquando a alta. De realçar os 35% da amostra aquando a admissão no GC com assistência alargada e os 70% no GE que necessitam de assistência limitada para a realização desta atividade.

Assistimos mais uma vez, a uma tendência global para o agravamento do estado funcional entre a pré admissão e a alta.

Sintetizando, em todas as variáveis do estado funcional relativas ao auto desempenho nas AVDs, a dependência funcional aumenta entre a pré admissão e admissão, melhorando depois em relação à alta, mas mantendo uma tendência de agravamento entre a pré admissão e a alta. Comparando os dois grupos em relação ao nível de dependência, verifica-se a existência de uma tendência global de maior dependência no GC no momento da alta, relativamente ao do GE.

Tabela 14 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Auto desempenho nas AVDs

Auto desempenho nas AVDs		GC						GE					
		Pré Admissão		Admissão		Alta		Pré Admissão		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tomar banho	Independente	13	65,0	-	-	4	20,0	15	75,0	-	-	4	20,0
	Ajuda apenas na preparação	1	5,0	-	-	5	25,0	4	20,0	-	-	9	45,0
	Supervisão	1	5,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-	1	5,0
	Assistência limitada	3	15,0	-	-	5	25,0	1	5,0	-	-	6	30,0
	Assistência alargada	2	10,0	-	-	6	30,0	0	0,0	-	-	0	0,0
	Assistência máxima	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0
	Dependência total	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0
	Não houve atividade	0	0,0	-	-	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0
Higiene Pessoal	Independente	17	85,0	1	5,0	5	25,0	18	90,0	1	5,0	6	30,0
	Ajuda apenas na preparação	0	0,0	1	5,0	6	30,0	1	5,0	1	5,0	9	45,0
	Supervisão	0	0,0	1	5,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Assistência limitada	2	10,0	5	25,0	4	20,0	1	5,0	15	75,0	5	25,0
	Assistência alargada	1	5,0	6	30,0	2	10,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0
	Assistência máxima	0	0,0	5	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Dependência total	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Caminhar	Independente	12	60,0	0	0,0	6	30,0	18	90,0	0	0,0	8	40,0
	Ajuda apenas na preparação	6	30,0	0	0,0	5	25,0	2	10,0	0	0,0	11	55,0
	Supervisão	0	0,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Assistência limitada	1	5,0	2	10,0	2	10,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0
	Assistência alargada	1	5,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	3	15,0	1	5,0
	Assistência máxima	0	0,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0
	Dependência total	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	0	0,0	17	85,0	1	5,0	0	0,0	13	65,0	0	0,0

Auto desempenho nas AVDs (continuação)		GC						GE					
		Pré admissão		Admissão		Alta		Pré admissão		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Transferência para a sanita	Independente	14	70,0	0	0,0	7	35,0	20	100,0	0	0,0	10	50,0
	Ajuda apenas na preparação	3	15,0	0	0,0	6	30,0	0	0,0	0	0,0	6	30,0
	Supervisão	0	0,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0
	Assistência limitada	3	15,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	3	15,0	1	5,0
	Assistência alargada	0	0,0	2	10,0	4	20,0	0	0,0	4	20,0	1	5,0
	Assistência máxima	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0
	Dependência total	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	0	0,0	16	80,0	0	0,0	0	0,0	11	55,0	0	0,0
Mobilidade na cama	Independente	18	90,0	0	0,0	12	60,0	20	100,0	0	0,0	12	60,0
	Ajuda apenas na preparação	1	5,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	2	10,0	6	30,0
	Supervisão	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	2	10,0	1	5,0
	Assistência limitada	1	5,0	9	45,0	0	0,0	0	0,0	7	35,0	1	5,0
	Assistência alargada	0	0,0	6	30,0	5	25,0	0	0,0	8	40,0	0	0,0
	Assistência máxima	0	0,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0
	Dependência total	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alimentação	Independente	18	90,0	0	0,0	4	20,0	19	95,0	0	0,0	5	25,0
	Ajuda apenas na preparação	1	5,0	2	10,0	9	45,0	1	5,0	0	0,0	8	40,0
	Supervisão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	Assistência limitada	1	5,0	6	30,0	4	20,0	0	0,0	14	70,0	6	30,0
	Assistência alargada	0	0,0	7	35,0	3	15,0	0	0,0	5	25,0	0	0,0
	Assistência máxima	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0
	Dependência total	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Relativamente ao principal modo de locomoção, ao analisarmos os dados da tabela 15 observamos que 60% da amostra do GC na pré admissão caminhava sem aparelho de suporte e 70% da amostra para o GE. Na admissão, salienta-se o facto de 85% da amostra do GC estar acamado e em 60% no GE. No período da alta, apenas 25% da amostra pertencente ao GC não necessita de aparelho de suporte para caminhar e 40% no GE. Realça-se o facto de existir um aumento da dependência ao nível do principal modo de locomoção entre a pré admissão e a alta, correspondendo o nível de

maior dependência (uso de cadeira de rodas) em 20% para o GC e 5% para o GE durante o período da alta.

Tabela 15 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Principal modo de locomoção

Principal modo de locomoção	GC						GE					
	Pré Admissão		Admissão		Alta		Pré admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Caminha sem aparelho de suporte	12	60,0	0	0,0	5	25,0	14	70,0	0	0,0	8	40,0
Caminha, usa aparelho de suporte	7	35,0	1	5,0	11	55,0	5	25,0	5	25,0	11	55,0
Cadeira de rodas	1	5,0	2	10,0	4	20,0	0	0,0	1	5,0	1	5,0
Acamado	0	0,0	17	85,0	0	0,0	1	5,0	12	60,0	0	0,0
Não houve atividade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0

Os valores da caminhada a 4 metros temporizada (em segundos), como mostram os dados da tabela 16, avaliados apenas na alta, revelam que 25% da amostra relativa ao GC gastam entre 10 a 15 segundos para percorrer a distância, enquanto que no GE esse valor aumenta para os 70%. De salientar que 20% da amostra do GC demoram mais de 30 segundos a percorrer 4 metros.

Tabela 16 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Caminhada de 4 metros

Locomoção/Caminhar		GC		GE	
		Alta			
		N	%	N	%
Caminhada de 4 metros temporizada (em segundos)	<10	1	5,0	1	5,0
	10-15	5	25,0	14	70,0
	15-20	3	15,0	3	15,0
	20- 25	3	15,0	2	10,0
	25-30	1	5,0	0	0,0
	> 30	4	20,0	0	0,0
	Parou antes de terminar o teste	0	0,0	0	0,0
	Recusou-se a fazer o teste	0	0,0	0	0,0
	Não foi testado	3	15,0	0	0,0

Quanto à distância percorrida de uma só vez sem se sentar nos últimos 3 dias/24 horas, a tabela 17 indica-nos que 5% na pré admissão, 100% na admissão e 25% na alta não andaram relativamente à amostra pertencente do GC. No GE, 5% na pré admissão, 70% na admissão e 0% na alta não andaram. De salientar que a maior distância percorrida em ambos os grupos no período da alta foi entre 5-49 metros

(40% pertencentes ao GC e 85% ao GE). Denota-se ainda que 35% da amostra do GC e 10% do GE que andavam mais de 100 metros na pré admissão, nenhum percorreu essa distância na admissão e na alta.

Tabela 17 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Distância percorrida sem se sentar

Distancia percorrida de uma vez só, sem se sentar	GC						GE					
	Pré admissão		Admissão		Alta		Pré admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não andou	1	5,0	20	100,0	5	25,0	1	5,0	14	70,0	0	0,0
<5 metros	1	5,0	0	0,0	7	35,0	0	0,0	6	30,0	1	5,0
5-49 metros	5	25,0	0	0,0	8	40,0	10	50,0	0	0,0	17	85,0
50-99 metros	6	30,0	0	0,0	0	0,0	7	35,0	0	0,0	2	10,0
>100 metros	7	35,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0
>1 Quilómetro	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

A tabela 18 refere-se à distância percorrida em cadeira de rodas de uma só vez e revela-nos que na pré admissão, 85% da amostra pertencente ao GC e 100% da amostra no GE não usou cadeira de rodas, diminuindo esta percentagem para 50% da amostra no GC e em 90% no GE aquando a alta. No período de admissão, para o GE não existiram alterações significativas, mas no GC é de referir que 15% da amostra necessitou de ser empurrada por outros, aumentando este valor no período da alta.

Tabela 18 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Distância percorrida em cadeira de rodas

Distância percorrida em cadeira de rodas de uma só vez	GC						GE					
	Pré admissão		Admissão		Alta		Pré admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Empurrado por outros	2	10,0	3	15,0	10	50,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0
Usou cadeira de rodas	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Andou sozinho <5 metros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Andou sozinho entre 5-49 metros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Andou sozinho entre 50-99 metros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Andou sozinho > 100 metros	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não usou cadeira de rodas	17	85,0	17	85,0	10	50,0	20	100,0	20	100,0	18	90,0

Ao analisarmos o nível de atividade avaliado pré admissão, a tabela 19 evidencia que 70% da amostra pertencente ao GC e 80% da amostra do GE não tinham por hábito realizar qualquer atividade física ou exercício nos 3 dias antes do aparecimento da doença, referindo 25% da amostra no GC e 20% no GE, a prática de exercício ou atividade física por um período inferior a 1 hora. Já em relação ao número de dias em que saiu de casa nos 3 dias antes do aparecimento da doença, 35% da amostra do GC refere não ter saído em nenhum dia e 35% tinha por hábito sair diariamente neste período. No GE, 75% da amostra refere ter saído de casa nos 3 dias antes do aparecimento da doença.

Tabela 19 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Nível de atividade

Estado Funcional – Nível de atividade		GC		GE	
		Pré admissão		Pré admissão	
		N	%	N	%
Número de horas de atividade ou exercício físico nos 3 dias antes do AVC	Nenhuma	14	70,0	16	80,0
	Menos de 1 hora	5	25,0	4	20,0
	1-2 horas	1	5,0	0	0,0
	3-4 horas	0	0,0	0	0,0
	Mais de 4 horas	0	0,0	0	0,0
Número de dias que saiu de casa/edifício onde reside nos 3 dias antes do AVC	Não saiu em nenhum dia	7	35,0	0	0,0
	Não saiu, mas normalmente sai durante esse período	1	5,0	3	15,0
	Saiu 1-2 dias	5	25,0	2	10,0
	Saiu nos 3 dias	7	35,0	15	75,0

Quanto ao estar acamado por motivos médicos, avaliado na admissão e na alta, como nos mostra a tabela 20, observa-se que 45% da amostra referente ao GC não tinha essa indicação e em 60% no GE na admissão. No período da alta, toda a amostra (100%) não estava acamada.

Tabela 20 – Resultados referentes ao Estado Funcional – Acamado por motivos médicos

Estado Funcional – Acamado por motivos médicos	GC				GE			
	Admissão		Alta		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	9	45,0	20	100,0	12	60,0	20	100,0
Sim	11	55,0	0	0,0	8	40,0	0	0,0

De seguida analisaremos a tabela 21, onde são comparados os resultados entre os dois grupos (GC e GE) na pré admissão e na alta. A análise será feita individualmente

relativa á preparação das refeições, realização das tarefas domésticas, gerir as finanças pessoais, gestão da medicação, uso do telefone, efetuar compras e por último ao transporte.

Em relação à preparação das refeições, 40% da amostra do GC era independente na pré admissão, contra 55% do GE, diminuindo esta percentagem no momento da alta para 20% da amostra pertencente ao GC e a 10% no GE.

De realçar que no período da pré admissão, não houve atividade desta AIVD em 55% e 45% da amostra respeitante ao GC e GE respetivamente. Na alta, 30% da amostra do GC e 55% no GE necessitam de assistência limitada.

A percentagem durante a alta em relação ao maior grau de dependência corresponde a 20% da amostra no GC com o nível de dependência total para esta atividade e a 5% no GE correspondendo ao nível de assistência máxima.

Perante a análise realizada, sugere-se um agravamento do estado funcional para esta atividade entre a pré admissão e a alta, principalmente a alteração do nível de independência para o nível que requer assistência.

Na realização das tarefas domésticas, 35% da amostra referente ao GC era independente nesta atividade na pré admissão e 65% no GE, diminuindo estes valores para 20% e 10% respetivamente no GC e GE na alta. De salientar que na pré admissão, 55% da amostra do GC e 35% da amostra do GE não realizaram esta atividade. No momento da alta, o nível de dependência maior pertence ao GC com 20% da amostra na dependência total, enquanto que no GE o nível de maior dependência corresponde a 5% da amostra a necessitarem de assistência máxima. Estes resultados também nos sugerem um agravamento do estado funcional na realização desta atividade desde a pré admissão para a alta e em menor dependência no GE comparativamente ao GC aquando a alta.

Na gestão das finanças pessoais, 45% da amostra pertencente ao GC era independente na pré admissão, 5% necessitavam de supervisão e 5% de assistência limitada. Na alta, 40% era independente, 30% necessitava de assistência limitada e 10% era dependente total para a realização desta atividade. Já no GE, 85% da amostra era independente na pré admissão e 95% na alta, necessitando de assistência alargada em 5% da amostra nesse mesmo período. De referir que na pré admissão, 45% da amostra do GC e 15% da amostra do GE não realizaram esta atividade. Para esta atividade, verifica-se um agravamento do estado funcional da amostra referente ao GC comparativamente ao GE, em que denota-se também um agravamento do estado funcional, mas menos acentuado que no GC.

Na gestão da medicação, 75% da amostra do GC e 95% da amostra do GE refere independência na pré admissão, passando para 45% e 60% no GC e GE respetivamente aquando a alta, sugerindo-nos um agravamento do estado funcional de ambos os grupos para esta atividade.

No uso do telefone, aquando a pré admissão, 85% da amostra pertencente ao GC era independente para esta atividade, 5% necessitava de supervisão e 5% de assistência limitada. Na alta denota-se uma diminuição do grau de independência (55%) e aumento da percentagem relativa a níveis de maior dependência (15% a necessitarem de supervisão, 15% com assistência limitada, 5% com assistência alargada e 5% com assistência máxima). Já no GE, 95% da amostra era independente na pré admissão, diminuindo para 80% da amostra aquando a alta, necessitando de 20% de assistência limitada para a realização da atividade aquando a alta.

Em relação à atividade de subir escadas (12-14 degraus), verificamos que em ambos os grupos houve uma diminuição da percentagem referente ao nível de independência desde a pré admissão até à alta (70% da amostra do GC refere ser independente na pré admissão e 35% na alta e no GE, 95% eram independentes na pré admissão e 50% na alta).

Estes resultados sugerem-nos um agravamento do estado funcional na realização desta atividade, mais acentuada no GC que no GE.

Para efetuar compras, 55% da amostra de ambos os grupos eram independentes na pré admissão, verificando-se uma diminuição no GC para 50% da amostra e um aumento no GE para 65% no período da alta. De referir que 35% da amostra do GC e 45% do GE não realizaram esta atividade no período da pré admissão. Relativamente ao GE, 0% na pré admissão necessitavam de assistência limitada enquanto que na alta, aumentou para 20% da amostra. Já no GC, 5% na pré admissão necessitavam de supervisão e outros 5% eram totalmente dependentes, existindo um aumento neste nível de dependência para 10% aquando a alta.

Por último, em relação ao transporte, 65% da amostra pertencente ao GC e 95% pertencente ao GE, eram independentes para esta atividade no período da pré admissão. Na alta, estes valores descem para 30% e 55% nos GC e GE respetivamente. O nível de maior dependência aquando a alta para ambos os grupos é a dependência total com 5% da amostra.

A análise dos resultados referentes à variável Estado Funcional no auto desempenho das AIVDs e capacidade, em termos gerais, sugerem um agravamento do estado funcional dos participantes de ambos os grupos entre a pré admissão e a alta, mais acentuado no GC comparativamente ao GE.

Tabela 21 – Resultados referentes à variável Estado Funcional - Auto desempenho e capacidade nas AIVDs

Auto desempenho e capacidade nas AIVDs		GC				GE			
		Pré Admissão		Alta		Pré Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Preparação das refeições	Independente	8	40,0	4	20,0	11	55,0	2	10,0
	Ajuda na preparação	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0
	Supervisão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	Assistência limitada	0	0,0	6	30,0	0	0,0	11	55,0
	Assistência alargada	0	0,0	3	15,0	0	0,0	4	20,0
	Assistência máxima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	Dependência total	1	5,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	11	55,0	2	10,0	9	45,0	0	0,0
Tarefas domésticas	Independente	7	35,0	4	20,0	13	65,0	2	10,0
	Ajuda na preparação	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	Supervisão	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	Assistência limitada	0	0,0	6	30,0	0	0,0	11	55,0
	Assistência alargada	1	5,0	4	20,0	0	0,0	4	20,0
	Assistência máxima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	Dependência total	1	5,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	11	55,0	2	10,0	7	35,0	0	0,0
Gerir as finanças pessoais	Independente	9	45,0	8	40,0	17	85,0	19	95,0
	Ajuda na preparação	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Supervisão	1	5,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Assistência limitada	1	5,0	6	30,0	0	0,0	0	0,0
	Assistência alargada	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0
	Assistência máxima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Dependência total	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	9	45,0	1	5,0	3	15,0	0	0,0

Auto desempenho e capacidade nas AIVDs (continuação)		GC				GE			
		Pré Admissão		Alta		Pré Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Gerir a medicação	Independente	15	75,0	9	45,0	19	95,0	12	60,0
	Ajuda na preparação	0	0,0	2	10,0	0	0,0	5	25,0
	Supervisão	3	15,0	4	20,0	0	0,0	0	0,0
	Assistência limitada	1	5,0	3	15,0	0	0,0	3	15,0
	Assistência alargada	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Assistência máxima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Dependência total	1	5,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0
Uso do telefone	Independente	17	85,0	11	55,0	19	95,0	16	80,0
	Ajuda na preparação	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Supervisão	1	5,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0
	Assistência limitada	1	5,0	3	15,0	0	0,0	4	20,0
	Assistência alargada	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Assistência máxima	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Dependência total	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	1	5,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0
Escadas	Independente	14	70,0	7	35,0	19	95,0	10	50,0
	Ajuda na preparação	1	5,0	1	5,0	0	0,0	5	25,0
	Supervisão	1	5,0	2	10,0	0	0,0	3	15,0
	Assistência limitada	0	0,0	3	15,0	0	0,0	1	5,0
	Assistência alargada	0	0,0	4	20,0	0	0,0	1	5,0
	Assistência máxima	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0
	Dependência total	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	4	20,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0
Compras	Independente	11	55,0	10	50,0	11	55,0	13	65,0
	Ajuda na preparação	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Supervisão	1	5,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0
	Assistência limitada	0	0,0	2	10,0	0	0,0	4	20,0
	Assistência alargada	0	0,0	1	5,0	0	0,0	3	15,0
	Assistência máxima	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Dependência total	1	5,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	7	35,0	1	5,0	9	45,0	0	0,0

	Auto desempenho e capacidade nas AIVDs (continuação)	GC				GE			
		Pré Admissão		Alta		Pré Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Transporte	Independente	13	65,0	6	30,0	19	95,0	11	55,0
	Ajuda na preparação	0	0,0	3	15,0	0	0,0	5	25,0
	Supervisão	1	5,0	1	5,0	0	0,0	2	10,0
	Assistência limitada	1	5,0	3	15,0	0	0,0	1	5,0
	Assistência alargada	1	5,0	4	20,0	0	0,0	1	5,0
	Assistência máxima	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0
	Dependência total	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0
	Não houve atividade	4	20,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0

Os resultados da variável continência, apresentados na tabela 22, mostram-nos que do ponto de vista da continência urinária, 60% da amostra pertencente ao GC eram continentes na pré admissão, 45% na admissão e 60% na alta. No GE, 80% da amostra mantiveram-se continentes nos três momentos de avaliação. No GC, 100% não usava aparelho de recolha de urina na pré admissão, diminuindo este valor para 85% na admissão (por 15% dos participantes usarem cateter permanente), regressando novamente aos 100% na alta. Já no GE, houve um aumento de 0% para 5% entre a pré admissão e admissão por utilização de cateter permanente, regressando aos 0% na alta.

Relativamente á continência fecal, ambos os grupos não sofrem alterações, mantendo-se os 100% da amostra com continência fecal na pré admissão, admissão e alta. 40% da amostra referente ao GC utilizavam pensos/fraldas na pré admissão, admissão e alta, comparativamente com 20% da amostra do GE.

Tabela 22 – Resultados da Variável Continência

Continência		GC						GE					
		Pré Admissão		Admissão		Alta		Pré Admissão		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Continência urinária	Continente	12	60,0	9	45,0	12	60,0	16	80,0	16	80,0	16	80,0
	Controlo com cateter ou ostomia	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Raramente incontinente	3	15,0	4	20,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Algumas vezes incontinente	3	15,0	3	15,0	3	15,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0
	Frequentemente incontinente	2	10,0	1	5,0	3	15,0	3	15,0	3	15,0	3	15,0
	Incontinente	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0
	Não aconteceu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Aparelho de recolha de urina	Nenhum	20	100,0	17	85	20	100,0	20	100,0	19	95,0	20	100,0
	Preservativo de urina	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Cateter permanente	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0
	Ostomia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Continência fecal	Continente	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0	20	100,0
	Controlo com ostomia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Raramente incontinente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Algumas vezes incontinente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Frequentemente incontinente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Incontinente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Não aconteceu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Uso de pensos/fraldas	Não	12	60,0	12	60,0	12	60,0	16	80,0	16	80,0	16	80,0
	Sim	8	40,0	8	40,0	8	40,0	4	20,0	4	20,0	4	20,0

Os resultados da variável condições de saúde em relação às quedas, relatados na tabela 23, indicam-nos que no GC 55% não referiram quedas nos últimos 90 dias, tendo sido referido por 25% como tendo acontecido 1 vez nos últimos 30 dias e por 10%, duas ou mais vezes. Já no GE, o valor sobe para 75% dos participantes que não

sofreram nenhuma queda nos últimos 90 dias e 25% caiu uma vez nos últimos 30 dias. Durante o internamento não foi observada qualquer queda.

Tabela 23 – Resultados referentes à variável Condições Saúde – Quedas

		GC				GE			
		Admissão		Alta		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Quedas	Nenhuma nos últimos 90 dias	11	55,0	-	-	15	75,0	-	-
	Caiu há 31-90 dias	2	10,0	-	-	0	0,0	-	-
	Uma queda nos últimos 30 dias	5	25,0	-	-	5	25,0	-	-
	Duas ou mais nos últimos 30 dias	2	10,0	-	-	0	0,0	-	-
Quedas recentes	O doente não caiu desde a última avaliação	-	-	20	100,0	-	-	20	100,0
	O doente caiu desde a última avaliação	-	-	0	0,0	-	-	0	0,0

Da tabela 24, constatamos em relação ao equilíbrio, avaliado na admissão e alta, uma diminuição na dificuldade ou incapacidade de se levantar sem ajuda de 95% para 40% na amostra pertencente ao GC e de 85% para 0% em relação ao GE. 85% de ambos os grupos refere na admissão dificuldade ou incapacidade de se virar e olhar na direção oposta quando está de pé, aumentando esse valor na alta para 100%. Em relação à náusea, 25% da amostra pertencente ao GC e 50% pertencente ao GE referem ter tido na admissão, tendo sido resolvido durante o internamento.

Tabela 24 – Resultados referentes à variável Condições de Saúde - Equilíbrio

Equilíbrio		Admissão		Alta		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Tem dificuldade ou é incapaz de se levantar sem ajuda	Não	1	5,0	12	60,0	3	15,0	20	100,0
	Sim	19	95,0	8	40,0	17	85,0	0	0,0
Tem dificuldade ou é incapaz de se virar e olhar na direção oposta quando está em pé	Não	3	15,0	20	100,0	3	15,0	20	100,0
	Sim	17	85,0	0	0,0	17	85,0	0	0,0
Situação Gastrointestinal - Náusea	Não	15	75,0	20	100,0	10	50,0	20	100,0
	Sim	5	25,0	0	0,0	10	50,0	0	0,0

Na tabela 25 estão inscritos os resultados da variável condições de saúde para o sintoma dispneia, e podemos constatar a ausência do sintoma em 90% dos participantes do GC na pré admissão e na alta e 52% na alta, verificando-se a sua

presença para a realização de atividades moderadas em 20% na pré admissão, aumentando para 30% na admissão, retornando novamente para os 20% aquando da alta. No GE observamos a ausência de dispneia em 80% na admissão, aumentando para 85% aquando a alta. A presença de dispneia para atividades moderadas é de 20% na pré admissão, diminuindo para 15% na alta.

Tabela 25 – Resultados referentes à variável Condições de Saúde – Dispneia

Dispneia	GC						GE					
	Pré Admissão		Admissão		Alta		Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausência de sintoma	16	80,0	14	70,0	16	80,0	16	80	16	80	17	85
Presente na realização de atividades moderadas	4	20,0	6	30,0	4	20,0	4	20	3	15	3	15
Presente na realização de atividades diárias normais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0
Presente em repouso	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Em relação à análise da tabela 26, podemos constatar a ausência de sintoma em 65% dos participantes na pré admissão para o GC e em 85% no GE. Na alta, 65% dos participantes do GC mantêm-se sem fadiga e em 90% no GE. A fadiga de intensidade mínima é referida por 35% no GC aquando a admissão e na alta, enquanto que no GE apenas 15% o referem na pré admissão, diminuindo para 10% na alta.

Tabela 26 – Resultados referentes à variável Condições de Saúde – Fadiga

Fadiga	GC						GE					
	Pré Admissão		Admissão		Alta		Pré Admissão		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhuma	13	65,0	11	55,0	13	65,0	17	85,0	17	85,0	18	90,0
Mínima	7	35,0	9	45,0	7	35,0	3	15,0	3	15,0	2	10,0
Moderada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grave	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Incapaz de iniciar atividade	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Ao compararmos os resultados dos sintomas de dor na pré admissão, admissão e alta quanto à frequência, intensidade e persistência, pela tabela 27, verificamos poucas variações dos valores nos 3 momentos de avaliação. Ao analisarmos os dados, verificamos que relativamente à frequência de dor aquando a pré admissão, 85% da

amostra de ambos os grupos não tinham sintomatologia, 10% manifestou dor nos últimos 3 dias/24 horas e 5% nos últimos 3 dias. De realçar que existe um ligeiro aumento para ambos os grupos entre a pré admissão e admissão nos últimos 3 dias/24 horas (de 10% para 20% no GC e de 10% para 25% no GE). Na alta, 100% da amostra referente a ambos os grupos não tinha dor.

Em relação à intensidade, 25 % da amostra do GC referem dor de intensidade moderada e 5 % dor forte aquando a admissão. Já no GE, 5% classifica de fraca a sua dor e 45% de moderada. No momento da alta, 95% da amostra pertencente a ambos os grupos não têm dor, 5% da amostra do GC tem dor fraca e 5% tem dor moderada no GE.

Quanto à persistência, é de realçar a dor intermitente referida por 10% da amostra de ambos os grupos na pré admissão, aumentando para 15% no GC e em 20% no GE aquando a admissão, tendo diminuído para 0% na alta em ambos os grupos.

Tabela 27 – Resultados referentes à variável Condições de Saúde – Sintomas de dor

Sintomas de dor		GC						GE					
		Pré Admissão		Admissão		Alta		Pré Admissão		Admissão		Alta	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frequência	Sem dor	17	85,0	14	70,0	20	100,0	17	85,0	10	50,0	20	100,0
	Não manifestada nos últimos 3 dias/24 h	2	10,0	2	10,0	0	0,0	2	10,0	5	25,0	0	0,0
	Nos últimos 3 dias/24 h	1	5,0	4	20,0	0	0,0	1	5,0	5	25,0	0	0,0
Intensidade	Sem dor	17	85,0	14	70,0	19	95,0	18	90,0	10	50,0	19	95,0
	Fraca	1	5,0	0	0,0	1	5,0	1	5,0	1	5,0	0	0,0
	Moderada	2	10,0	5	25,0	0	0,0	1	5,0	9	45,0	1	5,0
	Forte	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Lancinante	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Persistência	Sem dor	17	85,0	14	70,0	18	90,0	18	90,0	10	50,0	20	100,0
	Uma vez há 3 dias/24 h	1	5,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0
	Intermitente	2	10,0	3	15,0	0	0,0	2	10,0	4	20,0	0	0,0
	Constante	0	0,0	3	15,0	0	0,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0

Ao analisarmos os resultados da variável Estado nutricional e Oral da tabela 28 relativamente ao modo de ingestão nutricional, verificamos que 60% da amostra pertencente ao GC ingere dieta normal na admissão, aumentando para 80% no momento da alta. Já no GE, não existem alterações aquando a admissão e a alta, mantendo-se nos 75% da amostra. De salientar ainda que no período de admissão, 20% da amostra pertencente ao GC necessita de modificação para ingerir líquidos, 15% necessitaram da introdução de sonda nasogástrica e 5% ingeriram alimentos sólidos em puré e líquidos espessos. Na alta, apenas os 20% que necessitavam de modificação para ingerir líquidos se mantiveram, uma vez que as restantes percentagens regrediram para os 0%. Já no GE aquando a admissão, 15% ingerem alimentos sólidos em puré e líquidos espessos, e 10% necessitam de modificação para ingerir líquidos. Na alta, aumenta para 25% da amostra a necessidade de modificação para ingerir líquidos, diminuindo para 0% a necessidade da amostra ingerir alimentos sólidos em puré e líquidos espessos. Os resultados analisados sugerem uma melhoria do estado nutricional e oral em ambos os grupos entre o período da admissão e alta, sendo ligeiramente maior no GC que no GC.

Tabela 28 – Resultados referentes à variável Estado nutricional e Oral

Modo de ingestão nutricional	GC				GE			
	Admissão		Alta		Admissão		Alta	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	12	60,0	16	80,0	15	75,0	15	75,0
Independente modificado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Necessita de modificação da alimentação para ingerir alimentos sólidos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Necessita de modificação para ingerir líquidos	4	20,0	4	20,0	2	10,0	5	25,0
Ingere alimentos sólidos em puré e líquidos espessos	1	5,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0
Alimentação por via oral e parentérica ou entérica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alimentação por sonda nasogástrica	3	15,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alimentação por sonda abdominal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Alimentação parentérica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

3.3 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após efetuada a análise descritiva dos dados obtidos resultantes da aplicação do instrumento de colheita de dados, iremos realizar a análise inferencial, baseada na aplicação de testes estatísticos de forma a verificar as hipóteses em estudo.

Assim, para testarmos a hipótese 1 - “Existe diferença do estado funcional do doente com AVC no período entre a pré admissão, admissão e a alta”, recorreremos aos resultados obtidos pelas seguintes escalas e respetivos testes:

1 - “Versão curta da escala AVDs”, comparando os resultados do teste de *Friedman* para amostras emparelhadas, entre a pré admissão, admissão e a alta.

2 - “Escala Hierárquica das AVDs”, comparando os resultados do teste de *Friedman* para amostras emparelhadas, entre a pré admissão, admissão e a alta.

3 - “Escala das AIVDs”, comparando os resultados do teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas na pré admissão e a alta.

De forma a verificar se existe diferença do estado funcional através dos valores obtidos pela Versão Curta da Escala das AVDs entre a pré admissão, admissão e a alta, realizámos o teste de *Friedman* para amostras emparelhadas e ao analisarmos os resultados presentes na tabela 29, verificamos através dos valores médios da versão curta da escala das AVDs, um aumento do estado funcional entre a pré admissão e a admissão e uma melhoria entre a admissão e a alta, mas mantendo a tendência de agravamento do estado funcional entre a pré admissão e a alta.

Tabela 29 - Estatísticas descritivas da versão curta da escala das AVDs na pré admissão, admissão e alta

Estatísticas	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Pré admissão	20	1,10	2,382	0	7
Admissão	20	11,00	2,902	4	16
Alta	20	3,40	4,018	0	11

Em relação aos dados da tabela 30, verificamos uma ordenação média mais alta na categoria da versão curta da escala das AVDs aquando a admissão (3,00) em relação ao período de alta (1,80), sugerindo-nos uma melhoria do estado funcional entre a admissão e a alta, apesar de se confirmar uma diminuição entre a pré admissão e admissão, traduzindo-se num agravamento do estado funcional nesse período. Em função dos resultados obtidos pela aplicação do teste de *Friedman*, verificaram-se

valores de *Chi Square* = 37,333 e $p = 0,000$, permitindo-nos afirmar que existe diferença significativa nos valores da Versão curta da escala das AVDs entre a pré admissão, admissão e a alta.

Tabela 30 - Estatísticas do teste de Friedman para amostras emparelhadas em relação à Versão curta da Escala das AVDs na admissão e alta

Categorias	Média da categoria	N	Chi-Square	p
Versão curta da Escala das AVDs na pré admissão	1,20	20	37,333	0,000
Versão curta da Escala das AVDs na admissão	3,00			
Versão curta da Escala das AVDs na alta	1,80			

$p < 0,05$

Da mesma forma, para verificarmos se existe diferença do estado funcional através dos valores obtidos pela escala da hierarquia das AVDs entre a pré admissão, admissão e a alta, realizámos o teste *Friedman* para amostras emparelhadas.

Pela análise da tabela 31 verificamos um valor médio de 4,80 na admissão, indicando-nos maior dependência neste momento de avaliação. Os resultados observados levam-nos a crer que existe uma melhoria do estado funcional entre a admissão e a alta, porém, mantendo a tendência de agravamento entre a pré admissão e a alta.

Tabela 31 – Estatísticas descritivas da escala da hierarquia das AVDs na pré admissão, admissão e alta

Estatísticas	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Pré admissão	20	1,348	0,65	0	4
Admissão	20	4,80	0,768	2	6
Alta	20	1,90	1,944	0	5

Os dados da tabela 32 permitem-nos observar que a categoria da escala da hierarquia das AVDs na admissão é a que possui a ordenação média mais alta (2,98), traduzindo a maior dependência na realização das AVDs. Apesar de existir uma melhoria entre a admissão e a alta, mantém-se um aumento do estado funcional entre a pré admissão e a alta. Em função dos resultados obtidos pela aplicação do teste de *Friedman* verificaram-se valores de *Chi Square* = 36,535 e $p = 0,000$, permitindo-nos afirmar que existe diferença estatística muito significativa ($p < 0,01$) nos valores da escala da hierarquia das AVDs entre a pré admissão, admissão e a alta.

Tabela 32 - Estatísticas do teste de Friedman para amostras emparelhadas em relação à escala da hierarquia das AVDs na pré admissão, admissão e alta

Categorias	Média da categoria	N	Chi-Square	p
Escala da hierarquia das AVDs na pré admissão	1,20	20	36,535	0,000
Escala da hierarquia das AVDs na admissão	2,98			
Escala da hierarquia das AVDs na alta	1,83			

$p < 0,05$

Também para verificarmos se existe diminuição do estado funcional através dos valores obtidos pela média da Escala das AIVDs entre a pré admissão e a alta, realizámos o teste *Wilcoxon* para amostras emparelhadas e verificámos que os valores descritos da tabela 33 indicam que 9 pessoas apresentam ordenações médias da escala AIVDs superiores na alta em relação à pré admissão, confirmando-se a maior dependência na concretização destas atividades.

Tabela 33 - Comparação de resultados das categorias da Escala das AIVDs entre a pré admissão e a alta

Categorias de teste de Wilcoxon	N	Média	Soma
Valores da escala AIVDs-Pré admissão > Valores da escala AIVDs Alta	8	8,63	69,00
Valores da escala AIVDs-Pré admissão < Valores da escala AIVDs Alta	9	9,33	84,00
Valores da escala AIVDs-Pré admissão = Valores da escala AIVDs Alta	3		
Total	20		

Tendo em conta a análise aos resultados da tabela 34, observamos que as ordenações médias da escala das AIVDs são mais elevados na alta (18,20). Os resultados do teste, $Z = -0,356$ e $p = 0,722$, permitem-nos afirmar que existe diferença nas ordenações médias da escala das AIVDs entre a pré admissão e a alta, porém esta diferença estatisticamente não é significativa ($p > 0,05$).

Tabela 34 – Estatísticas descritivas da Escala AIVDs na pré admissão e na alta

Escala das AIVDs	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Z	p
Pré admissão	17,15	15,567	0	42	-0,356	0,722
Alta	18,20	12,907	0	44		

$p < 0,05$

De uma forma global e tendo em conta os resultados obtidos na avaliação do estado funcional através dos resultados dos testes aplicados às três escalas (AVDs, EHAVDs e AIVDs) que permitem medir ganhos na dependência para a realização das AVDs e AIVDs, sugerem uma diferença do estado funcional aquando a pré admissão, admissão e a alta, permitindo-nos aceitar a hipótese 1.

De forma a testar a hipótese 2 – “ Existe maior benefício do estado funcional do doente com AVC na alta cumprindo programa extra de Reabilitação (GE) do que num programa de Reabilitação diária (GC)”, aplicámos o teste de *Mann-Whitney* (tabela 35) e verificámos que os doentes do GE apresentam ordenações médias mais baixas em todas as categorias, sugerindo um melhoramento do estado funcional cumprindo programa extra de reabilitação aquando a alta. Contudo, os resultados do teste de *Mann-Whitney* permitiram concluir que as diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas para a Versão curta da Escala das AVDs e para a Escala da hierarquia das AVDs ($p > 0,05$), mas significativas para a Escala de AIVDs ($p < 0,05$).

Tabela 35 - Resultados do teste de *Mann-Whitney* na alta entre o GC e o GE e com a versão curta da escala das AVDs, escala da hierarquia das AVDs e escala das AIVDs

Categorias	Grupo	N	Média	Z	p
Escala AIVDs	GC	20	24,45	-2,141	0,032
	GE	20	16,55		
	Total	40			
Versão curta da Escala das AVDs	GC	20	22,95	-1,406	0,160
	GE	20	18,05		
	Total	40			
Escala da hierarquia das AVDs	GC	20	23,05	-1,476	0,140
	GE	20	17,95		
	Total	40			

$p < 0,05$

Confirmados os pressupostos de normalidade da distribuição em relação à variável escala das AIVDs confirmados no subcapítulo 2.7 do presente estudo através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, optámos pela realização do teste paramétrico teste *t* de *Student* conforme nos indica a tabela 36 e verificamos pela análise dos resultados que as ordenações médias das AIVDs na alta são superiores no GE, comparativamente ao GC, existindo diferença significativa entre o programa de reabilitação diária (GC) e extra (GE) no estado funcional do doente com AVC aquando a alta.

Tabela 36 – Resultados do Teste *t* de *Student* para amostras independentes na alta entre o GC e o GE e a escala das AIVDs

Categoria	Grupo	N	Média	Desvio Padrão	p
Escala de AIVDs	GC	20	18,20	12,907	0,020
	GE	20	10,10	7,144	

$p < 0.05$

Em síntese, a análise das tabelas anteriores permitiu verificar que se confirma parcialmente a hipótese 2 de investigação, ou seja, existe maior benefício do estado funcional do doente com AVC cumprindo programa extra de reabilitação no momento da alta, permitindo uma independência maior para a realização das AIVDs.

Para testarmos a hipótese 3 – “Existem associações entre o estado funcional do doente com AVC na alta cumprindo programa extra de Reabilitação (GE) e as variáveis idade, género e dias de internamento”, aplicámos o teste de correlação de *Spearman*.

Pela análise aos resultados da tabela 37, verificamos que apenas a idade parece estar relacionada de forma estatisticamente significativa na alta no que respeita à Versão curta das AVDs ($rs=0,454$ e $p= 0.044$) e à escala de AIVDs ($rs=0,464$ e $p= 0.039$). Esta associação entre variáveis, apesar de baixa, é positiva, sugerindo que quanto maior é a idade dos doentes, maiores as dificuldades nas AVDs e AIVDs no momento da alta. Desta forma, a hipótese 3 é confirmada parcialmente.

Tabela 37 – Resultados do teste da correlação de *Spearman* na alta entre a idade, género e tempo de internamento com a versão curta da escala das AVDs, escala da hierarquia das AVDs e escala das AIVDs

Estatísticas		Versão curta da Escala das AVDs	Escala da hierarquia das AVDs	Escala das AIVDs
Idade	rs	0,454	0,439	0,464
	p	0,044	0,053	0,039
	N	20	20	20
Tempo de Internamento	rs	-0,120	-0,112	-0,049
	p	0,613	0,637	0,837
	N	20	20	20
Género	rs	0,160	0,218	0,301
	p	0,501	0,355	0,198
	N	20	20	20

$p < 0,05$

Resumindo, a análise dos resultados efetuada permitiu caracterizar a amostra, verificando que a maior prevalência na amostra foi de doentes do género feminino, com mais de 70 anos, maioritariamente casados e viúvos, a viver com o cônjuge em habitação própria. A maior parte iniciou sintomatologia da doença nos últimos 7 dias antes do internamento, não tendo estado internados nos últimos 90 dias. A média de dias de internamento situou-se entre os 10 e 15 dias, retornando a maioria às suas habitações.

A análise descritiva dos resultados permitiu descrever as características da amostra com base nas variáveis em estudo e verificámos que quase a totalidade das variáveis sugerem um agravamento do estado funcional do doente com AVC desde o aparecimento da sintomatologia até à alta, mantendo-se uma tendência de aumento da dependência funcional mais acentuado nos doentes que cumprem programa de reabilitação diária comparativamente com aqueles que cumprem programa de reabilitação de frequência extra.

Por último, relativamente à análise inferencial, verificamos que os resultados da aplicação das escalas efetuadas sugerem um agravamento do estado funcional entre a pré admissão e admissão, melhorando entre a admissão e a alta, mas mantendo-se uma tendência de aumento da dependência funcional entre a pré admissão e a alta. Também os testes efetuados demonstraram não existir diferença estatística significativa na alta para a versão curta da escala das AVDs, e escala hierárquica das AVDs. Porém, o teste efetuado para a escala das AIVDs demonstrou diferença estatística significativa entre o programa de reabilitação de frequência diária e extra no período da alta.

Em relação às correlações entre a idade, tempo de internamento e género com as escalas das AVDs, AIVDs e escala hierárquica das AVDs, apenas podemos sugerir que nos doentes que cumprem programa extra de reabilitação, quanto maior a idade dos doentes maior é a dependência na realização das AIVDs no momento da alta.

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo e após concluído o tratamento estatístico e a análise dos dados obtidos, serão agora discutidos os resultados. A síntese e apreciação crítica destes resultados permite refletir sobre o trabalho realizado, realçar os dados significativos que foram encontrados e confrontá-los com a literatura científica existente neste domínio, quer nacional quer internacional.

Desta forma, irão ser discutidos os resultados mais significativos para o presente estudo tendo em conta os objetivos e hipóteses definidas, comparando sempre que possível a sua justificação com o referencial teórico elaborado.

Os resultados obtidos resultaram da aplicação do formulário InterRAI-CA-PT (Amaral et al., 2014) a 40 doentes vítimas de AVC internados no serviço de Neurologia A do CHUC (20 doentes pertencentes ao GC e outros 20 ao GE) entre Setembro de 2016 e Março de 2017, onde predomina o sexo feminino (52,5%), com a média de idades compreendida entre os 70 anos, maioritariamente viúvos (47,5%) e casados (47,5%), provenientes da sua habitação própria (60%), a viver com o seu cônjuge (35%). 36% da amostra não esteve internada nos últimos 90 dias. O episódio desencadeador da admissão foi nos últimos 7 dias (87,5%), em que permaneceram no serviço de urgência menos de 8 horas (62,5%), tendo o internamento na Neurologia A uma duração média de 10 dias (GE) e 15 dias (GC) em que 57,5% da amostra retornou à sua habitação própria após a alta.

Relativamente aos resultados obtidos na variável Cognição, verificámos que 90% eram independentes na capacidade de tomar decisões do dia-a-dia na pré admissão, diminuindo para 85% na admissão e alta, sugerindo um agravamento durante o internamento para este tipo de capacidades. Resultados semelhantes observam-se no período entre a pré admissão e a admissão referentes à memória a curto prazo e memória situacional, onde se observa uma diminuição para esta capacidade, mas voltando a igualar aquando a alta. No GE, não houveram alterações mantendo-se a mesma tendência entre a pré admissão, admissão e a alta em todas as componentes da variável.

Apesar de não existirem estudos na literatura existente que evidenciem os resultados obtidos, Branco e Santos (2010), Silva (2010) salientam o facto de surgirem

perturbações da capacidade de ter um comportamento intelectual, dificuldades de raciocínio, de compreender significados e na incapacidade de fazer planos aquando o episódio de AVC. As alterações supracitadas pelos autores fazem com que os doentes possam ter dificuldade em aprender novos conceitos ou habilidades, de lembrar ou recuperar essa informação, condicionando desta forma o plano de reabilitação, para o qual o EER deve estar atento, e desenvolver estratégias, inicialmente, de avaliação da capacidade cognitiva e, posteriormente, estimulação cognitiva precoce (OE, 2011).

Em relação aos resultados obtidos para a variável Comunicação, visão e audição, verificamos que não houveram alterações significativas na componente audição, mantendo-se a mesma tendência entre a pré admissão e admissão.

Já na visão, constatamos uma tendência de piora desde a pré admissão para a admissão referente ao GC (25% da amostra na pré admissão tinham dificuldade mínima na visão, aumentando para 40%), sendo este facto justificável por Branco e Santos (2010) e Martins (2006) que referem os distúrbios do campo visual (diminuição da acuidade visual, hemianópsia e diplopia) como os mais comuns das alterações sensoriais decorrentes do aparecimento do AVC.

Na comunicação, a capacidade em compreender os outros mantém-se integra desde a admissão até à alta, mas no que concerne à capacidade de fazer-se entender, para ambos os grupos da amostra houve uma tendência de piora dos resultados desde a pré admissão para a admissão e da pré admissão para a alta e uma melhoria dos resultados na alta em relação à admissão. Weinstein et al. (2016) referem que cerca de 20% dos doentes com AVC apresentam disartria e salientam a ausência de consenso no que concerne à quantidade ideal, frequência e tempo de tratamento.

Para a variável Estado funcional, no que respeita ao Auto desempenho nas AVDs avaliados na pré admissão, admissão e alta (higiene pessoal, caminhar, transferência para a sanita, uso da casa de banho, mobilidade na cama e alimentação), verificamos a existência de uma diminuição significativa no nível de independência para o nível de ajuda na preparação e de assistência em ambos os grupos, entre a pré admissão e admissão e posteriormente volta a melhorar para níveis de independência superiores na alta, no entanto ainda inferiores à pré admissão. Na AVD tomar banho, somente avaliada na pré admissão e alta, constatamos o mesmo. Por tudo o que foi afirmado anteriormente, é notável a alteração do estado funcional para um aumento do declínio do mesmo para o Auto desempenho nas AVDs, sendo mais evidente esse declínio no GC comparativamente ao GE.

Perante os resultados obtidos e a comparação com a literatura existente, parece existir algum consenso em relação à observação de diminuição no auto desempenho nas AVDs entre os doentes nestas situações. A OE (2011) e Weinstein et al. (2016) referem que após o AVC todas as AVDs são influenciadas em diferentes graus, de acordo com a gravidade da situação, passando normalmente a pessoa de um estado de independência, para um grau de dependência na satisfação dos seus autocuidados. Neste contexto, o EER deve responsabilizar o doente pelo seu autocuidado, permitindo uma adaptação gradual às suas limitações, encorajando-o na realização das atividades em que possa usar as partes do corpo não afetadas pelo AVC e promover processos de readaptação para os autocuidados (OE, 2011).

Quanto ao principal modo de locomoção verificamos em ambos os grupos um aumento do grau de dependência entre a pré admissão e admissão e posteriormente volta a melhorar para níveis de independência superiores na alta, no entanto ainda inferiores à pré admissão, levando-nos a afirmar a existência da alteração do estado funcional para esta atividade, associado a um declínio funcional desde a pré admissão até à alta.

Estes resultados vão de encontro com Baer et al. como referido por Moita 2006, onde referem que de 50% a 80% dos utentes recuperam a capacidade para andar depois de sofrerem o AVC, ainda que parcialmente. Em determinadas situações, Branco e Santos (2010) e DGS (2010) salientam a necessidade de recorrer à utilização de auxiliares de marcha (andarilho, bengala, tripé), acompanhado pelo EER que vigia todas as alterações ocorridas, adaptando a necessidade de produtos de apoio a cada dia, de acordo com a evolução apresentada pelo doente (OE, 2011).

Relativamente ao Nível de atividade, verificamos que 70% do GC e 80% do GE não realizaram qualquer exercício ou atividade física nos 3 dias antes da instalação de sintomatologia do AVC, referindo 25% e 20% dos GC e GE respetivamente a prática de exercício ou atividade física com menos de 1 hora.

De acordo com os autores Branco e Santos (2010), a atividade física é benéfica para a redução de doença cerebrovascular, permitindo controlar o peso corporal, reduzir a tensão arterial, os triglicéridos e a adesão plaquetária. Num estudo de Lee, Folsom e Blair como referido por Buchan, Balami e Arba 2013, as pessoas fisicamente ativas tinham um menor risco de ocorrência de AVC do que pessoas com um baixo nível de atividade física, sendo o papel do EER importante na avaliação da situação de saúde destes doentes, de forma a promover estilos de vida saudáveis e os potenciais de saúde existentes e fornecer informação pertinente (OE, 2011).

Quanto ao estar acamado por motivos médicos, 55% do GC e 35% do GE tinham indicação para estar em repouso no leito aquando a admissão. Estes dados vão de encontro à DGS (2010) que defende como atuação recomendada para o tratamento do AVC, o repouso no leito durante as primeiras 24h, reforçando a mobilização precoce assim que a situação clínica for estabilizada.

Em relação aos resultados obtidos no Auto desempenho das AIVDs e Capacidade avaliados na pré admissão e na alta, sugerem um agravamento do estado funcional para as atividades de preparação das refeições, realização das tarefas domésticas, gestão das finanças, gestão da medicação, subir um lance de escadas (12-14 degraus), realizar compras e o uso do transporte. Este agravamento do estado funcional desde a admissão para a alta sugerem uma maior dependência para o auto desempenho das AIVD e consequentemente, um aumento do declínio funcional desde a pré admissão até à alta.

Para Berian, Bilimoria, Ko, Robinson e Rosenthal (2016), o declínio funcional acontece quando a pessoa tem dificuldade para realizar as AVDs e AIVDs. Assim, considerando o declínio funcional um resultado da hospitalização por eventos agudos e com impacto na realização das AVDs, Boyd, et al. (2009) referem ser difícil a avaliação do declínio em doentes idosos hospitalizados pela dificuldade em avaliar a sua capacidade funcional e o estado de saúde anterior ao internamento.

Por tudo o que foi dito anteriormente, Bucha et al. (2013) apontam o AVC como sinónimo de comprometimento funcional referindo existir entre os sobreviventes, 50% a 70% que recuperam a independência funcional, 15% a 30% são incapacitados permanentes e 20% a necessitar de cuidados institucionais e, segundo a OE (2011) o EER tem um papel preponderante no desenvolvimento da promoção da funcionalidade e dos autocuidados, bem como em ações que visem a prevenção de complicações.

Os resultados obtidos da variável Continência indicam um agravamento do estado funcional relativamente à continência urinária pelo uso do cateter permanente em ambos os grupos (de 0% para 15% no GC e de 0% para 5% no GE) entre a pré admissão e na admissão, sendo a situação resolvida aquando a alta (0% para GC e GE). Já os resultados relativos à continência fecal são idênticos nos três momentos de avaliação no GC e no GE.

A revisão bibliográfica vai de encontro aos resultados obtidos em que Branco e Santos (2010) defendem o recurso à algaliação durante 24h numa fase inicial em que o doente não consegue urinar e entra em retenção urinária por supressão do tónus dos

músculos da bexiga. Um estudo (Burney et al., 1996) citado por Menoita et al. (2012) que avaliou 45 homens e 15 mulheres com AVC com 72 horas de evolução, com lesões corticais e de cápsula interna, mostrou, através de um estudo urodinâmico com eletromiografia, que 47% destes tinham retenção devido a arreflexia do detrusor.

Ao analisarmos os resultados da variável condições de saúde relativamente às quedas, constatámos que 25% dos doentes de ambos os grupos sofreram queda nos últimos 90 dias e 15% dos doentes referentes ao GC relataram 2 ou mais quedas nos últimos 30 dias. Durante o período de internamento não houve registo de quedas.

Os resultados referentes às Condições de saúde para a componente equilíbrio sugerem melhorias entre a admissão e a alta, com 95% dos doentes do GC e 85% do GE a terem dificuldade ou incapacidade em se levantarem sem ajuda na admissão e 40% do GC na alta. Na admissão, 85% dos doentes de ambos os grupos tinham dificuldade ou eram incapazes de se virar e olhar na direção oposta quando estavam de pé, mantendo-se 15% dos doentes do GC nessas circunstâncias na alta.

Analisando os resultados da variável condições de saúde para o sintoma dispneia verificamos que entre a pré admissão e a alta, de uma forma global, não existiram alterações. Quanto à dispneia, os resultados obtidos estão em consonância com a tendência anteriormente apresentada.

Por último, os resultados obtidos na dor indicam-nos que estes mantiveram uma tendência nos 3 momentos avaliados, quer em relação à frequência, intensidade e persistência. A tendência evidencia o facto de que nas 3 características avaliadas em relação à dor, esta aumenta entre a pré admissão e a admissão e diminui no momento da alta, sugerindo uma melhoria do estado funcional entre a pré admissão e a alta.

Fazendo alusão a Khinpell et al. como referido por Sousa 2014, a doença e as comorbilidades podem influenciar diretamente o estado funcional. Pillatt (2011) refere que segundo (Dutra, 2009 e Loyola, et al. 2004) as causas mais frequentes de internamento hospitalar em idosos, são doenças relacionadas com os aparelhos circulatórios, respiratório e digestivo, que somadas correspondem a 60% dos internamentos em faixas etárias mais elevadas. No seu estudo, os idosos no momento do internamento já apresentam algum grau de incapacidade funcional, ocorrendo durante a hospitalização declínio ainda maior na capacidade de realização das AVDs e AIVDs. Por outro lado, vários estudos empíricos têm demonstrado que as intervenções de enfermagem podem ter um efeito nos resultados ao nível do estado funcional

(Brown e Grimes, 1995; Doran et al. 2006; Doran, McGillis Hall et al. 2002; McCorkle et al. 1989, como referido por Doran 2011).

Relativamente à variável Estado Nutricional e oral, é visível uma recuperação funcional da amostra de ambos os grupos na alta relativamente à admissão, levando-nos a pensar que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados foram fundamentais para devolver à pessoa a sua independência e otimização da capacidade funcional para deglutir, bem como a sua avaliação atempadamente.

Esta ideia é reforçada com o referencial teórico consultado onde Trevers como referido por Pires (2012) diz ser importante que o enfermeiro aumente a sua compreensão na disfagia pós-AVC, uma vez que são estes profissionais os primeiros a observar os seus sinais e sintomas. A mesma autora defende que uma maior sensibilização dos profissionais de enfermagem para a disfagia e suas complicações ajuda no diagnóstico precoce e na implementação de intervenções compensatórias e educação.

Comparando os resultados obtidos entre os grupos observa-se um ligeiro aumento na independência do estado nutricional no período da alta para o GC (80%) em relação ao GC (60%), sugerindo-nos que talvez a intensidade da reabilitação não influencie diretamente esta variável. Estes resultados, comparando com a literatura existente, parece não existir consenso pois num estudo de Carnaby e Hankey, 2006 como referido por Pires (2012) concluíram, após seis meses de intervenção com terapia de alta intensidade num grupo de pessoas, que estes retomaram uma deglutição para dieta normal numa percentagem mais elevada e significativa quando comparados com o grupo controle que recebia cuidados normais.

Com o objetivo de responder às questões de investigação do presente estudo, foram elaboradas 3 hipóteses, sujeitas à análise estatística e cujos resultados obtidos iremos de seguida discutir.

Em relação à hipótese 1 - “Existe diferença do estado funcional do doente com AVC no período entre a pré admissão, admissão e a alta”, recorreremos aos resultados da aplicação das seguintes escalas e respetivos testes: 1 - “Versão curta da escala AVDs”, comparando os resultados do teste Friedman para amostras emparelhadas, entre a pré admissão, admissão e a alta; 2 – “Escala Hierárquica das AVDs”, comparando os resultados do teste de Friedman para amostras emparelhadas, entre a pré admissão, admissão e a alta; 3 – “Escala das AIVDs”, comparando os resultados do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas entre a pré admissão e a alta.

Os resultados obtidos foram coincidentes e mostraram que os valores médios das escalas na alta são sempre superiores aos valores na pré admissão, sugerindo aumento do declínio funcional. Importa salientar que os resultados das ordenações médias das escalas indicam-nos que apesar de existir um aumento significativo entre a pré admissão e a alta, existe também entre a pré admissão e admissão um aumento exponencial do estado funcional, que depois melhora entre a admissão e a alta.

De acordo com a literatura existente, o AVC é a segunda principal causa de morte e de incapacidade, deixando inúmeras sequelas físicas, mentais e sociais e restringe a funcionalidade do indivíduo particularmente no que se refere à independência nas AVDs (OMS, 2009). Perante todas as limitações e condicionantes da pessoa subsequentes ao AVC, os cuidados de enfermagem são exigidos sempre que existe um défice de autocuidado entre aquilo que o doente pode realizar e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (Petronilho, 2012). Por outro lado, Pereira (2011) refere que o aparecimento súbito de uma dependência representa, quase sempre, uma rutura com o estilo de vida anterior, originando uma mudança inesperada, não planeada, com a qual a pessoa dependente tem de lidar e se adaptar.

Implica por isso, o desenvolvimento de processos adaptativos a uma nova condição de saúde, para os quais, as pessoas necessitam de ajuda para desenvolverem a capacidade de lidarem com os novos desafios (Petronilho, 2012). Neste sentido, apoiar a pessoa durante o processo de transição, compreender os processos de transição e desenvolver intervenções que sejam eficazes para ajudar a recuperar a estabilidade, permitirá garantir e aumentar o bem-estar físico-psíquico-social, o autocuidado e a qualidade de vida das pessoas, promovendo-se simultaneamente, processos de transição adequados e saudáveis (Meleis & Trangenstein, 1994, como referido por Pereira, 2011).

Neste contexto, a reabilitação torna-se necessária para minimizar essas sequelas, maximizar a qualidade de vida e promover a integração na sociedade, sendo imprescindível para a diminuição dos défices e aumento da funcionalidade dos doentes acometidos por AVC. No estudo clínico (Shah, Vanclay e Cooper, 1990) sugere-se que a intervenção precoce leva a uma melhoria dos outcomes físicos e funcionais, assumindo que deve ser iniciada logo que a condição dos doentes o permita (Castro, 2013). Os dados deste estudo vão ao encontro de outros referidos por Ferro et al. (2008) que observam que doentes tratados em unidades de AVC, com um

programa de reabilitação diário, apresentam uma evolução funcional favorável e diminuem o seu grau de dependência nas AVDs.

Assim, comparando os resultados obtidos em relação à hipótese 1 com o referencial teórico existente, verificamos que os mesmos estão em consonância e que evidenciam o aparecimento do AVC à diminuição de capacidades físicas, cognitivas e intelectuais do doente, traduzindo neste contexto um declínio do seu estado funcional que mantém aquando a alta, mas em menor intensidade, levando-nos a acreditar na importância das competências do EER na intervenção precoce durante o internamento na independência funcional do doente com AVC (OE, 2011).

Para verificarmos a hipótese 2 “Existe maior benefício do estado funcional do doente com AVC na alta cumprindo programa extra de Reabilitação (GE) do que num programa de Reabilitação diária (GC)”, aplicámos o teste de *Mann-Whitney* para as escalas de “Versão curta das AVDs” e a “Escala hierárquica das AVDs” e verificámos que os doentes do GE apresentam ordenações médias mais baixas em todas as categorias, sugerindo um melhoramento do estado funcional cumprindo programa extra de reabilitação aquando a alta relativamente às AVDs. Contudo, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas entre os grupos. Em relação à “Escala das AIVDs”, aplicando o teste *t* de *Student*, constatámos que existe diferença significativa entre o programa de reabilitação diária (GC) e extra (GE) no estado funcional do doente com AVC aquando a alta, levando-nos a confirmar parcialmente esta hipótese.

A OMS (2003) refere que o grau de recuperação depende não só da localização e extensão do AVC, como também da qualidade do tratamento de reabilitação recebido no hospital e após a alta. Por outro lado, Barbosa 2012, como referido por Ferreira 2014 salientam que os ganhos funcionais podem estar inerentes ao processo de recuperação espontânea, resultantes da redução do edema cerebral, absorção do tecido lesado e aumento do fluxo vascular local.

Apesar de a intensidade da reabilitação não estar ainda claramente definida, verificou-se uma associação entre o aumento da intensidade da reabilitação, especialmente do tempo despendido a treinar as AVDs e a melhoria dos resultados funcionais (Silva, 2010). Para Branco e Santos (2010), o sucesso de um programa de reabilitação nos doentes com AVC depende de uma série de rotinas de exercícios que devem ser de crescimento lento, repetitivo e persistente e que não devem evoluir para além da capacidade individual da pessoa. Também na mesma linha de pensamento, Gonçalves (2012) refere que após o doente estar clinicamente e neurologicamente

estável é importante a instituição de tratamento de reabilitação precoce, intensiva e repetitiva, para se potenciarem os resultados ao máximo.

Desta forma, existem diversos estudos que demonstram os benefícios da intensidade da reabilitação, tal como o estudo de Peiris, Taylor e Shields (2011), que demonstrou existirem alterações estatisticamente significativas entre a intensidade da reabilitação e uma melhoria dos resultados funcionais, associados à redução do tempo de permanência hospitalar, bem como no aumento da capacidade de marcha, atividade física e qualidade de vida dos doentes com AVC, bastando 19 minutos por dia a mais de reabilitação para alcançar esses benefícios. Também no estudo de Schneider et al. (2016), forneceram evidências de que o aumento da intensidade da reabilitação destinada a reduzir as limitações funcionais dos membros afetados, adicionado à reabilitação normal, melhora a atividade funcional após o AVC. Já no estudo de Andrews, Li e Freburger (2015), com o objetivo de avaliar a associação entre a intensidade da reabilitação recebida durante a fase aguda e o risco de readmissão hospitalar em 30 dias e em 90 dias, chegaram à conclusão que aqueles que receberam reabilitação de intensidade superior tinham um risco diminuído de readmissão ao hospital comparativamente com aqueles que receberam reabilitação de baixa intensidade. Kwakkel et al. (2004) concluíram que aumentando o tempo da reabilitação nos primeiros 6 meses após o AVC, existe um efeito benéfico pequeno, mas favorável na realização das AVDs, bem como em algumas AIVDs (tarefas domésticas e atividades de lazer), particularmente se a reabilitação intensiva corresponder a um aumento de mais 16 horas e for fornecida nos primeiros 6 meses após o AVC.

Para responder à hipótese 3 “Existem associações entre o estado funcional do doente com AVC na alta cumprindo programa extra de Reabilitação (GE) e as variáveis idade, género e dias de internamento”, aplicámos o teste de correlação de *Spearman* e pela análise dos resultados obtidos verificamos que apenas a idade estava positivamente correlacionada na alta com a Versão curta das AVDs e a escala de AIVDs.

Sendo a idade avançada por si só um fator de risco e ocorrendo em pessoas com 65 anos ou mais (Martins, 2006), a investigação tem demonstrado existir uma relação estreita entre a dependência e a idade, ocasionando o aumento do número de pessoas que apresentam limitações funcionais, sobretudo nos idosos com idades entre os 75 ou 80 anos (Figueiredo e Sousa, 2007).

Também Silva (2010) refere que consoante aumenta a idade das pessoas, estas tendem a evidenciar um maior nível de dependência nos autocuidados. Corroborando

com Sequeira (2010), a senescência por si só já provoca o envelhecimento das estruturas do corpo humano assim como o declínio das funções orgânicas, tornando a pessoa idosa dependente para a realização do auto cuidado, sendo este facto ainda mais dificultado após o aparecimento do AVC, gerando diversos níveis de dependência.

O estudo de Berian, Bilimoria, Ko, Robinson e Rosenthal (2016) inferiu que o avanço da idade, o sexo (feminino), algumas comorbilidades, o registo de quedas anteriores e o uso de meios auxiliares de locomoção são fatores que estão associados ao declínio funcional.

Teasell (2013) refere que a recuperação funcional do doente com AVC é influenciada pela reabilitação e salienta a idade como sendo um dos fatores preditivos na recuperação funcional.

Assim, o EER deve ter em conta todas as variáveis e, desde o primeiro momento, avaliar adequadamente o risco de alterações de funcionalidade nos diversos níveis, avaliar as diversas funções e a capacidade na realização dos autocuidados, determinar os fatores que podem interferir nos processos adaptativos e de transição saúde/doença, fazer os diagnósticos adequados, identificando assim as necessidades de intervenção para otimização e reeducação das funções afetadas e incapacidades na realização das AVDs, para poder traçar um plano de reabilitação, em conjunto com a equipa interdisciplinar, numa forma adequada, em termos do seu início, intensidade, frequência e duração (OE, 2011).

Chegando ao final da discussão dos resultados, importa realçar que os resultados obtidos vão ao encontro das nossas expectativas e da opinião de alguns autores e estudos realizados, sendo as conclusões semelhantes.

Em termos de validade interna e externa enunciam-se algumas limitações presentes neste estudo, relacionadas com a amostra (tamanho e amostragem), e a existência escassa de estudos referentes a esta temática.

Tendo em conta a técnica de amostragem utilizada (consecutiva não probabilística) e a existência de outras variáveis que não foram avaliadas e que podem interferir na avaliação do estado funcional, estamos conscientes que não podemos extrapolar os resultados para a população em geral. Contudo, os ganhos de saúde obtidos nestes doentes traduziram-se em benefícios para eles, uma vez que contribuíram para a melhoria da sua independência e, consequentemente da sua qualidade de vida.

O instrumento de recolha de dados, InterRAI – CA – PT utilizado para avaliar o estado funcional nos doentes com AVC foi considerado pelos seus autores como sendo válido e fiável, e em que a sua estrutura interna obteve 100%, a confirmação total de consistência (Amaral et al., 2014). Desta forma, consideramos ter utilizado um instrumento que em nossa opinião valoriza e dá significado aos resultados obtidos.

De uma forma global, esta análise permite-nos compreender o impacto da Enfermagem de Reabilitação no estado funcional do doente com AVC, sendo a intervenção do EER uma mais-valia no sentido da autonomia e melhoria da qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Estudar a efetividade da Reabilitação na prevenção do declínio funcional do doente com AVC foi o ponto de partida para a concretização desta investigação. A busca de respostas para os objetivos e hipóteses formuladas foi uma prioridade que foi concretizada na sua globalidade, tendo sido imprescindível a profunda revisão da literatura que nos orientou no decorrer do trabalho.

A grande incapacidade psicomotora que o AVC provoca na pessoa, leva a dificuldades de adaptação a esta súbita mudança na sua vida favorecendo a procura de cuidados de saúde, sendo fundamental uma rápida intervenção dos serviços de saúde e uma resposta eficiente dos profissionais inseridos neste contexto, onde se inclui o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, desafiando-o ao desenvolvimento de competências técnicas e científicas cada vez mais diferenciadas.

Ser enfermeiro especialista em reabilitação implica um conhecimento aprofundado neste domínio específico, permitindo o julgamento clínico e tomada de decisão aos vários níveis de intervenção, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

Na definição dos aspetos metodológicos, a escolha do instrumento de recolha de dados prendeu-se sobre o InterRai – CA – PT para a avaliação do estado funcional por ser um instrumento válido e fiável (Amaral et al., 2014), que está validado para a população portuguesa e é adequado ao contexto em que o estudo se ia desenvolver.

Nesta investigação verificou-se que a maior prevalência na amostra foi de doentes do género feminino, com mais de 70 anos, maioritariamente casados e viúvos, a viver com o cônjuge em habitação própria. A maior parte iniciou sintomatologia da doença nos últimos 7 dias antes do internamento, não tendo estado internados nos últimos 90 dias. A média de dias de internamento situou-se entre os 10 e 15 dias, retornando a maioria às suas habitações.

Em relação à análise descritiva, os resultados obtidos levam-nos a concluir que houve um agravamento do estado funcional dos doentes com AVC com base no aumento médio dos scores relativamente às variáveis estudadas entre o período que antecedeu o internamento até à alta: Comunicação, Visão, Estado funcional (Auto desempenho nas AVDs, principal modo de locomoção, auto desempenho das AIVDs e Capacidade,

Continência, Condições de Saúde (Equilíbrio, dispneia, fadiga, dor) e Estado Nutricional e oral. Esta diminuição no estado funcional foi de menor relevância para os doentes que foram sujeitos ao programa extra de reabilitação, comparativamente com aqueles que realizaram um programa de reabilitação de frequência diária.

Em relação à análise inferencial, os resultados obtidos através da aplicação de Escalas que traduzem dependência nas AVDs e AIVDs demonstram um agravamento do estado funcional entre a pré admissão e admissão, melhorando entre a admissão e a alta, mas mantendo-se uma tendência de aumento da dependência funcional entre a pré admissão e a alta. Também os testes subjacentes demonstraram existir diferença estatística significativa entre o programa de reabilitação de diária e extra no período da alta e a realização das AIVDs. Os resultados obtidos permitem-nos ainda concluir a existência de benefício do estado funcional do doente com AVC cumprindo programa extra de reabilitação no momento da alta, permitindo uma independência maior para a realização das AIVDs.

Em relação às correlações entre a idade, tempo de internamento e género com o estado funcional apenas podemos concluir que nos doentes que cumprem programa extra de reabilitação, quanto maior a idade dos doentes maior é a dependência na realização das AIVDs no momento da alta.

Importa realçar nestas considerações finais, que a realização deste estudo proporcionou momentos de pesquisa científica, reflexão, aquisição de novos conhecimentos e de capacidades que irão ser úteis futuramente enquanto Enfermeiro Especialista de Reabilitação e que certamente ajudarão a mudar ou complementar algumas das intervenções inerentes aos doentes em estudo.

Surgiram algumas dificuldades ao longo da elaboração deste trabalho e que de certa forma condicionaram o seu desenvolvimento. Para além de existirem fatores de ordem pessoal (a escassez de tempo, a pouca experiência no desenvolvimento deste tipo de estudos), também a complexidade do instrumento de recolha de dados InterRai – CA – PT, quanto ao tratamento dos dados revelou se um fator de dificuldade associado à inexperiência em trabalhar no programa estatístico SPSS.

Desta forma, os objetivos propostos foram atingidos. A nível profissional, esperamos que estes resultados tenham implicações ao nível das boas práticas clínicas e na produção e transferibilidade de novos conhecimentos, fundamentais para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem. A nível pessoal, os resultados obtidos

vêm confirmar uma ideia prévia que tínhamos sobre o impacto da frequência e Precocidade de um programa de Reabilitação em doentes com AVC, mas que não era verificada com dados objetivos.

Em relação às implicações práticas deste estudo, atendendo aos resultados da investigação, conhecimentos adquiridos, com a teoria e com a prática profissional, emerge a necessidade de partilhar os resultados da investigação com os serviços envolvidos na investigação e suas equipas multidisciplinares com vista à reflexão deste fenómeno, nomeadamente em relação à frequência e precocidade dos programas de reabilitação; Sugerimos o reforço das equipas de saúde nos serviços, de forma a obter mais ganhos em saúde, prestar cuidados mais diferenciados e com maior qualidade; A divulgação de resultados e conclusões em reuniões científicas e publicações periódicas permitirá contribuir para aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre um problema real de saúde dos doentes com AVC.

Apesar da escassez de investigações realizadas nesta área, estamos cientes de que o presente estudo irá complementar as investigações já realizadas na mesma área, constituindo o início de um caminho onde a investigação, com a realização de novos estudos, pode aprofundar este e outros fenómenos relacionados com o a efetividade da Reabilitação na prevenção do declínio funcional do doente com AVC, e onde a enfermagem de reabilitação pode e deve ter um contributo fundamental.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Albuquerque, C. P. et al.. (2011).Grupo de atividades de vida diária: influência do procedimento em pacientes adultos com acidente vascular encefálico isquêmico. *Acta Fisiátrica*. 18(2), 71-74. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103610/102075>
- Amaral, A. F. S., Ferreira, P. L. & Gray, L. C. (2014). Validação do International Resident Assessment Instrument – Acute Care (InterRAI – AC) para a população portuguesa. *Revista Referência*. 4(1),103– 115.
- Amarenco, P. et al.. (2009). Classification of stroke subtypes. *Cerebrovascular Diseases*. 27, 493-501. Recuperado em <http://www.karger.com/Article/Pdf/210432>>.
- Andrade, L. T., Araújo, E. G., Andrade, K.R.P., Soares, D.M., & Cianca, T.C.M. (2010). Papel da Enfermagem na Reabilitação Física. *Revista Brasileira de Enfermagem*., 63(6),1056-60. Recuperado em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/29.pdf>.
- Andrews, A. W.; Li, D. & Freburger, K. (2015). Association of Rehabilitation Intensity for Stroke and Risk of Hospital Readmission. *Revista Physical Therapy* 95(12), 1660-1667. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26089042>
- Askim, T., Bernhardt, J., Salvesen, O. & Indredavik, B. (2014). Physical activity early after stroke and its association to functional outcome. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 23(5), 305-312. Recuperado de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24529353>
- Berian, J. R., Bilimoria, K. Y., Ko, C. Y., Robinson, T. N., & Rosenthal, R. A. (2016). Postoperative functional decline in older adults. *Academic Surgical Congress Abstracts*. Recuperado de <http://www.asc-abstracts.org/abs2016/64-18-postoperativefunctional-decline-in-older-adults/>
- Bernhardt, J. et al. (2016). Prespecified dose-response analysis for a very Early Rehabilitation Trial (AVERT). *Revista Neurology*. 86(23), 2138-2145. Recuperado de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4898313/>
- Boyd, C., et al.. (2009). Functional Decline and Recovery of Activities of Daily Living in Hospitalized, Disabled Older Women: The Women's Health and Aging Study I.

Journal of the American Geriatrics Society, 57(10), 1757-66. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805561/>

Braga, R. J. V. A. et al. (2006) – *Reabilitar a pessoa com AVC*. Lisboa: Enformação.

Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.

Buchan, A. M.; Balami, J. S. & Arba, F. (2013). Epidemiologia da prevenção do acidente vascular cerebral e urgência do tratamento. In Spence, J. D. & Barnett, H. J. M., *Acidente Vascular Cerebral: Prevenção, Tratamento e Reabilitação* (pp. 2-21). AMGH Editora Ltda.

Carr, J. & Shepard, R. (2008) - *Reabilitação Neurológica – Otimizando o desempenho motor*. Brasil: Editora Manole.

Carvalho, M. (2009). *Doença Vascular Cerebral – Neurologia Clínica*. Porto: Edições.

Castro, I. M. G. de (2013) – *Acidente Vascular Cerebral em Portugal: Reabilitação* (Tese de Mestrado integrado em Medicina: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72123/2/30552.pdf>

Cumming, T. B., Thrift, A. G., Collier, J. M., Churilov, L., Dewey, H. M., Donnan, G. A., & Bernhardt, J. (2011). Very early mobilization after stroke fast-tracks return to walking: further results from the phase II AVERT randomized controlled trial. *Stroke*, 42(1), 153-158. Recuperado de: <http://stroke.ahajournals.org/content/42/1/153.long>

Direção Geral da Saúde. (2014). *Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2014*. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção Geral da Saúde. (2016). *Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2016*. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção Geral de Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários clínicos*. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção Geral de Saúde. (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011.aspx>

- Direção Geral de Saúde. (2013). *Portugal- Doenças cérebro-cardiovasculares em números- 2013*. Programa Nacional para as doenças cardiovasculares. Lisboa, Portugal: Autor.
- Doran, D. (2011). *Nursing - Sensitive Outcomes: A State of the Science*. (2.^a ed.). Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- European Stroke Organization (ESO) (2008). Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008. Recuperado de http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf
- EUSI- European Stroke Initiative. (2003). *AVC Isquémico: Profilaxia e Tratamento, Recomendações 2003*. Heidelberg. Recuperado de http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/esostroke/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf
- Ferreira, M. P. F. (2014). *Doente com AVC: Qualidade de vida após intervenção do Enfermeiro de Reabilitação* (Tese de Mestrado: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Recuperado de http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1290/1/Mariline_Ferreira.pdf
- Ferro, J. (2006). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J., & Pimentel, J. *Neurologia : Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp.77-87). Lisboa: Lidel.
- Fortin, M. F. ; Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Garcia, C. & Coelho, M. H. (2009). *Neurologia Clínica – Princípios Fundamentais*. Lisboa: Lidel.
- Gatens, C., & Musto, M. (2011). Cognição e Comportamento. In Hoeman, S. P., *Enfermagem de Reabilitação, Intervenção e Resultados Esperados*, (pp.551-578). Loures: Lusodidacta.
- Gonçalves, L. (2012). Reabilitar para integrar. *Saber Viver*. Julho, 55-56.
- Han, C.; Wang, Q.; Meng, P. P. & Qi, M. Z. (2013). Effects of intensity of arm training on hemiplegic upper extremity motor recovery in stroke patients: a randomized controlled trial. *Revista Clinical Rehabilitation* 27(1), 75-81. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22801472>

- Kinoshita, S., Manosaki, R., Kakuda, W., Okamoto, T. & Abo, M. (2017). Association between 7-days-a-week rehabilitation and functional recovery of patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 98 (4), 701-706. Recuperado de : [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(16\)31294-1/fulltext](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(16)31294-1/fulltext)
- Kwakkel, G. et al. (2004). Effects of Augmented Exercise Therapy Time After Stroke – A Meta-Analysis. American Heart Association, Inc. *Revista Stroke* 35(11), 2529-2539 Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15472114>
- Leal, F. da L. B. G. (2001). Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In *Enfermagem de Neurologia* (pp. 130-151). Coimbra: Formasau.
- Lindsay, P. et al.. (2008). Canadian best practice recommendations for stroke care (updated 2008). *Canadian Medical Association Journal*. Recuperado de <http://www.cmaj.ca/content/179/12/S1.full.pdf%20+html>
- Margato, C. A. (2006). Técnicas Cinesiológicas. In Queirós, P. J. P., Cardoso, F. M. & Margato, C. A, *Técnicas de Reabilitação I* (pp. 81-130), Coimbra: Formasau.
- Marques, S. C. L. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Marques, S.; Rodrigues, R. A. P. & Kusumota L. (2006) - O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14 (3). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a09.pdf.
- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família: O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de Vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Menezes, C., Oliveira, V. R. C. & Menezes, R. L. (2010). Repercussões da Hospitalização na Capacidade Funcional de Idosos. *Revista Movimenta*, 3(2), 76 – 84. Recuperado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11682/1/ARTIGO_RepercussoesHospitalizacaoCapacidade.PDF
- Menoita, E. C. ; Sousa, L. M. de ; Alvo, I. B. P. & Vieira, C. M. (2012) - *Reabilitar a Pessoa Idosa Com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Lisboa: Lusociência.

- 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>.
- National Stroke Association. (2013) - *Rehabilitation Therapy After Stroke*. Recuperado de <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=REHABT>.
- Nobre, P. J. M. (2015). *A pessoa com AVC submetida a fibrinólise – Estudo retrospectivo do ano 2014* (Dissertação de Mestrado: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).
- Oliveira, V. (2012). Acidente Vascular Cerebral em Portugal – O Caminho para a Mudança. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 25(5), 263-264. Recuperado de <http://www.actamedicaportuguesa.com/eng/index.php?opcao=verNoticia&idNot=93>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pgceereabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidado à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Organização Pan-Americana de Saúde. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo Qualidade de vida após Acidente Vascular Cerebral*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- Paixao, C. M., Jr., & Reichenheim, M. E. (2005). A review of functional status evaluation instruments in the elderly. *Cadernos de Saude Publica*, 21(1), 7-19. doi:/S0102-311x2005000100002
- Peiris, C. L.; Taylor, N. F. & Shields, N. (2011). Extra Physical Therapy Reduces Patient Length of Stay and Improves Functional Outcomes and Quality of Life in People With Acute or Subacute Conditions: A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 92(9), 1490-1500. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21878220>

- Pereira, E. P. P. (2011). *Famílias que integram pessoas dependentes no Autocuidado: Relevância da Definição dos Cuidados Prestados* (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/62191?locale=pt>
- Pereira, F. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros – Estudo Empírico sobre um resumo mínimo de dados de Enfermagem*. (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem: Instituto de Ciências Abel Salazar da Universidade do Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercicio%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf>
- Pereira, J. A. & Guedes, N. (2011). Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. Lisboa, 18 (3), 81-87. Recuperado de http://spci.pt/files/2016/03/RPMI_V_18_03.pdf
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Pillat, A. P. (2011). Condições de fragilidade e nível de capacidade funcional de idosos hospitalizados. Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Estado do Rio Grande do Sul. Recuperado em <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/517/Ana%20Paula%20Pillatt.pdf?sequence=1>
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. do S. & Filho, A. J. de A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* IV(3), 157-164. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a18.pdf>
- Sá, M. J. (2009). AVC – Primeira causa de morte em Portugal. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6,12-19. Recuperado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1258/2/12-19_FCS_06_-2.pdf
- [Sequeira, C.\(2010\). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Coimbra, Quarteto Editora.](#)

- Schneider, E. J.; Lannin, N. A.; Ada, L. & Schmidt, J. (2016). Increasing the amount of usual rehabilitation improves activity after stroke: a systematic review. *Journal of Physiotherapy* 62(4), 182-187. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27637769>
- Silva, D. C. S., Nascimento, C. F., & Brito, E. S. (2013). Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós – AVC: Revisão da Literatura. *Rev. Neurociencia*, 21 (4), 620-627. Recuperado em <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2104/revisao/891revisao.pdf>.
- Silva, E. de J. A. (2010). *Reabilitação após o AVC* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao%20aps%20o%20AVC.pdf>
- Sousa, J. M. S. A. (2014). *Declínio funcional e o risco de queda no idoso hospitalizado* (Dissertação de Mestrado: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Recuperado de <http://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=33428&code=239>.
- Sundseth, A., Thommessen, B. & Ronning, O. M. (2012). Outcome after mobilization within 24 hours of acute stroke. *Stroke.ahajournals.org*. 43, 2389-2394. Recuperado de : <http://stroke.ahajournals.org/content/43/9/2389.long>
- Sundsethm, A., Thommessen, B. & Morten Ronning, O. (2014). Early Mobilization After Acute Stroke. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*. Oslo, Noruega. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S1052305713001298/1-s2.0-S1052305713001298-main.pdf?_tid=31bffc72-371c-11e6-ab450000aacb35d&acdnat=1466450671_e0be7091be688b4f87dfe5af9f872c77
- Teasell, R. (2013). Reabilitação do acidente vascular cerebral. In Spence, J. D. & Barnett, H. J. M., *Acidente Vascular Cerebral: Prevenção, Tratamento e Reabilitação* (pp. 271-294). AMGH Editora Ltda.
- Uva, M. S. & Dias, C. M. (2014) – *Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Recuperado de [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim Epidemiologico Observacoes 9 2014 artigo4.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim%20Epidemiologico%20Observacoes%209%202014%20artigo4.pdf)

Valadas, M. dos A. B. (2007). O doente internado na unidade de AVC's. *Revista Sinais Vitais*, 70,14-18.

Vieira, L. (2013). Estratégias a adotar na prestação de cuidados à pessoa idosa para a promoção da capacidade funcional durante a hospitalização. *Revista Envelhecimento e Inovação*, 2(2). Recuperado de <http://journalofagingandinnovation.org/volume2edicao2-abril2013/capacidade-funcional/>

Vitor, A. F., Lopes, M. V. O., & Araujo, T. L. (2010). Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 14(3), 611-616. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a25>

Ward, K., & Reuben, D. (2014). Comprehensive geriatric assessment. UpToDate®. Recuperado de <http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>

Winstein, C. J. et al. (2016). Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. A Guideline for Healthcare From the American Heart Association/ American Stroke Association. *Revista Stroke*. Recuperado de <http://stroke.ahajournals.org/content/early/2016/05/04/STR.0000000000000098>

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I – Autorização ao Conselho de Administração do CHUC, EPE, através da Unidade de Inovação e Desenvolvimento para aplicação do formulário InterRAI – CA - PT

ANEXO II – Autorização para aplicação do formulário InterRAI – CA – PT

APÊNDICE I – InterRAI – CA – PT (versão adaptada)

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Informado para participação no estudo

APÊNDICE III – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde- Enfermagem

ANEXO I - Autorização ao
Conselho de Administração do
CHUC, EPE, através da
Unidade de Inovação e
Desenvolvimento para
aplicação do formulário
InterRAI – CA - PT

Exm.º Senhor

Dr. José Martins Nunes

Presidente do Conselho de Administração

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,

No 11/2/16
Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

EPE

1.9.16

26/08/2016

Ref.ª: CHUC-055-16

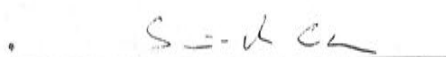
A pedido de **Enf.ª Daniela Simões Rasteiro Maia Fonseca**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projeto de Investigação sobre **"EFETIVIDADE DA REABILITAÇÃO PRECOCE NA PREVENÇÃO DO DECLÍNIO FUNCIONAL DO DOENTE COM AVC"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

Pl' A Directora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento



(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE	
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	
Reg. N.º	7086 PCA
Origem	
Data	29.8.2016

**ANEXO II – Autorização para
aplicação do formulário
InterRAI – CA – PT**

RE: autorização InterRAI

Amaral <amaral@esenfc.pt>

seg 09-05-2016 10:41

Para: 'daniela fonseca' <dsrmf@hotmail.com>;

Com certeza que autorizo
Amaral

De: daniela fonseca [mailto:dsrmf@hotmail.com]

Enviada: quinta-feira, 5 de Maio de 2016 15:12

Para: amaral@esenfc.pt

Assunto: autorização InterRAI

Boa tarde, Senhor Professor Amaral:

Chamo-me Daniela Simões Rasteiro Maia Fonseca e estou a frequentar o 6º semestre do IX CPLEER e V Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Encontro-me a iniciar a minha tese de dissertação intitulada "Efetividade da Reabilitação na Prevenção do declínio funcional no doente com AVC" sob a orientação do Professor Arménio Cruz cujo objetivo principal é o de avaliar os contributos de enfermagem de reabilitação na prevenção do declínio funcional do doente com AVC. o estudo é de carater quantitativo, quase experimental.

Neste sentido, venho solicitar autorização para aplicar como instrumento de colheita de dados o formulário InterRAI CA-PT que o Sr. Professor validou para a população portuguesa. Pretendo aplicar o mesmo formulário na pré-admissão e admissão, 5º dia de internamento e na alta do doente.

Grata pela atenção despendida.
Pede deferimento,

Daniela Fonseca, aluna n.º 21410016

Enviado de Correio do Windows

**APÊNDICE I – InterRAI – CA –
PT (versão adaptada)**

SECÇÃO A. IDENTIFICAÇÃO**1. NÚMERO DO PROCESSO**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. GÉNERO - 1. Masculino 2. Feminino
☐
3. DATA DE NASCIMENTO

Ano				Mês		Dia	

4. ESTADO CIVIL

1. Solteiro
2. Casado
3. Parceiro(a) / outro significativo
4. Viúvo
5. Separado
6. Divorciado

☐
5. LÍNGUA MATERNA

1. Português
2. Outra

Especificar: _____

☐
7. HOSPITAL**8. ENFERMARIA****3. FORMAS DE COABITAÇÃO**

1. Sozinho
2. Apenas com cônjuge/parceiro
3. Com cônjuge/parceiro e outro(s)
4. Apenas com os filhos, ou com filhos e outro(s) (sem cônjuge/parceiro)
5. Com pais ou tutores (sem cônjuge ou filhos)
6. Com irmãos (sem cônjuge, ou filhos, ou progenitor)
7. Com outros familiares (sem ser cônjuge, ou filhos, progenitor, ou irmão)
8. Com não-familiares

☐
4. EPISÓDIO DESENCADEADOR DA ADMISSÃO

Momento em que surgiu o episódio/problema desencadeador desta admissão (tendo como referência a data de início da hospitalização – item B1)

0. Nos últimos 7 dias
1. Há 8-14 dias
2. Há 15-30 dias
3. Há 31-60 dias
4. Há mais de 60 dias

☐
5. PERÍODO DESDE A ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO

Registe a hospitalização mais recente nos ÚLTIMOS 90 DIAS

0. Não houve hospitalização nos últimos 90 dias
1. Há 31-90 dias
2. Há 15-30 dias
3. Há 8-14 dias
4. Nos últimos 7 dias
5. Actualmente no hospital (para transferências)

☐
6. TEMPO PASSADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

0. Não foi admitido através do serviço de urgência
1. 0-8 horas
2. 8-24 horas
3. 24-48 horas
4. Mais de 48 horas

☐
7. CIRURGIA

a) Cirurgia realizada até 48 horas após a admissão?

0. Não
1. Sim

☐

b) Data da Cirurgia

Ano			

Mês	

Dia	

CASO SEJA REALIZADA UMA CIRURGIA, PREENCHER O RELATÓRIO DA ADMISSÃO 72 HORAS DEPOIS DA CIRURGIA, COM BASE NAS OBSERVAÇÕES FEITAS NAS 24 HORAS ANTERIORES.

SECÇÃO B. ADMISSÃO E HISTÓRIA INICIAL

[Nota: Preencher a Secção B na admissão/primeira avaliação]

DATA DE INTERNAMENTO

2	0						
---	---	--	--	--	--	--	--

2. PROVENIENTE DE:

1. Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado
2. Lar
3. Casas assistidas ou semi-independente
4. Centro para pessoas com incapacidades físicas
5. Centro para pessoas com incapacidades intelectuais
6. Hospital ou unidade psiquiátrica
7. Sem-abrigo
8. Unidade de cuidados continuados
9. Centro/Unidade de reabilitação
10. Unidade de cuidados paliativos
11. Hospital de agudos
12. Prisão
13. Outro

Proveniente de _____

☐
SECÇÃO C. DATAS DA AVALIAÇÃO**1. DATAS DE REFERÊNCIA DA AVALIAÇÃO**

Admissão

Ano			

Mês	

Dia	

Ao 5º dia

Ano			

Mês	

Dia	

Alta

Ano			

Mês	

Dia	

Alta
5º Dia
Admissão
Pré Admissão*

SECÇÃO D. COGNIÇÃO

1. CAPACIDADES COGNITIVAS PARA TOMAR DECISÕES DO DIA-A-DIA

Tomar decisões para as tarefas diárias – ex: quando se levantar ou fazer as refeições, que roupa vestir ou que actividades realizar

0. **Independente** – Decisões consistentes, sensatas, seguras

1. **Independência modificada** – Alguma dificuldade apenas em situações novas

2. **Incapacidade mínima** – Em situações específicas recorrentes, as decisões tornam-se fracas e perigosas; estímulos/supervisão necessários nesses momentos

3. **Incapacidade moderada** – Decisões constantemente fracas e perigosas; estímulos/supervisão são necessários nesses momentos

4. **Incapacidade grave** – Nunca/raramente toma decisões

5. **Sem consciência perceptível, coma** [Para a avaliação pré-admissão, continue com as Secções D a G, para todas as outras avaliações passe para a Secção H]

--	--	--	--

2. CAPACIDADE DE MEMORIZAR/RECORDAR

Codifique em termos de recordação daquilo que foi aprendido ou sabido

0. Sim, a memória OK. - 1. Problemas de memória

a. **Boa memória de curto prazo**

Parece recordar-se depois de 5 minutos

--	--	--	--

b. **Boa memória processual**

É capaz de realizar todas ou quase todas as etapas numa sequência de multi-tarefas sem estímulos

--	--	--	--

c. **Boa memória situacional** Reconhece os nomes/caras dos prestadores de cuidados com quem contacta regularmente e conhece a localização dos lugares que visita regularmente (quarto, refeitório, sala de terapia)

--	--	--	--

3. PERTURBAÇÕES PERIÓDICAS DO PENSAMENTO OU CONSCIÊNCIA

[Nota: Uma avaliação rigorosa implica conversas com funcionários, família ou outras pessoas com um conhecimento directo do comportamento do indivíduo ao longo deste período]

0. Comportamento não presente

1. Comportamento presente, consistente com o funcionamento normal

2. Comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal (ex: novo aparecimento ou agravamento; diferente das semanas anteriores)

a. **Facilmente distraído** – ex: episódios de dificuldade em prestar atenção; dispersa-se

--	--	--	--

b. **Momentos de discurso desorganizado** – ex: o discurso não faz sentido, irrelevante ou passa de assunto em assunto; perde a linha de pensamento

--	--	--	--

c. **Função mental varia ao longo do dia** – ex: umas vezes melhor, outras vezes pior

--	--	--	--

4. ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO MENTAL EM RELAÇÃO AO HABITUAL- ex: agitação, letargia, dificuldade em despertar, percepção alterada do ambiente

0. Não

1. Sim

--	--	--	--

Alta
5º Dia
Admissão
Pré Admissão*

SECÇÃO E. COMUNICAÇÃO, VISÃO E AUDIÇÃO

1. FAZER-SE ENTENDER (Expressão)

Expressar conteúdo de informação – verbal e não-verbal

0. **Compreendido** – Expressa as ideias sem dificuldade

1. **Compreendido geralmente** – Dificuldade em escolher as palavras ou concluir os pensamentos MAS, se tiver tempo, pouca ou nenhuma sugestão é necessária

2. **Compreendido frequentemente** – Dificuldade em encontrar as palavras ou terminar os pensamentos E é geralmente necessária sugestão

3. **Compreendido algumas vezes** – A capacidade limita-se a fazer pedidos concretos

4. **Compreendido raramente ou nunca**

--	--	--	--

2. CAPACIDADE PARA COMPREENDER OS OUTROS (Compreensão)

Compreender informação verbal (ainda que use aparelho auditivo normalmente utilizado)

0. **Compreende** – Compreensão clara

1. **Compreende geralmente** – Não percebe algumas partes/objectivo da mensagem MAS compreende a maior parte da conversa

2. **Compreende frequentemente** – Não percebe algumas partes/objectivo da mensagem MAS através da repetição ou explicação consegue muitas vezes compreender a conversa

3. **Compreende algumas vezes** – Responde de forma satisfatória apenas a um tipo de comunicação simples e directa

4. **Compreende raramente ou nunca**

--	--	--	--

3. AUDIÇÃO

Capacidade para ouvir (com aparelho auditivo se normalmente utilizado)

0. **Adequada** – Não tem dificuldades numa conversa normal, interacção social, ouvir televisão

1. **Dificuldade mínima** – Dificuldade em alguns contextos (ex: quando uma pessoa fala baixo ou está a mais de 2 metros de distância)

2. **Dificuldade moderada** – Problemas em ouvir conversas normais, necessita de um ambiente calmo para ouvir bem

3. **Dificuldade grave** – Dificuldade em todas as situações (ex: o falante tem de falar alto ou muito pausadamente; ou a pessoa menciona que todo o discurso é sussurrado)

4. **Sem audição**

--	--	--	--

4. VISÃO

Capacidade para ver com uma luz adequada (com óculos ou com outro aparelho visual normalmente utilizado)

0. **Adequada** – Vê os detalhes, incluindo a impressão normal dos jornais/livros

1. **Dificuldade mínima** – Vê uma impressão com maior resolução mas não a impressão normal dos jornais/livros

2. **Dificuldade moderada** – Visão limitada; não é capaz de ver as manchetes dos jornais, mas consegue identificar objectos

3. **Dificuldade grave** – Identificação de objectos duvidosa, mas os olhos parecem seguir os objectos; vê apenas luzes, cores ou formas

4. **Sem visão**

--	--	--	--

Alta
5º Dia
Admissão
Pré Admissão*

SECÇÃO F. COMPORTAMENTO E ÂNIMO**1. ÂNIMO AUTO-REPORTADO**

(Use um período de 3 dias para a avaliação pré-admissão e de 24 horas para as outras avaliações)

0. Não nos últimos 3 dias do período pré-admissão/últimas 24 horas
1. Não nos últimos 3 dias/24 horas, mas sente-se assim frequentemente
2. Sim, sentiu-se dessa maneira nos últimos 3 dias/24 horas
8. A pessoa não pode (quer) responder

Perguntar: "Nos últimos 3 dias/24 horas, com que frequência se sentiu..."

a. Com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas de que normalmente gosta?

b. Ansioso, impaciente ou inquieto?

c. Triste, deprimido ou desesperado?

SINTOMAS DE COMPORTAMENTO

Nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS, presença de um ou mais dos seguintes sintomas: abuso verbal, abuso físico, resistência aos cuidados, comportamento socialmente inapropriado ou disruptivo.

0. Não 1. Sim

--	--	--	--

SECÇÃO G. ESTADO FUNCIONAL**1. AUTO-DESEMPENHO NAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)**

Considere todos os episódios dos últimos 3 dias/24 horas.

Se **todas** as actividades forem desempenhadas ao mesmo nível, pontue a AVD a esse nível.

Se houver **algum episódio** no nível 6, e outros menos dependentes, pontue a AVD com o nível 5. Caso contrário, centre-se nos três episódios mais dependentes [ou em todas as actividades se forem realizadas menos do que 3 vezes]. Se a actividade mais dependente for 1, a pontuação da AVD é 1. Se não for, pontue a AVD de acordo com a menos dependente entre 2-5.

0. **Independente** – Sem ajuda, preparação física ou supervisão em qualquer actividade
1. **Independente, ajuda apenas na preparação** – Objecto ou aparelho fornecido ou colocado ao seu alcance, sem ajuda física ou supervisão em qualquer actividade
2. **Supervisão** – Vigilância/estímulos
3. **Assistência limitada** – Orientação para se deslocar, ajuda a nível físico sem suportar o peso
4. **Assistência alargada** – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 1 ajudante em que a pessoa ainda desempenha 50% ou mais das sub-tarefas
5. **Assistência máxima** – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 2+ ajudantes OU Ajuda para suportar o peso em mais de 50% das sub-tarefas
6. **Dependência total** – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas
8. **Não houve actividade** durante todo esse período
- a. **Tomar banho** – Como é que toma banho de imersão ou duche. Inclui a maneira como entra e sai da banheira ou polibã E como é lavada cada parte do corpo: braços, parte inferior e superior das pernas, peito, abdómen, área perineal – EXCLUI LAVAR AS COSTAS E O CABELO

--	--	--	--

- b. **Higiene Pessoal** – Como trata da sua higiene pessoal, incluindo pentear o cabelo, lavar os dentes, fazer a barba/depilação, maquilhar-se, lavar e limpar a cara e as mãos – EXCLUI BANHOS E DUCHES

--	--	--	--

Alta
5º Dia
Admissão
Pré Admissão*

- c. **Caminhar** – Como se desloca no mesmo piso dentro de casa

--	--	--	--

- d. **Transferência para a sanita:** Como se senta e levanta da sanita ou cadeira sanitária

--	--	--	--

- e. **Uso da casa de banho:** Como usa a casa de banho (ou a cadeira sanitária, bacio, urinol), como se limpa depois de usar a sanita ou episódio(s) de incontinência, muda a fralda, sabe lidar com a ostomia ou cateter, adapta as roupas – EXCLUIR ENTRADA E SAÍDA NA CASA DE BANHO

--	--	--	--

- f. **Mobilidade na cama** – Como se deita e se levanta, como se vira de um lado para o outro e posiciona o corpo na cama

--	--	--	--

- g. **Comer** – Como come e bebe (independentemente da capacidade). Inclui a alimentação de várias formas (ex: alimentação por sonda, alimentação parentérica total)

--	--	--	--

2. LOCOMOÇÃO/CAMINHAR**a. Principal modo de locomoção**

0. Caminha, sem aparelho de suporte
1. Caminha, usa aparelho de suporte – ex: bengala, andarilho, canadianas, cadeira de rodas de empurrar
2. Cadeira de rodas, scooter eléctrica
3. Acamado

--	--	--	--

- b. **Caminhada de 4 metros cronometrada** – Crie um percurso desobstruído em linha recta. Peça à pessoa que esteja em pé com os pés na linha de partida.

Depois diga: "Assim que eu disser, comece a andar a um ritmo normal (com a bengala/andarilho se utilizar). Não se trata de um teste para saber a rapidez com que caminha. Pare quando eu lhe disser para parar. Tem dúvidas?" O avaliador pode demonstrar como se faz o teste.

Depois diga: "Comece a caminhar agora". Comece a cronometrar (ou pode contar os segundos) assim que for dado o primeiro passo. Termine a contagem quando o pé tocar na linha dos 4 metros.

Depois diga: "Agora pode parar".

Inscri o tempo em segundos, até aos 30 segundos, caso contrário:

30. 30 ou mais segundos para andar 4 metros

77. Parou antes de terminar o teste

88. Recusou-se a fazer o teste

99. Não foi testado – ex: não caminha sozinho

--	--	--	--

- c. **Distância percorrida** – A maior distância percorrida de uma só vez sem se sentar nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (com apoio caso seja necessário)

0. Não andou
1. Menos de 5 metros
2. 5-49 metros
3. 50-99 metros
4. 100+ metros
5. mais do que 1 quilómetro

--	--	--	--

- d. **Distância percorrida em cadeira de rodas** – A maior distância percorrida com cadeira de rodas de uma só vez nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (inclui o uso independente de cadeira de rodas motorizada)

0. Empurrado por outras pessoas
1. Usou cadeira de rodas motorizada/scooter
2. Andou sozinho de cadeira de rodas menos de 5 metros
3. Andou sozinho de cadeira de rodas 5-49 metros
4. Andou sozinho de cadeira de rodas 50-99 metros
5. Andou sozinho de cadeira de rodas 100+ metros
8. Não usa cadeira de rodas

--	--	--	--

Alta
5º Dia
Admissão
Pré Admissão*

SECÇÃO G. ESTADO FUNCIONAL (cont.)

3. NÍVEL DE ACTIVIDADE

a. Número de horas de exercício ou actividade física nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão – ex: caminhar

0. Nenhuma
1. Menos de 1 hora
2. 1-2 horas
3. 3-4 horas
4. Mais de 4 horas

--	--	--	--	--

b. Nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão, o número de dias em que saiu de casa/edifício onde reside (independentemente da duração desse período)

0. Não saiu em nenhum dia
1. Não saiu nos últimos 3 dias, mas normalmente sai durante o período de 3 dias
2. Saiu 1-2 dias
3. Saiu nos 3 dias

--	--	--	--	--

4. ACAMADO

O doente está acamado por motivos médicos

0. Não 1. Sim

--	--	--	--	--

5. AUTO-DESEMPENHO E CAPACIDADE NAS AIVDs (Actividades Instrumentais da Vida Diária)

No período da **pré-admissão**, pontue o DESEMPENHO nas actividades rotineiras em casa ou na comunidade durante os ÚLTIMOS 3 DIAS antes do aparecimento da doença aguda que desencadeou a admissão. No momento da **alta**, pontue a CAPACIDADE com base na competência presumida para realizar uma actividade da maneira mais independente possível. Este processo irá envolver "especulação" por parte do avaliador.

0. **Independente** – Sem ajuda, preparação ou supervisão
1. **Ajuda apenas na preparação**
2. **Supervisão** – Vigilância/estímulos
3. **Assistência limitada** – Ajuda em algumas situações
4. **Assistência alargada** – Ajuda na realização da tarefa embora realize 50% ou mais da tarefa sozinho
5. **Assistência máxima** – Ajuda na realização da tarefa embora realize menos de 50% da tarefa sozinho
6. **Dependência total** – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas durante todo esse período
8. **Não houve actividade** – Durante todo esse período (NÃO USAR ESTE CÓDIGO PARA PONTUAR A CAPACIDADE)

a. **Preparação das refeições** – Como são preparadas as refeições (ex: planeamento das refeições, juntar os ingredientes, cozinhar, preparar a comida e os utensílios)

--	--	--	--	--

b. **Tarefas domésticas** – Como são realizadas as tarefas domésticas (ex: lavar a louça, limpar o pó, fazer a cama, arrumar, lavar a roupa)

--	--	--	--	--

c. **Gerir as finanças pessoais** – Como são pagas as contas, verificar o livro de cheques, as despesas da casa são orçamentadas, o uso do cartão de crédito é controlado

--	--	--	--	--

d. **Gerir a medicação** – Como são geridos os medicamentos (ex: lembrar-se de tomar os medicamentos, abrir frascos, tomar as dosagens correctas, dar injeções, aplicar pomadas)

--	--	--	--	--

e. **Uso do telefone** – Como são feitas ou recebidas as chamadas telefónicas (com dispositivos de apoio, tais como telefones com números grandes, amplificação se necessário)

--	--	--	--	--

f. **Escadas** – Como sobe um lance de escadas (12-14 degraus)

--	--	--	--	--

Alta
5º Dia
Admissão
Pré Admissão*

g. **Compras** – Como são adquiridos os alimentos e os produtos para a casa (ex: escolha dos produtos, dinheiro para o pagamento) EXCLUIR O TRANSPORTE

--	--	--	--	--

h. **Transporte** – Como se desloca de transportes públicos (meio de transporte, pagamento das tarifas) ou sozinho (inclui sair de casa; entrar e sair de veículos)

--	--	--	--	--

SECÇÃO H. CONTINÊNCIA

1. CONTINÊNCIA URINÁRIA

0. **Continente** – Controlo total; NÃO USA qualquer tipo de cateter ou outro aparelho de recolha da urina

1. **Controlo com cateter ou ostomia** nos últimos 3 dias/24 horas

2. **Raramente incontinente** – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência

3. **Algumas vezes incontinente** – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]

4. **Frequentemente incontinente** – Diariamente, mas tem algum controlo

5. **Incontinente** – Não tem controlo

8. **Não aconteceu** – Não houve produção de urina da bexiga nos últimos 3 dias/24 horas

--	--	--	--	--

2. APARELHO DE RECOLHA DA URINA

(Exclui pensos, fraldas)

0. Nenhum

1. Preservativo de urina

2. Cateter permanente

3. Cistostomia, nefrostomia, ureterostomia

--	--	--	--	--

3. CONTINÊNCIA FECAL

0. **Continente** – Controlo total; NÃO USA qualquer tipo de dispositivo de ostomia

1. **Controlo com ostomia** – Controlo com dispositivo de ostomia nos últimos 3 dias/24 horas

2. **Raramente incontinente** – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência

3. **Algumas vezes incontinente** – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]

4. **Frequentemente incontinente** – Diariamente, mas tem algum controlo

5. **Incontinente** – Não tem controlo

8. **Não aconteceu** – Não houve movimento do intestino nos últimos 3 dias/24 horas

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

4. USO DE PENSOS, FRALDAS

0. Não

1. Sim

Alta
5º Dia
Admissão
Pré Admissão*

SECÇÃO I. DIAGNÓSTICOS

1. DIAGNÓSTICOS DA DOENÇA

Doenças que tenham relação com o actual estado da pessoa nas Actividades de Vida Diária, o estado cognitivo, o humor e o comportamento, os tratamentos médicos, a monitorização em termos de enfermagem ou o risco de morte. (Não incluir diagnósticos inactivos)

Código da doença (CD)

1. Diagnóstico/diagnósticos principais para a actual hospitalização
2. Diagnóstico presente, a receber tratamento activo
3. Diagnóstico presente, monitorizado, mas sem tratamento activo

a. Diagnósticos (inicial) na admissão

Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD
a.		
b.		
c.		
d.		
e.		
f.		
g.		
h.		
i.		
j.		

b. Diagnósticos (final) na alta

Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD
a.		
b.		
c.		
d.		
e.		
f.		
g.		
h.		
i.		
j.		

SECÇÃO J. CONDIÇÕES DE SAÚDE

1. QUEDAS

0. Nenhuma queda nos últimos 90 dias
1. Nenhuma queda nos últimos 30 dias, mas caiu há 31-90 dias
2. Uma queda nos últimos 30 dias
3. Duas ou mais quedas nos últimos 30 dias

--	--	--	--

2. QUEDAS RECENTES

[Não preencher se foi avaliado há mais de 30 dias ou se esta é a primeira avaliação]

O doente caiu desde a última avaliação

0. Não

1. Sim

--	--	--	--

[em branco] Não aplicável (é a primeira avaliação ou já passaram mais de 30 dias depois da última avaliação)

3. FREQUÊNCIA DO PROBLEMA

0. Não presente

1. Presente

3.1. EQUILÍBRIO

a. Tem dificuldade ou é incapaz de se levantar sem ajuda

--	--	--	--

b. Tem dificuldade ou é incapaz de se virar e olhar na direcção oposta quando está em pé

--	--	--	--

3.2. SITUAÇÃO GASTROINTESTINAL

a. Náusea

--	--	--	--

4. DISPNEIA (Falta de Ar)

0. Ausência de sintoma

1. Ausência em repouso mas presente durante a realização de actividades moderadas

2. Ausência em repouso mas presente durante a realização de actividades diárias normais

3. Presente em repouso

--	--	--	--

5. FADIGA

Incapacidade para realizar actividades diárias normais – ex: AVDs, AIVDs

0. Nenhuma

1. **Mínima** – Falta de energia mas realiza as actividades diárias normais2. **Moderada** – Devido a falta de energia, INCAPAZ DE ACABAR as actividades diárias normais3. **Grave** – Devido a falta de energia, INCAPAZ DE COMEÇAR ALGUMAS actividades diárias normais4. **Incapaz de começar qualquer actividade diária** – Devido a falta de energia

--	--	--	--

6. SINTOMAS DE DOR

[Nota: Pergunte sempre ao doente sobre a frequência, intensidade e controlo da dor. Observe a pessoa e pergunte a outras pessoas que estejam em contacto com o indivíduo.]

a. Frequência com que a pessoa se queixa ou mostra sinais de dor (incluindo expressões faciais de dor, cerrar os dentes, gemer, afastar-se quando lhe tocam ou outros sinais não verbais que sugerem dor)

0. Sem dor

1. Presente mas não manifestada nos últimos 3 dias/24 horas

2. Manifestada nos últimos 3 dias/24 horas

b. Nível mais elevado de intensidade da dor actual

0. Sem dor

1. Fraca

2. Moderada

3. Forte

4. Momentos em que a dor é horrível e lancinante

--	--	--	--

--	--	--	--

c. Persistência da dor

0. Sem dor

1. Único episódio nos últimos 3 dias/24 horas

2. Intermitente

3. Constante

--	--	--	--

Alta	5º Dia	Admissão	Pré Admissão*
------	--------	----------	---------------

SECÇÃO P. POTENCIAL DA ALTA**1. SERVIÇOS DE APOIO DA COMUNIDADE ANTES DA ADMISSÃO**

A pessoa estava a receber serviços de apoio formais (para além do apoio de familiares ou amigos) antes da admissão?

0. Não
1. Sim
2. A residir numa instituição

--	--	--	--

2. SERVIÇOS DA COMUNIDADE ANTERIORES À ADMISSÃO

0. Não 1. Sim

a. Realização das tarefas domésticas

--	--	--	--

b. Serviço de refeições

--	--	--	--

c. Manutenção da casa

--	--	--	--

d. Enfermagem domiciliária

--	--	--	--

e. Enfermeiro que administra medicação

--	--	--	--

f. Ajuda ao nível dos cuidados pessoais

--	--	--	--

g. Centro de dia

--	--	--	--

h. Assistência temporária para descanso do cuidador

--	--	--	--

i. Pacotes de cuidados

--	--	--	--

j. Outros

--	--	--	--

Especificar: _____

3. POTENCIAL DA ALTA

0. Não
1. Sim
2. A residir numa instituição

a. Tem uma pessoa de apoio com uma opinião positiva sobre a alta ou a continuação da residência na comunidade

--	--	--	--

b. Tem alojamento disponível na comunidade

--	--	--	--

SECÇÃO Q. ALTA

Preencha a Secção apenas no momento da alta

1. ÚLTIMO DIA HOSPITALIZAÇÃO

2	0		
---	---	--	--

--	--	--	--

2. DEPOIS DA ALTA, ENVIADO PARA:

1. Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado
2. Lar
3. Assistência domiciliar ou semi-independente
4. Centro psiquiátrico
5. Centro para pessoas com incapacidades físicas
6. Local para pessoas com incapacidades intelectuais
7. Hospital ou unidade psiquiátrica
8. Sem-abrigo
9. Unidade de cuidados continuados
10. Centro/Unidade de reabilitação
11. Hospital psiquiátrico/Unidade de cuidados paliativos
12. Hospital de cuidados agudos
13. Prisão
14. Outro
15. Falecido

--	--	--	--

SECÇÃO R. INFORMAÇÃO DA AVALIAÇÃO

ASSINATURA DA PESSOA QUE ESTÁ A COORDENAR/PREENCHER A AVALIAÇÃO

a. Assinatura (assine na linha de cima)

b. Data em que a avaliação foi assinada como estando preenchida

2	0		
---	---	--	--

Ano

--	--

Dia

--	--

Mês

OBRIGADO

**APÊNDICE II - Termo de
Consentimento Livre e
Informado para participação no
estudo**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Caro Senhor(a):

Daniela Simões Rasteiro Maia Fonseca, aluna do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra encontra-se a realizar um estudo de investigação académica com o tema **“Efetividade da Reabilitação precoce na prevenção do declínio funcional do doente com AVC”** cujo objetivo é o de avaliar os contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação na prevenção do declínio funcional do doente com AVC. Serão formados 2 grupos de participantes sujeitos a um programa de reabilitação, sendo que num apenas estará sujeito a uma sessão e o outro a 2 sessões diárias. Sendo a escolha feita de forma aleatória, poderá ficar em qualquer um dos grupos. A sua participação consiste em colaborar no preenchimento de um questionário InterRAI AC na admissão, 5º. dia e na alta.

Ao participar de forma voluntária neste estudo estou ciente de que terei:

1. A garantia de receber esclarecimento em qualquer momento que julgar necessário, antes e durante a minha participação no estudo;
2. A liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo sem nenhuma consequência ou penalidade para mim;
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o carácter de anonimato das informações prestadas;
4. Assegurado que as informações prestadas e os resultados delas decorrentes destinar-se-ão à apresentação e/ou publicação de trabalhos de carácter científico;
5. Os resultados do estudo estarão disponíveis para mim por meio das divulgações científicas e diretamente através da investigadora.

Assim, depois de devidamente informado(a) autorizo a minha participação neste estudo:

Data: ____/____/20____

(Assinatura do participante)

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____

BI/CC n.º _____, Validade _____

Grau de Parentesco ou tipo de representação: _____

**APÊNDICE III – Parecer da
Comissão de Ética da Unidade
de Investigação em Ciências
da Saúde- Enfermagem**

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)**

Parecer Nº P410_04-2017

Título do Projeto: "Efetividade da Reabilitação Precoce na Prevenção do Declínio Funcional do Doente com AVC"

Identificação do Proponente

Nome(s): Daniela Simões Rasteiro Maia Fonseca (aluna do IX Curso de Pós-licenciatura e V Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Prof. Arménio Guardado Cruz

Relator: Sofia Raquel Teixeira Nunes

Parecer

Considerando a importância dos efeitos nefastos de um Acidente Vascular Cerebral (AVC), o objetivo principal deste estudo é "avaliar a efetividade de um programa de reabilitação precoce na prevenção do declínio funcional do doente com AVC".

O estudo descrito pela investigadora será de "caráter quantitativo, do tipo quase experimental". A população do estudo será composta por todos os utentes internados no serviço de neurologia dos CHUC que necessitem da intervenção do enfermeiro de reabilitação, sendo a amostra consecutiva do tipo não probabilístico, atingindo 40 participantes no total (20 do grupo controlo e 20 do grupo de intervenção). Os critérios de inclusão baseiam-se no diagnóstico de todos os doentes que possuam AVC isquémico com hemiparesias de grau 3 e 4, segundo a investigadora "orientados e que estejam motivados para a sua recuperação", excluindo-se assim doentes acompanhados pelo serviço de medicina física e reabilitação dos CHUC, assim como aqueles que estejam não colaboradores ou com afasia de compreensão.

O estudo decorrerá no serviço de Neurologia A do pólo HUC do CHUC. O instrumento de colheita será o formulário InterRAI-CA-PT (aplicado na admissão, 5.º dia e alta) e segundo a investigadora assegura o anonimato e confidencialidade. Para além disso, os participantes serão informados e será fornecido o consentimento informado, que relembramos a necessidade de ser fornecido em duplicado ao utente.

A data prevista do início da colheita de dados está fixada em setembro de 2016, sendo o seu término em março do presente ano, pelo que deverá a requerente efetuar a alteração consoante o procedimento.

A investigadora apensou ainda um parecer favorável da Comissão de Ética do CHUC, apesar de referirem não se aplicar a Lei n.º 21/2014, de 16 de abril.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética contudo, o mesmo não dispensa a autorização da unidade de saúde para o desenvolvimento do estudo.

O relator:



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UICISA



Escola Superior de
Enfermagem
de Coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

COMISSÃO DE ÉTICA
da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)

Data: 15/05/2017 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Flomena Bevilacqua



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
INTEGRALE



E S E N f C superior de
enfermagem
de coimbra

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA