

Anusca Moreira

**AUTOUCUIDADO NO AVC -
CONTRIBUTO DO PROGRAMA
DE REABILITAÇÃO**

Abril 2013

Moreira, Anusca Sousa

AUTOCUIDADO NO AVC - CONTRIBUTO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

141 páginas

Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Saúde do Norte

CESPU, CRL; Instituto Politécnico da Saúde do Norte

À Mestre Fátima Ribeiro, pelo apoio, disponibilidade, colaboração e estímulo na orientação deste estudo.

Às enfermeiras Andreia Magalhães e Isabel Leitão, pelo incentivo e ensinamentos que me proporcionaram.

Aos doentes intervenientes neste estudo, sem os quais o mesmo não seria possível.

Ao meu marido e aos meus pais, pela compreensão e apoio incondicional durante o desenvolvimento do trabalho.

A todos
Muito obrigada

“Grandes realizações não são feitas por impulso,
mas por uma soma de pequenas realizações”

Vicent Van Gogh

Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	13
PARTE I – RUMO À INDEPENDÊNCIA.....	17
1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	19
1.1 Défices após AVC.....	22
2 O AUTOCUIDADO.....	31
3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	37
3.1 Treino de autocuidados.....	50
4 O DOENTE COM AVC E A FAMÍLIA.....	57
4.1 Família: estrutura e funções.....	57
4.2 Características e necessidades dos cuidadores.....	58
4.3 Preparação do regresso a casa.....	63
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	65
1 A PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO.....	67
2 METODOLOGIA.....	69
2.1 Questões de investigação.....	70
2.2 Objetivos do estudo.....	70
2.3 Tipo de amostragem.....	71
2.4 Instrumentos de Colheita de dados.....	71
2.5 Programa de Reabilitação.....	75
2.6 Procedimentos.....	79
2.7 Estratégias para tratamento da informação e análise estatística.....	80
2.8 Considerações éticas.....	82
PARTE III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	83
1. AMOSTRA EM ESTUDO.....	85
1.1 Caracterização da amostra.....	85
1.2 Avaliação da sensibilidade.....	87
1.3 Avaliação da força muscular.....	88
1.4 Dependência no autocuidado.....	92
2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	113
ANEXOS.....	127

Índice de Figuras

Figura 1. Teoria do Défice de Autocuidado 33

Figura 2. Relação Entre os Intervenientes do Processo de Reabilitação 37

Índice de Tabelas

Tabela 1. Lesão e Respetivas Manifestações	23
Tabela 2. Atividades básicas de vida diária	31
Tabela 3. Colheita de Dados	72
Tabela 4. Índice de Barthel	75
Tabela 5. Esquema de mobilizações dos membros superiores	77
Tabela 6. Esquema de mobilizações dos membros inferiores	77
Tabela 7. Programa de Reabilitação: Treino de Autocuidados	79
Tabela 8. Caracterização da Idade	86
Tabela 9. Caracterização do Tempo de Internamento	87
Tabela 10. Avaliação da Força Muscular	91
Tabela 11. Caracterização da Avaliação da Força Muscular	92
Tabela 12. Componentes do Índice de Barthel	99
Tabela 13. Caracterização do Índice de Barthel.....	100
Tabela 14. Correlação entre a Força Muscular e o Índice de Barthel	111

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Avaliação da força muscular do membro superior afectado- segmento distal	88
Gráfico 2. Avaliação da força muscular do membro superior afectado - segmento proximal	89
Gráfico 3. Avaliação da força muscular do membro inferior afectado-segmento distal.....	90
Gráfico 4. Avaliação da força muscular do membro inferior afectado-segmento proximal	90
Gráfico 5. Grau de Dependência no Autocuidado: Alimentação	93
Gráfico 6. Grau de Dependência no Autocuidado: Vestir/ Despir.....	94
Gráfico 7. Grau de Dependência no Autocuidado: Banho	94
Gráfico 8. Grau de Dependência no Autocuidado: Higiene corporal	95
Gráfico 9. Grau de Dependência no Autocuidado: Uso da casa de banho	95
Gráfico 10. Grau de Dependência no Autocuidado: Controlo Intestinal	96
Gráfico 11. Grau de Dependência no Autocuidado: Controlo Vesical	96
Gráfico 12. Grau de Dependência no Autocuidado: Subir/ descer escadas	97
Gráfico 13. Grau de Dependência no Autocuidado: Deambulação	97
Gráfico 14. Grau de Dependência no Autocuidado: Transferência	98

Índice de Anexos

ANEXO I - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO.....	129
ANEXO II – QUESTIONÁRIO.....	133
ANEXO III – CRONOGRAMA	139

Abreviaturas e siglas

ABVD – Atividades básicas de vida diárias

AIVD – Atividades instrumentais de vida diárias

AVC – Acidente vascular cerebral

CIE – Conselho Nacional de Enfermeiras

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EUSI – European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management

MRC – Medical Research Council

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros

Resumo

Na sociedade atual, o acidente vascular cerebral constitui-se como um problema de saúde pública, gerador de inúmeras incapacidades e com um profundo impacto socioeconómico e familiar. Deste modo, a implementação de programas de Reabilitação com enfoque na promoção da independência do autocuidado, reveste-se de acuidade.

Foi neste contexto de reflexão que se empreenderam esforços para a construção deste estudo, delimitando o seu campo analítico ao contributo do programa de Reabilitação para a independência no autocuidado dos doentes internados com acidente vascular cerebral. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, cuja amostra é constituída por 8 doentes, com uma média de idades de 69 anos, com idades compreendidas entre 58 e 84 anos. Criou-se um programa de Reabilitação para os doentes acometidos por AVC e analisou-se a evolução do nível de dependência no autocuidado desde o momento de admissão até à alta, com recurso ao índice de Barthel. Na admissão do serviço, todos os doentes se apresentavam dependentes, sendo que destes 50% apresentavam-se totalmente dependentes relativamente ao autocuidado alimentação, 75% no vestir/despír, 37,5% no controlo intestinal, 50% no controlo vesical, 87,5% na deambulação e 75% na transferência. Todos os doentes se encontravam totalmente dependentes no banho, higiene corporal, uso do WC e subir/descer escadas. Após implementação do Programa de Reabilitação, verificaram-se ganhos a nível da força muscular e do grau de independência em todas as atividades de autocuidado. No momento da alta, 12,5% dos doentes encontravam-se independentes e a maioria encontrava-se moderadamente dependente (37,5%). Nenhum doente se encontrava totalmente dependente. Metade dos doentes apresentava-se independente para a alimentação, 12,5% para o vestir, 12,5% para o uso do WC, 12,5% para o banho, 25% para a higiene corporal, 87,5% para o controlo intestinal, 62,5% para o controlo vesical, 25% para a deambulação e 12,5% para a transferência. Nenhum doente adquiriu independência para o subir/descer escadas.

Palavras-chave: AUTOCUIDADO; INDEPENDÊNCIA; ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL; PROGRAMA; REABILITAÇÃO.

ABSTRACT

In current society, stroke is a public health problem, leading to numerous disabilities with deep socioeconomic impact. It is essential to implement rehabilitation programs that focus on self-care independence.

We have delimited the analytical field of the study to the contribution of the rehabilitation program for an independent patient self-care upon cerebrovascular accident. This is an exploratory and descriptive study. The sample is made up of 8 patients, ages between 58 and 84 years, and with a mean age of 69 years. We created a rehabilitation program for stroke patients and analyze the evolution of the patient capacity for self-care from the time of admission until the discharge. For that propose, we used the Barthel index. On admission, all patients were dependent, 50% were totally dependent on self-care, 75% on the dressing/undressing, 37.5% on intestinal control, 50% on vesical control, 87.5% for deambulation and 75% for the transfer. All patients were totally dependent for the bathing, personal hygiene, in the use of toilet and for stairs climbing. After implementation of the rehabilitation programme, we observed a gain in muscle strength and in the degree of independence in all activities of self-care. At the time of discharge, 12.5% of the patients were independent and most were moderately dependent (37.5%). No patient was totally dependent. Half of the patients were independent on food, 12.5% for dressing/undressing, 12.5% for the use of the toilet, 12.5% for the bath, 25% for body hygiene, 87.5% to intestinal control, 62.5% to vesical control, 25% for deambulation and 12.5% for the transfer. No patient could independently climb stairs.

Key Words: SELF-CARE; INDEPENDENCE; STROKE; PROGRAM; REHABILITATION.

INTRODUÇÃO

Decorrente dos avanços tecnológicos, verificou-se um aumento da esperança de vida, mas também um número crescente de pessoas idosas e doentes crónicos incapazes de satisfazer as exigências do autocuidado e de viver autonomamente na comunidade, o que não se coaduna com a insuficiência e inadequação dos serviços de saúde e sociais. Como preconiza Hesbeen (2000, p. 33), deve-se *“agir para que o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida (...) e que não se limite a uma espera, por vezes vivida como uma espécie de fardo.”*

Quando se acentua a deterioração a nível físico e há perda de autonomia funcional, física ou instrumental, o doente enfrenta um novo desafio, o de ficar dependente. A Enfermagem desempenha aqui um papel fulcral pois como refere Collière, (1989, p. 287) *“o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las, se essas capacidades forem insuficientes”*.

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma doença com expressão mundial que gera disfuncionalidades, incapacidades diversas, as quais são necessárias prevenir, restaurar ou minimizar, de modo a potenciar a qualidade de vida. Os enfermeiros de reabilitação assumem um papel fulcral na recuperação destes doentes e centram a sua atuação no aumento do reportório dos recursos internos da pessoa capacitando-a para um *coping* eficaz centrado no problema. *“A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam*

melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades.” (Diário da República, 2011, p. 8658)

Assim, na esteira dos problemas evocados pelo AVC, encontra-se a questão de encontrar referenciais norteadores da intervenção dos enfermeiros de Reabilitação. Após a realização de uma revisão bibliográfica sobre a temática do acidente vascular cerebral, consideramos que seria pertinente desenvolver estudos que incidissem sobre o autocuidado do doente acometido por AVC, dimensão que tem sido olvidada e que nos parece importante ressaltar.

Em face destas considerações, emergiu a temática do contributo do programa de Reabilitação para a independência do doente com AVC, tomando como princípio norteador a teoria de Orem. Subjacente a esta problemática, implementou-se um programa com enfoque no treino das atividades de autocuidado.

Para dar resposta ao problema de investigação, optou-se por um estudo exploratório descritivo. Após a seleção da amostra, através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, aplicou-se o programa de Reabilitação nos doentes internados por AVC. No momento da admissão e no momento da alta, procedeu-se à avaliação do grau de força muscular e de independência para o autocuidado dos doentes para, posteriormente, analisar os resultados obtidos antes e após o programa.

Este relatório surgiu como corolário de um dispositivo de investigação desenvolvido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e decorre de um processo de reflexão pessoal, no sentido de encontrar evidências que clarifiquem o programa de Enfermagem de Reabilitação como um contributo para a independência do doente com AVC.

O relatório encontra-se dividido em três partes. A primeira parte reporta-se à fundamentação teórica da temática, a segunda parte refere-se à metodologia utilizada e a terceira parte aos resultados obtidos.

A primeira parte encontra-se dividida em quatro capítulos. No primeiro capítulo, faz-se uma abordagem clínica do AVC, descrevendo a sua etiologia, tipos, fatores de risco e défices após AVC. O segundo capítulo conceptualiza a dependência no autocuidado, o terceiro explana os cuidados de Enfermagem de Reabilitação e o quarto incide sobre a importância da família no processo de recuperação, abordando-se a estrutura e funções da família, características dos cuidadores e a preparação do regresso a casa. A parte II, enquadramento metodológico, inclui a apresentação do paradigma e método utilizado, dos participantes no estudo, instrumentos de colheita e análise de dados, bem como do programa de Reabilitação implementado. Os aspectos éticos tidos em consideração durante todo o processo de investigação, no que concerne ao acesso aos participantes e recolha de dados, são igualmente apresentados. Terminaremos, na parte III, com a apresentação e discussão dos resultados, tendo subjacente o referencial teórico. Finalmente, tecem-se as principais conclusões.

PARTE I – RUMO À INDEPENDÊNCIA

1 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Os Acidentes Vasculares Cerebrais são uma das primeiras causas de morbidade e mortalidade na Europa, ocorrendo entre 100 e 200 novos casos por cada 100.000 habitantes/ano, o que implica uma colossal sobrecarga económica (EUSI, 2003). Em Portugal, os acidentes vasculares cerebrais surgem como a primeira causa de morte e de incapacidade (Oliveira, V., 2012, p. 263). Embora esta patologia afecte indivíduos de todas as faixas etárias, três quartos dos episódios de AVC ocorrem em indivíduos com mais de 65 anos (Bonita, 1992).

De acordo com dados do projeto “Médicos Sentinela”, as taxas anuais de incidência de AVC (tendo por base, apenas, o número de casos notificados) foram mais elevadas no sexo masculino que no feminino, na maioria dos grupos etários. No grupo etário acima dos 75 anos, os valores foram semelhantes nos dois sexos. Segundo o Ministério da Saúde (2001), num estudo de Gonçalves & Cardoso (1997) realizado na população de Coimbra, a prevalência era de 8%.

Costa (cit. por Menoita et al, 2012) preconiza que, em 2023, registar-se-á um aumento absoluto de primeiros AVC na ordem dos 30%, em comparação com o ano de 1983. A taxa de doentes dependentes será de 65% dos sobreviventes e a prevalência total rondará os 5/1000 na população.

A designação acidente vascular cerebral concerne a um conjunto de sintomas de défices neurológicos, num período de pelo menos 24 horas, que resultam de lesões cerebrais na sequência de uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea (Bonita, 1992; Bonita, Solomon & Broad, 1997 cit. por Martins, 2006). *“O AVC é uma doença súbita, que afeta uma zona localizada no encéfalo, produzindo, portanto, sintomas e sinais deficitários causados pela*

perda de função da área afetada e que ocorre mais frequentemente em indivíduos com fatores de risco vascular” (Ferro, J. & Pimental, J., 2006, p. 77).

O AVC pode ser originado por dois tipos diferentes de mecanismo: oclusão de um vaso provocando isquemia e enfarte do território dependente desse vaso ou ruptura vascular, pelo que a nomenclatura do tipo de AVC depende do mecanismo que lhe deu origem.

Considera-se a existência de três tipos de AVC: a hemorragia cerebral, a hemorragia subaracnoídea e o enfarte cerebral.

A hemorragia cerebral resulta da ruptura de um vaso no cérebro, podendo resultar da ruptura de aneurismas cerebrais, malformações cerebrovasculares, angioma cavernoso, abuso de drogas, discrasia sanguínea, terapêutica anticoagulante, angiopatia amiloide ou tumor cerebral (Whisnantetal, 1990, cit. por Martins, 2006). Frequentemente, a instalação de uma hemorragia cerebral encontra-se associada à atividade física ou a acontecimentos muito emocionantes (Garrett, 1994 cit. por Martins, 2006).

Os sinais clínicos diferem consoante a localização e gravidade da hemorragia mas são, geralmente, acompanhados por um quadro agudo associado a uma cefaleia violenta e à diminuição do nível de consciência. Frequentemente, a tensão arterial encontra-se elevada no momento da admissão, ainda que não existindo história prévia de hipertensão arterial (Martins, 2006).

A hemorragia subaracnoídea é frequentemente causada pela ruptura de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, angiomas arteriovenosos ou traumatismo. Constitui o tipo de AVC menos frequente e afecta habitualmente indivíduos com idade inferior a 35 anos. Em cerca de um terço dos casos, o esforço físico, a tosse, a defecação, relações sexuais e a exposição prolongada ao sol podem desencadear a hemorragia. A sintomatologia ocorre de forma repentina, com cefaleia intensa,

transtornos da vigília, rigidez da nuca, fotofobia e outros sinais de irritação meníngea (Martins, 2006).

O enfarte cerebral representa cerca de 80% de todos os AVC`s (Hu et al, 1989 cit. por Martins, 2006). Uma grande parte dos doentes apresenta uma história clínica sem antecedentes patológicos prévios ao episódio de AVC, outros apresentam antecedentes de hipertensão arterial, diabetes Mellitus, doenças do foro cardíaco e acidentes isquémicos transitórios prévios. Os doentes manifestam sintomas e sinais neurológicos focais, como por exemplo, hemiparesia e alterações sensoriais e o défice manifestado surge subitamente, podendo agravar-se nas primeiras horas ou dias.

A isquemia cerebral pode ser provocada pela trombose, embolismo e hipoperfusão de causa hemodinâmica. O enfarte cerebral pode assim ser classificado em três categorias: aterotrombótico, cardioembólico e lacunar. As manifestações clínicas do AVC variam de acordo com a região vascular e a área afetada (Whisnantetal, 1990 cit. por Martins, 2006).

Relativamente à patogénese do AVC, esta é multifatorial e de evolução contínua. Os principais factores de risco para o AVC são arteriosclerose, hipertensão arterial, tabagismo, colesterol elevado, Diabetes Mellitus, obesidade, doenças das válvulas e arritmias cardíacas, a hereditariedade, o sedentarismo, o excesso de ingestão de bebidas alcoólicas, o uso de anticoncepcionais orais e a idade. Existem outras causas menos frequentes de AVC como doenças inflamatórias das artérias, uso de drogas como a cocaína e doenças do sangue e da coagulação sanguínea. Finalmente, a presença de acidentes isquémicos transitórios representa um factor de risco importante, sendo que um terço dos indivíduos que sofreram acidentes isquémicos transitórios acabarão por sofrer um AVC dentro de cinco anos (Martins, 2006).

Quanto maior for o número de factores de risco identificados num indivíduo maior será a probabilidade de ocorrência de AVC. Tendo por base esta premissa, as campanhas de saúde assentam essencialmente nos factores de risco modificáveis, como a hipertensão.

“É uma doença mais incapacitante que fatal, sabendo-se que cerca de 20% morre no primeiro ano, os que sobrevivem ficam incapacitados e com défices motores e neurológicos que os tornam dependentes de outros. A prevalência é maior em homens que em mulheres e maior em negros que em brancos” (Oliveira et al, 2003). Também Silva (2007) corrobora que, para além da morte, (12% a 15% no primeiro mês após AVC) a incapacidade e a dependência condicionam as vítimas de um AVC, sendo que trinta por cento ficam gravemente incapacitados após um acidente agudo e muitas vezes incapazes de retomar a vida ativa.

1.1 Défices após AVC

Os sintomas de um AVC dependem essencialmente do tipo de acidente vascular cerebral, da sua localização (áreas afectadas), idade e estado do doente. Os efeitos do AVC na mulher normalmente são mais prejudiciais que nos homens, sobretudo, depois dos 65 anos.

As manifestações clínicas do AVC variam de acordo com a região vascular e a área afetada (Whisnantetal, 1990 cit. por Martins, 2006), como podemos observar na tabela seguinte.

Tabela 1. Lesão e Respetivas Manifestações

Fonte: Retirado de Martins, M., 2002

LESÕES	MANIFESTAÇÕES
Território da carótida interna	Hemiplegia contralateral; Afasia (quando no hemisfério dominante); Hemianestesia; Hemianopsia homônima contralateral
Território vertebro-basilar	Sinais de lesão dos nervos cranianos; lesões do trato sensitivo; Hemiplegia ou dupla hemiplegia; Lesão do trato espinhal; Lesões do sistema simpático, com ptose palpebral e miose; Síndrome vertiginoso, com alterações das relações espaciais; Perturbações do controle motor; Coma.
Artéria cerebral anterior	Confusão menta; Hemianopsia contralateral; Perda da sensibilidade, mais acentuada na perna e pé.
Artéria cerebral média	Hemiparesia contralateral; Afasia (quando no hemisfério dominante); Hemianopsia; Perturbações da face.
Artéria cerebral posterior	Hemianopsia homônima contralateral; Hemianestesia contralateral.
Tronco cerebral	Paralisia homolateral dos nervos cranianos, com paralisias piramidais cruzadas ou perturbações cruzadas da sensibilidade, nas situações em que a lesão atinge a via sensitiva
Pé do pedúnculo	Hemiplegia do lado oposto à lesão; Paralisia ocular do mesmo lado, por atingimento das fibras do nervo ocular motor comum
Protuberância	Hemiplegia do lado oposto à lesão; Paralisia total facial do mesmo lado.
Bulbo raquidiano	Vertigem violenta no seu início e desequilíbrio sem perda de consciência; Disfasia, disartria e, por vezes, diplopia transitória; Anestesia da hemiface, hemi-hipostesia do lado oposto.

As alterações provocadas por um AVC podem ir de leves a graves e, até mesmo, à morte. Iremos agora explicar as alterações mais frequentes no indivíduo acometido por AVC.

Alterações na força muscular

Segundo Horn (cit. por Menoita, 2012), a hemiparesia ou hemiplegia é a principal causa de incapacidade grave na sociedade atual. Constituindo-se como a manifestação clínica mais frequente no doente acometido por AVC, pode ocorrer quer nas lesões que envolvem os hemisférios cerebrais, quer nos pedúnculos cerebrais. A hemiplegia designa a paralisia de um dos lados do corpo e surge no hemicorpo contralateral à lesão, pois cada hemisfério cerebral controla a atividade do lado oposto do corpo. A hemiplegia completa compreende metade da face e da língua, bem como a perna e braço do mesmo lado do corpo. Os músculos do tórax e abdómen, geralmente, não são paralisados por serem inervados por ambos os hemisférios cerebrais (Martins, 2006).

Uma das sequelas mais frequentes e geradora de limitações da autonomia dos doentes nas atividades da vida diária após o AVC, é a deterioração da função do membro superior que pode conduzir a incapacidade permanente (Kluding & Bellinger, 2005). A recuperação funcional do membro superior é evidente através de atividades como agarrar, pegar e manipular objetos. Estas funções diárias permanecem com défices em 55% a 77% dos sobreviventes de AVC mesmo 3 a 6 meses após AVC (Lal et al, 2002, cit. por Alon et al., 2003).

Segundo Taub et al (1993), o indivíduo hemiplégico tende a ignorar o membro afectado e a desenvolver o desuso. Franzi & Kagohara (2007) relataram que os indivíduos portadores de hemiparesia após um AVC não conseguem manter um equilíbrio na postura ereta e expressam modificação no desempenho da marcha.

Alterações do tónus

A perda do tónus muscular no hemicorpo afetado é experimentada por quase todas as pessoas que sofreram um AVC. A hipotonia do lado atingido

caracteriza-se por não conseguir movimentar os membros em nenhuma posição, principalmente nas primeiras semanas. A hipotonia usualmente está presente imediatamente após o AVC, tendo duração breve, embora, muito raramente, possa persistir indefinidamente. O tônus muscular pode também estar aumentado, sendo descrito como espasticidade ou hipertonia. Esta condição emerge em cerca de 90% dos casos e desencadeia uma resistência aumentada à mobilização passiva, o que dificulta a movimentação ativa e dificulta a atividade motora voluntária com déficit na amplitude de movimento e força muscular (Flansbjer, U. et al, 2005).

Como consequência destas alterações, há ausência de consciencialização e perda de padrões de movimento do hemicorpo afetado, bem como padrões inadequados do lado não afetado, usado como compensação. A ausência de movimento voluntário vai limitar a capacidade para a realização das atividades de vida diária (Organização Mundial de Saúde, 2003). Deste modo, a prevenção da espasticidade é de primordial importância pois a sua instalação irá dificultar a reeducação e tornará quase impossível o retorno do doente a uma vida normal, uma vez que todos os dias terá que iniciar movimentos normais do seu quotidiano contra este padrão espástico postural em crescente desenvolvimento.

Perda de mecanismo de controlo muscular

Shumway, A. & Woollacott, M. (2003) definem o controlo motor como a integração de sistemas orgânicos com o objetivo de gerir o movimento.

A instalação da hemiparesia leva ao comprometimento dos ajustes posturais para a execução de movimentos voluntários e à redução das reações de equilíbrio (Chagas & Tavares, 2001). Os indivíduos acometidos por AVC manifestam tendência para assumir uma posição de assimetria postural, com distribuição menor de peso para o lado afectado e dificuldade na transferência de peso corporal para o lado oposto. Deste modo, as atividades do quotidiano

ficam comprometidas, nomeadamente o sentar-se, a capacidade de se manter de pé e de deambular.

Disfagia

A disfagia é um problema frequente no indivíduo vítima de AVC e designa a dificuldade de deglutição de alimentos líquidos e/ou sólidos por alteração da coordenação neuromuscular (Leal, 2001). Este défice pode levar a complicações como pneumonia de aspiração (EUSI, 2003). A disfagia orofaríngea ocorre em até 50% dos doentes com AVC hemiplégico unilateral (Martino et al, 2005 cit. por ESO, 2008). Segundo Mann (cit. por ESO, 2008, p. 71), *“a prevalência de disfagia é mais elevada na fase aguda do AVC e declina para 15% aos 3 meses”*.

Num doente vítima de AVC, muitas vezes encontram-se comprometidas as capacidades do indivíduo controlar a mão e o braço dominante para levar os alimentos à boca, bem como o ato da mastigação e da deglutição. Estes problemas decorrentes da alteração a nível central do controlo nervoso da faringe, paralisia do nervo trigémeo e glossofaríngeo, manifestam-se por desvio da comissura labial e paralisia facial.

Incontinência

Após um AVC, é frequente ocorrer incontinência vesical e intestinal, mas, normalmente, esta situação tem tendência a melhorar, havendo um retorno à função normal. Muitas vezes, este problema deve-se a alterações sensoriais e motoras, confusão mental, distúrbios da comunicação ou imobilidade forçada. A posição ortostática e a deambulação ajudam o doente a superar a incontinência.

A prevalência da incontinência está associada às lesões no lobo frontal em 100%, às lesões medulares em 55%, à área lenticulocapsular em 45% e ao território da artéria cerebral média em 40% das situações clínicas (Jong S. & Smi C., 2000).

Estudos recentes indicam uma prevalência da incontinência urinária 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 (Thomas, 2005 cit. por ESO, 2008). Em Portugal verificou-se que 48% dos doentes com AVC estavam incontinentes no momento da alta (Charles A., 1999).

Problemas sensoriais

Para além dos danos físicos causados por um AVC, podem também surgir dificuldade de percepção e perda de discriminação sensorial, das quais as mais frequentes e presenciáveis nos casos de lesão neurológica do hemicorpo são os défices sensoriais superficiais, proprioceptivos e visuais. Deste modo, o doente pode ter dificuldade em saber onde se encontram os seus membros e em que posições estão, assim como o seu próprio corpo.

Verifica-se alteração da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa, ou mesmo perda, o que pode conduzir a autolesões, assim como a uma diminuição da sensibilidade postural, o que impede a execução de movimentos eficientes e controlados e pode comprometer a marcha.

Além disso, o doente pode também apresentar problemas de visão por paralisias dos nervos ópticos ou músculos ópticos, sendo o problema mais comum a hemianopsia homónima (visão defeituosa ou perda visual em metade do campo visual de cada olho).

Alterações da função perceptiva

Os défices perceptivos dependem sobretudo do local da lesão e da sua extensão. Este tipo de distúrbios pode ocorrer a nível da figura de fundo, modo no espaço, compreensão de profundidade, relações espaciais, firmeza da forma e orientação topográfica.

Como distúrbio frequente nestes doentes compreende-se a apraxia (incapacidade de executar movimentos e gestos precisos apesar das funções motoras e sensoriais se encontrem aparentemente integras) e a agnosia (distúrbio na interpretação visual, táctil ou de outras estruturas sensoriais, que consiste na incapacidade de reconhecer objetos familiares de uso pessoal e de lhe atribuir uma função mesmo que os órgãos sensoriais não se encontrem lesados). Podem também emergir alterações a nível da imagem e conceito corporal.

Problemas de compreensão

Podem ser afectadas a memória, a compreensão de conceitos, a concentração e a comunicação, esta última como consequência da obstrução da artéria cerebral média no hemisfério esquerdo.

A afasia é uma perturbação da linguagem decorrente de uma lesão do córtex, podendo assumir diversas formas: afasia motora, afasia sensorial ou afasia mista. Na afasia motora, o doente perde a capacidade de traduzir o seu pensamento em palavras e na afasia sensorial, perde a capacidade de compreender as palavras, não tem memória em relação ao significado dos símbolos verbais que ouve ou vê.

Os doentes com AVC que experimentam problemas de comunicação, para além das consequências físicas, também têm que lidar com questões relacionadas com a dificuldade em interagir com as outras pessoas. Estas dificuldades podem se refletir na recuperação física se as pessoas não

conseguirem entender as instruções, podendo também criar depressão e uma sensação de isolamento da família, amigos e comunidade (Gordon, Ellis-Hill & Ashburn, 2009).

Edwards (2003) considera que, nas situações em que os doentes apresentam dificuldades cognitivas, perceptivas ou de concentração, a informação pode ter que ser simplificada, reforçada e limitada ao essencial, podendo ser útil a utilização de calendários e listas.

Problemas psicológicos e emocionais

Um indivíduo que tenha sofrido um AVC terá de aprender a aceitar e a lidar com a sua nova condição. A grande maioria dos doentes vê-se confrontada com uma diminuição drástica da sua atividade social. Surgem emoções e pensamentos negativos, podendo vir a sofrer de depressão, ansiedade e alterações de humor. Segundo Provenciali & Coccia (2002), a depressão é uma das reações emocionais mais frequentes pós AVC, estando presente em 25 a 79% dos casos. Neste sentido, a família e amigos assumem um papel preponderante no bem-estar do doente, acompanhando-o quer no internamento, quer no domicílio. Podem ainda ocorrer alterações no relacionamento entre o doente/família, o que conduz frequentemente ao isolamento dentro da família e da sociedade.

Alterações de comportamento

De acordo com a localização da lesão, os doentes apresentam comportamentos bastante diferentes. Quando é atingido o lado direito do cérebro, tendem a ter um comportamento mais lento, incertos e inseguros, mas simultaneamente mais cuidadosos. Geralmente, estes doentes ficam ansiosos e indecisos para a realização de qualquer tarefa, confusos ou não cooperantes e sem iniciativa própria.

2 O AUTOCUIDADO

As atividades de vida diárias compreendem atividades básicas de vida diárias (ABVDs) ou cuidado pessoal, referentes às atividades de autocuidado, como vestir, alimentar, tomar banho e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), que concernem a atividades mais complexas, como preparar alimentos, telefonar, tomar a medicação, entre outras.

Tabela 2. Atividades básicas de vida diária

Fonte: Retirado de Mceer, 2011

ABVD	Funcionalidade/ Independência
Higiene pessoal	Uso do chuveiro, da banheira e ato de lavar o corpo; Higiene oral; Arranjo pessoal (barbear-se, pentear-se, colocar maquiagem...).
Controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários	Ato inteiramente auto controlado de mictar ou defecar; Ir ao sanitário para a eliminação e higienizar-se depois.
Vestuário	Ir buscar as roupas ao armário, bem como vestir: roupas íntimas, roupas externas, apertar botões, fechos e cintos, calçar meias e sapatos.
Alimentação	Uso dos talheres; Fragmentar os alimentos no prato; Dirigir a comida do prato (ou similar) à boca.
Locomoção	Deslocar-se autonomamente;
Transferência	Sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa; Transferir-se de uma cadeira para outra, para a sanita, banheira ou outra superfície

De acordo com a CIPE- versão 2 (2011, p. 41), autocuidado designa a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diárias”.

A capacidade para o autocuidado encontra-se intimamente associada com diferentes fatores, nomeadamente fatores intrínsecos ao sujeito, como a idade, sexo, orientação sociocultural, autoestima, a capacidade funcional e a capacidade cognitiva, e fatores extrínsecos ao sujeito, nomeadamente os recursos familiares e da comunidade disponíveis, o ambiente, a pessoa significativa e as terapêuticas de Enfermagem (Orem, 1995).

Orem (1995) conceptualizou o autocuidado e desenvolveu a teoria de Enfermagem do défice de autocuidado, que engloba três teorias inter-relacionadas: teoria do autocuidado, teoria do défice de autocuidado e teoria dos sistemas de Enfermagem.

Autocuidado designa *“a capacidade das pessoas em concretizar as situações de vida por si só ou para enfrentar os fatores que afectam o seu próprio desenvolvimento e funcionamento de saúde ou bem-estar”* (Orem, 1995, p. 103). Refere-se a condutas aprendidas que regulam intencionalmente a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano. Segundo a teoria do défice de autocuidado de Orem, o objeto de estudo da Enfermagem são os indivíduos que apresentam dificuldades no autocuidado ou no cuidado de outras pessoas dependentes.

Na sua teoria de autocuidado, Orem desenvolve o conceito de requisitos de autocuidado, meios para a satisfação de exigências de regulação, funcionamento e desenvolvimento do organismo e classifica-os em três categorias: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (Orem, 1995). Os requisitos universais são comuns a todos os seres humanos durante todas as etapas do ciclo vital de acordo com a idade, estado de desenvolvimento e fatores ambientais. Quando se proporciona de maneira efetiva o autocuidado, estes reforçam a saúde e o bem-estar do indivíduo. Os requisitos de desenvolvimento favorecem os processos de vida e maturação e impedem as condições prejudiciais ao crescimento e maturação ou minimizam os seus

efeitos. Os requisitos de desvio de saúde são as mudanças no estado de saúde que produzem uma dependência total ou quase total de outros, devido à necessidade de manter a vida e o bem-estar. Surgem na sequência da doença e são carências que aparecem porque a doença ou a incapacidade impõem uma mudança no comportamento do autocuidado, ou seja, a pessoa passa do papel de agente de autocuidado à de receptor de cuidados.

A teoria do déficit de autocuidado é o cerne da teoria de Enfermagem de Orem (Foster & Janssens, 1993, p. 92) e exprime a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de Enfermagem. O déficit de autocuidado surge quando as necessidades são superiores à capacidade do indivíduo autocuidar-se. Os cuidados de Enfermagem tornam-se uma exigência quando o indivíduo é incapaz ou tem limitações na provisão de autocuidado contínuo e eficaz. Quando as habilidades para cuidar não são congruentes com a exigência de cuidados, estes podem ser oferecidos pelos enfermeiros (Orem, 1995).

De seguida, apresentamos uma figura, através da qual se pretende esquematizar a teoria de déficit de autocuidado.

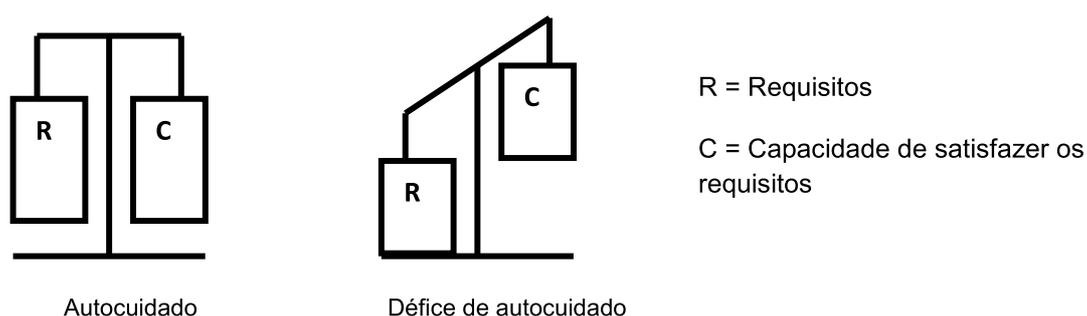


Figura 1. Teoria do Défice de Autocuidado

Fonte: Adaptado de Pearson et al, 1986

A teoria dos Sistemas de Enfermagem “*estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem*” (Orem, 2001, p. 147). Os cuidados de Enfermagem tornam-se uma exigência quando os indivíduos necessitam de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de cuidado, cuja realização exige conhecimento e habilidade especializados, adquiridos através de treino e experiência, ou quando o indivíduo necessita de ajuda para recuperar da doença ou da lesão, ou para enfrentar os seus efeitos (Orem, 1995, p. 174).

Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem (1995) identificou três classificações de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação. Estes sistemas traduzem os papéis dos enfermeiros e dos doentes nas situações concretas (Foster & Bennett, 2000).

O sistema totalmente compensatório é aplicado quando o cliente se encontra incapaz de executar atividades de autocuidado e os enfermeiros compensam essa incapacidade. Existem três tipos de situações que podem exigir a aplicação deste sistema: situações em que o cliente se encontra totalmente incapacitado tanto física como mentalmente, incluindo os clientes inconscientes, situações em que o cliente se encontra completamente incapacitado fisicamente mas consciente e situações em que o cliente se encontra com perturbações da atividade psicomotora (cliente violento, hipoativo ou hiperativo).

No sistema parcialmente compensatório existe a distribuição da responsabilidade do autocuidado pelo enfermeiro e pelo cliente. Esta distribuição depende das limitações físicas que o doente apresenta ou limitações prescritas pelo médico, dos conhecimentos científicos e técnicos e das habilitações necessárias para aplicar determinadas ações específicas e das condições psicológicas do doente para aplicar ou aprender a aplicar ações específicas (Orem, 1995).

A autora supracitada preconiza que o sistema de apoio e educação se aplica quando a incapacidade do cliente executar determinadas atividades

terapêuticas reside na falta de informação ou conhecimento de suporte. É o único sistema válido quando as necessidades de assistência de um cliente estão relacionadas com a tomada de decisão, o controlo de comportamento e a aquisição de conhecimentos ou habilidades. O papel dos enfermeiros foca-se no ensino ao cliente ou à sua estrutura de suporte.

De acordo com Orem (1995), os enfermeiros deveriam seleccionar o tipo de sistema de enfermagem ou a combinação sequencial de sistemas que causariam um efeito excelente na consecução da regulação desejada das atividades de autocuidado dos clientes e na satisfação das suas exigências de autocuidado. É imperativo identificar os défices no autocuidado para, posteriormente, proceder ao tipo de intervenção mais adequada: intervenção totalmente compensatória, parcialmente compensatória, de suporte ou educação.

O aparecimento de dependência implica a transição para uma nova vida, podendo surgir de forma abrupta ou progressiva (Sequeira, 2007) e resulta do aparecimento de um défice, que limita a atividade, na sequência de um processo patológico ou acidente. Segundo o grupo multidisciplinar do Conselho da Europa indivíduo dependente é *“a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das atividades de vida diária”* (Amaral & Vicente, 2000, p. 25). A capacidade funcional designa o grau de independência que o indivíduo tem para realizar as ABVD e as AIVD, assim como outras atividades significativas ou de interesse, como participação em atividades recreativas ou expressão da sexualidade (Lau & McKenna, 2001 cit. por Martins, 2006).

O indivíduo acometido por AVC manifesta alterações nas atividades de vida diárias, nomeadamente diminuição da autonomia para o autocuidado, comprometendo a sua independência. Através dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, os indivíduos com incapacidades físicas são capacitados para mobilizar recursos e alcançar metas, otimizando a sua qualidade de vida.

3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Segundo a WHO (2013), a reabilitação oferece às pessoas com deficiência as ferramentas que eles precisam para alcançar a independência e auto-determinação. *“Enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crônicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”* (Diário da República, 2011, p. 8658).

A reabilitação tem como foco a prevenção de incapacidades e desenvolver, até ao máximo os potenciais físico, psicológico, social, espiritual, profissional e educacional, compatível com o grau de comprometimento fisiológico ou anatómico e limitações ambientais. O Enfermeiro de Reabilitação atua no ser humano como indivíduo e pessoa com funções específicas, que pertence a um grupo – família, comunidade e ambiente, o qual pode ser natural ou artificial. A sua intervenção assenta essencialmente na capacidade de reabilitação revelada pelo cliente, pelo seu projeto de saúde e/ou de vida e na capacidade da pessoa para a obtenção de um nível de vida considerado ótimo, minimizando ou anulando as desvantagens, causadoras de sofrimento e de dependência.

A figura seguinte ilustra a relação entre os intervenientes do processo de Reabilitação do doente.

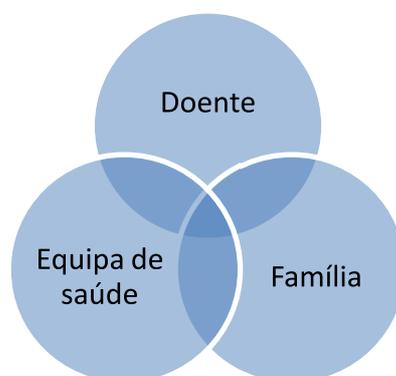


Figura 2. Relação Entre os Intervenientes do Processo de Reabilitação

De acordo com a DGS (2001), o enfermeiro de Reabilitação, a nível dos autocuidados, tem como missão criar condições para assegurar as capacidades funcionais dos utentes, evitar as complicações e defender o direito dos utentes à qualidade de vida, à socialização e à dignidade, assumindo desta forma, o papel do educador, gestor de caso, defensor, conselheiro, investigador, moderador e facilitador. A intervenção do enfermeiro de reabilitação visa uma abordagem holística que pretende maximizar as capacidades do utente. Segundo Martins (2002), as atividades que precisam de ser reaprendidas abrangem a integração essencialmente a três níveis: atividades de vida diárias, relação com a família e relação com a sociedade, ou seja, redescobrir qual o seu papel na família, reformular realisticamente o auto conceito e reaprender a enfrentar os problemas do quotidiano.

Segundo Ring (1994) (cit. por Diogo, 2000), a reabilitação tem como objetivos a restauração funcional do indivíduo e a sua reintegração à família, comunidade e sociedade. Assim, para promover a independência funcional do doente acometido por AVC é de primordial importância promover a reabilitação precoce dos doentes com a condição de AVC, com início na fase aguda (hospitalar) e dar continuidade aos cuidados, através da articulação com os Centros de Saúde (Cuidados de Saúde Primários) e ensino à família e ou cuidador, de forma a reduzir as sequelas e os impactos que daí advêm, ou poderão advir. No sentido de ajudar estes doentes na sua recuperação e consequentemente integrá-los na sociedade, é fulcral o envolvimento da família durante o internamento, prolongando-se no domicílio com os enfermeiros do Centro de Saúde no sentido da máxima independência.

A reabilitação funcional é um dos requisitos básicos no tratamento imediato pós AVC (Fontes, 2000; Pimm, 1997; Ramires, 1997, cit. por Martins, 2006). *“O treino de AVD faz parte integrante dos planos e programas de Reabilitação no sentido de proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de funcionalidade possível após um acidente ou doença”* (Mceer, 2011, p.2).

Em 1995, a Organização Mundial de Saúde postulou que o tratamento de disfunções decorrentes de AVC deveria ser centrado nas metas do cliente. Antes de implementar o programa de Reabilitação, o enfermeiro deve efetuar uma avaliação, recolhendo os dados da pessoa (Hoemann, 2000). Analisando as capacidades da pessoa para a realização do autocuidado, organizam-se os cuidados a prestar ao doente, valorizando a sua opinião (Martins, 2002), de modo a planear, monitorizar e avaliar o programa numa relação de cooperação entre o cliente e o profissional. Segundo Bendz (2000), quer o profissional de Reabilitação, quer o doente, considera a disfunção corporal o maior impacto decorrente do AVC. Ambos buscam a recuperação do “corpo fragmentado”, mas o significado atribuído ao fenómeno difere para as duas partes. Os doentes pretendem o retorno do controle corporal, tendo como referência a vida antes do evento, enquanto os profissionais buscam a recuperação das funções.

Segundo Hickey, (cit. por Perlini, N., Mancussi, A. & Faro, 2005), “(...) os programas de reabilitação têm contribuído significativamente para diminuir os danos causados pela doença; porém, para que o êxito seja alcançado, é fundamental que se inicie, o mais cedo possível, medidas de reabilitação como forma de garantir uma recuperação eficaz. A reabilitação deve ser iniciada assim que o quadro clínico estabilizar.”

Para Fontes (2000), o programa da reabilitação deve iniciar-se 48 a 72 horas após o AVC e compreender cinesioterapia respiratória, mobilização dos membros, treino de equilíbrio do tronco, da alimentação e estimulação cognitiva. O progresso da reabilitação difere de indivíduo para indivíduo. Atalay & Turhan (cit. por Eijk, M. et al, 2000), concluíram que os doentes com mais de 65 anos de idade tinham menos probabilidade de ser bem-sucedidos na reabilitação do que doentes com idade inferior e com as mesmas pontuações na escala de independência funcional, no momento da admissão.

Algumas queixas e dificuldades desaparecem ou melhoram muito com o tempo e a reabilitação, particularmente nos primeiros três meses a seguir ao AVC (DGS, 2001).

Relativamente ao programa de reabilitação de doentes acometidos por AVC, existem dois modelos dominantes: o modelo que preconiza o desenvolvimento de potenciais do lado são e compensar as deficiências do lado afetado do corpo (Bobath) e o modelo que estabelece técnicas de tratamento orientadas sobre o lado afetado, procurando assim reduzir a assimetria entre as duas metades do corpo (Johnstone). Esta toma como foco de atenção os vários fatores que interferem na função motora a nível medular, do labirinto e do córtex, assim como os dados que existem sobre o processo de desenvolvimento da criança.

A abordagem de Bobath pretende ser holística, lidando com os padrões de coordenação, o comportamento sensorial, perceptivo e de adaptação, a par dos problemas motores. Este método tem como objetivos promover o máximo de independência nas atividades da vida diária, doméstica e marcha, através do desenvolvimento de destreza e força muscular do lado são, manter as amplitudes articulares do lado afectado e desenvolver a força muscular restante do lado afetado. Tem maior indicação e vantagem nos casos não estabilizados ou de repetição, nas situações complicadas com alterações das funções simbólicas e do estado mental ou quando há conjuntamente doença cardiorrespiratória ou doença geral debilitante. Nas situações em que a pessoa afectada não pode oferecer grande colaboração, esta técnica é de execução mais fácil e permite-lhe um ganho de independência mais precoce, embora seja de uma forma mais incompleta e imperfeita.

Para Bobath, o início do tratamento de reabilitação deve ocorrer imediatamente após o AVC e por tempo indeterminado, mesmo quando o doente regressar ao domicílio. As suas técnicas incentivam o uso dos dois

lados do corpo, tendo como meta a inibição dos padrões motores patológicos e reaprendizagem dos movimentos apropriados (Teixeira, I., 2008).

De acordo com Jonhstone (1986b, p. 9), *“a reabilitação consiste na aplicação de um programa planejado, através do qual a pessoa incapacitada, ou convalescente, mantém ou progride para o maior grau de independência física e psíquica de que é capaz.”* Os principais objetivos da reabilitação são reeducar a função motora e sensitiva do lado afetado, através da estimulação dos reflexos posturais normais, segundo o padrão normal de desenvolvimento motor da criança, utilizar posicionamentos de forma a contrariar os padrões da espasticidade na fase inicial da doença, mantendo-os 24 horas por dia, e praticar atividades bilaterais com o intuito de aumentar o equilíbrio entre o lado são e o lado afectado.

Este é o método primeiramente usado pelos enfermeiros de reabilitação e centra-se na estimulação dos reflexos posturais segundo o padrão de desenvolvimento motor da criança, na inibição do padrão espástico e no desenvolvimento da força muscular do lado afectado. Johnstone (1986^a) preconiza a execução de atividades bilaterais para promover o equilíbrio entre o lado são e o lado afetado.

Ao enfrentar as dificuldades decorrentes da hemiparesia, alguns doentes buscam compensar os défices motores, realizando as AVDs com o membro superior contralateral ao parético. Essas estratégias compensatórias tornam-se hábitos que reforçam o não uso do membro parético e muitas vezes persistem, mesmo nos estadios mais avançados de retorno de controlo motor. Sob essa perspectiva, as práticas implementadas no programa de reabilitação devem incentivar a realização das atividades com ambos os membros (Teixeira, I., 2008).

Cada doente é único, pelo que o programa de reabilitação deve ser prescrito em função da avaliação efetuada pelo enfermeiro. Contudo, existem alguns princípios gerais pelos quais o enfermeiro deve nortear a sua intervenção, o que iremos agora explicar.

Posicionamento

Segundo Johnstone (1979), o posicionamento constitui a principal resposta para que a espasticidade em desenvolvimento seja mantida no mínimo e é fundamental manter o posicionamento em padrão antispástico durante as 24 horas para que a reabilitação tenha sucesso. Estes posicionamentos são específicos, não sendo apenas característicos da fase aguda, e o indivíduo deve ser instruído no sentido de compreender a importância de um posicionamento correto.

As posições devem ser alternadas entre o decúbito dorsal, sendo este o menos utilizado pois, segundo esta autora, favorece a espasticidade e os decúbitos laterais, a cada duas ou três horas. No entanto, o posicionamento não deve ser aplicado de maneira estrita ou estática, devendo ser utilizado como um meio para prevenir limitações articulares e não uma fonte de outras limitações. A pessoa deve ser orientada para, gradualmente, realizar as alternâncias de decúbito, sem ajuda.

O posicionamento incorreto, quando o doente se encontra no leito, esteja consciente ou não, levará a um reforço da espasticidade. O posicionamento em padrão anti-espástico (ou de recuperação) caracteriza-se por: alinhamento da cabeça com o corpo, protração da omoplata, alongamento do tronco do lado afectado, rotação externa e abdução da articulação escápulo-umeral, extensão do cotovelo em supinação, extensão do punho e dedos em abdução, protração da pélvis, rotação interna e flexão do membro inferior, flexão do tornozelo com eversão e dorsiflexão do pé.

- Decúbito dorsal

Este posicionamento é o que produz a máxima espasticidade extensora, gera uma retração ou uma queda para trás do membro superior em rotação

interna e extensão total da anca e joelho com rotação externa do membro inferior, traduzindo um padrão espástico completo, pelo que deve ser utilizado com mais cuidado.

Quando este decúbito não pode ser evitado, o ombro e membro superior do lado afetado devem ser colocados cuidadosamente numa almofada, de forma a haver uma protração do ombro com o membro superior ligeiramente elevado em rotação externa, cotovelo e punho em extensão. Debaxo da anca deve ser colocada uma almofada, de modo a evitar a retração do quadril e a rotação externa do membro inferior. O joelho é colocado em leve flexão e a cabeça é colocada em flexão lateral voltada para o lado são.

- Decúbito sobre o lado são

Neste posicionamento, o ombro afectado deve encontrar-se protraído, o que se obtém através da colocação do membro superior afectado bem para a frente por cima de uma almofada de suporte com o cotovelo e punho em extensão. O membro inferior afectado é colocado para a frente, com o quadril e o joelho numa posição natural de flexão. Uma almofada pode ser usada debaixo da cabeça para conforto, porém, se não for colocada almofada, o tronco ficará numa boa posição porque o leito plano contraria a flexão cervical lateral para o lado afetado e contribui para manter o tronco em posição antiespástica.

- Decúbito sobre o lado afetado

Neste posicionamento, o ombro afectado deve ser colocado bem para a frente em protração com o cotovelo e punho em extensão. A mão deve ficar em supinação porque o ombro já se encontra em rotação externa e o membro inferior afetado deve ficar posicionado confortavelmente com leve flexão da anca e do joelho. O membro inferior sadio é colocado bem para a frente em

flexão sobre uma almofada de suporte, quando o doente não se consegue mobilizar.

Posicionamento do mobiliário do quarto

O mobiliário de quarto deverá estar do lado afectado de modo a permitir uma maior integração e estimulação desse lado, contribuindo para uma maior percepção do corpo como um todo pelo doente, de modo a evitar a negligência do lado afetado.

Tendo o ombro bem posicionado e com esta disposição do mobiliário, o doente estará a participar ativamente na sua reabilitação de cada vez que gira os seus ombros sobre a sua pelve e alcança a mesa-de-cabeceira, uma vez que é um importante padrão de inibição do espasmo extensor. Também o facto de trabalhar com o lado sadio do corpo, através da linha média, para o lado afetado, inicia a atividade bilateral. Deste modo, encontra-se a realizar um exercício de facilitação cruzada.

Programa de mobilizações

Segundo Menoita (2012), as técnicas de mobilização visam manter a integridade das estruturas articulares, manter a amplitude de movimento, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contracturas, manter a imagem psico-sensorial e psicomotora da pessoa e melhorar a circulação de retorno. Quanto à intensidade, as mobilizações podem ser classificadas como: passivas, ativa-assistidas, ativas, ativa-resistidas. O esquema de mobilizações deve implementar-se precocemente, ainda que no caso de hemiplegia, sejam do tipo passivo. Segundo Branco & Santos (2010), as mobilizações devem ser realizadas duas a três vezes por dia, do segmento distal para o proximal e repetidas, pelo menos, dez vezes para cada movimento.

Não se deve descurar o lado menos afetado, devendo igualmente ser mobilizado, para prevenir problemas osteoarticulares e musculares (Leal, 2001). O doente deve pensar no movimento, uma vez que *“a prática mental de uma habilidade física tem sido utilizada para facilitar o desempenho de uma rotina já aprendida e para a aquisição de uma habilidade motora.”* (Oliveira, 2000, p. 11 cit. por Menoita, 2012).

Técnica da Tala de Pressão Oralmente Insuflada

Johnstone (1979) começou a usar uma tala de pressão oralmente insuflável para dar resposta para o problema residual do membro superior hemiplégico, feita de material plástico claro, formando manga dupla.

Segundo Johnstone (1987a) a tala deve ser usada no membro inferior com descrição, assegurando-se que não há contraindicação subjacente. O membro inferior é posicionado em padrão antispástico e o pé e tornozelo são incluídos numa tala de pressão tipo bota. A aplicação da tala no pé proporciona estímulo sensitivo propiciado ao longo da face plantar, ajudando neste caso na flexão dorsal ativa do pé e auxilia na manutenção do padrão antispástico. A tala de meio-braço é utilizada para diminuir ao mínimo a resistência espástica dos músculos da omoplata e assim, facilitar a mobilidade da cintura escapular. Deve-se recorrer à tala mesmo nos casos em que o membro superior apresentar flacidez completa, sem nenhum sinal evidente de espasticidade. É fundamental que a tala seja introduzida o mais cedo possível no plano de tratamento.

Johnstone (1987b) preconiza que a tala só deve ser insuflada pela boca, uma vez que a capacidade funcional do pulmão humano evita a distensão exagerada da tala ao mesmo tempo que o calor exalado torna a folha interna de plástico maleável, moldando-se à forma do membro e aplicando pressão por

igual a todo o membro. Esta tala deve ser insuflada tanto quanto o pulmão humano o permitir, de modo a garantir que é aplicada pressão profunda.

A tala de pressão deve ser aplicada com o ombro em rotação externa e com o cotovelo, punho e dedos em extensão e o dedo polegar em abdução. O membro superior mantém-se totalmente no padrão de recuperação. Para garantir que o membro fica nesta posição, a mão deve ser agarrada em aperto de mão, para afastar o polegar do doente em relação ao seu corpo e assim colocar o membro em posição de recuperação. Seguidamente o fecho da tala é fechado completamente, enquanto o membro é mantido na referida posição durante o insuflar da tala. Pode ser colocada duas a três vezes por dia, com o membro superior corretamente posicionado e com as pontas dos dedos distantes da extremidade aberta da tala. A tala deve ser mantida insuflada no membro entre 20 minutos até cerca de 1 hora, devendo cada sessão ser seguida de um esquema de exercícios que são realizados ainda com a tala e depois sem esta.

Nos casos em que existe perda sensitiva, a tala de pressão é usada para aplicar pressão profunda por igual nos tecidos moles, estimulando a sensibilidade. Segundo Moreira (2000), quanto mais estimulados forem os órgãos sensoriais e proprioceptivos, maior a sua acuidade e precisão. Neste sentido, a pressão sobre os tecidos bombardeia os proprioceptores dos músculos, tendões e articulações e tem um efeito positivo sobre a perda da imagem corporal e a perda do sentido do tato. Quando surge hipotonicidade grave, a tala de pressão proporciona ao enfermeiro de reabilitação o suporte necessário para que as técnicas, através de suporte de peso de um membro corretamente posicionado, estimulem as reações posturais subjacentes, incluindo os proprioceptores articulares. Nas situações de hipertonicidade em desenvolvimento, a tala de pressão mantém o membro no padrão de recuperação, inibindo os reflexos dominantes, e reduz acentuadamente a espasticidade, permitindo a reeducação do membro.

Exercícios Terapêuticos

O progresso da Reabilitação obtém-se através da sequência de exercícios terapêuticos progressivos, baseados no desenvolvimento motor da criança (Johnstone, 1987), no sentido de promover a facilitação do movimento e desencadear uma atividade através de reações automáticas de proteção, retificação e equilíbrio.

- Rolar

Este constitui um exercício fundamental, uma vez que os movimentos do tronco são movimentos primitivos que retornam primeiro, pelo que devem ser os primeiros a serem reeducados. Segundo Johnstone (1979, p. 13), *“o doente hemiplégico deve aprender inicialmente a rolar e repetir o exercício muitas vezes como fez quando era recém-nascido, sendo o objectivo a promoção óptima da recuperação dos reflexos de endireitamento e das respostas de equilíbrio”*. Adequadamente controlado, o movimento vai ajudar a iniciar o autocuidado, promover a consciencialização de ambos os lados do corpo e contribuir para relaxar a espasticidade, através da proteção do ombro e da anca, favorecer o alinhamento e facilitar o equilíbrio em decúbito lateral. Com a rotação do tronco vão se iniciar os movimentos ativos dos membros e o doente inicia a reeducação do mecanismo de reflexo postural perdido.

Na rotação do tronco para o lado afetado, as palmas das mãos devem estar juntas, dedos entrelaçados e cotovelos em extensão, o membro inferior para o lado que se vai virar em extensão e o outro em flexão (ou ambos em flexão) e, de seguida, iniciar o movimento. A rotação do tronco para o lado afetado é mais difícil de executar pois o movimento é liderado pelo lado afetado.

- Ponte

Este exercício consiste em manter a posição de decúbito dorsal com ambos os joelhos fletidos, elevar os quadris e equilibrar-se. Segundo Johnstone (1987b, p. 30), a ponte é o primeiro exercício de sustentação de peso, levantando a bacia acima do nível do colchão, aciona os músculos do tronco do lado afetado, iniciando o primeiro exercício ativo de controlo dos quadris. Este exercício deve ser ensinado na fase inicial do programa de reabilitação e tem como objetivos facilitar o autocuidado, prevenir úlceras de pressão e ajudar na preparação muscular para a posição ereta, para o sentar e também para uma marcha estável e rítmica. Inicialmente o enfermeiro deve manter a perna afetada em posição e ajudar na elevação pélvica.

- Rotação dos quadris

Segundo Johnstone (1987,b), a recuperação prossegue do tronco, em direção ao quadril, pelo que este exercício é importante para o controlo precoce da articulação do quadril. Inicialmente, deve-se ajudar o doente a efetuar rotações lentas e rítmicas do joelho, para ambos os lados e, posteriormente, progredir para os movimentos realizados sem ajuda e com aplicação de um certo grau de resistência.

- Automobilização

Este exercício constitui uma atividade bilateral, podendo ser executado pelo doente, em posição sentada ou deitada. Numa fase inicial, o exercício poderá ser ativo-assistido, requerendo a ajuda do enfermeiro para ajudar a elevar a escapulo-umeral. De acordo com a DGS (2010), este exercício também pode

ser executado com a variante dos membros superiores serem movimentados de um lado para o outro.

Os objetivos deste exercício são: integrar o membro superior no esquema corporal, contrariar o padrão espástico, ajudar a dar a sensação de espaço e proporcionar satisfação ao doente, uma vez que este se consciencializa de que pode fazer alguma coisa para a sua recuperação.

- Carga no cotovelo

Inicialmente, a pessoa encontra-se em decúbito dorsal com almofada para apoio da cabeça e região cervical até às omoplatas, com os membros superiores em extensão ao longo do corpo. Posteriormente, apoia-se e faz carga sobre o cotovelo afetado (Branco & Santos, 2010).

Este exercício tem como objetivos aumentar o tónus extensor, preparar para a posição de sentado, estimular sensibilidade profunda, facilitar a transferência para a cadeira e vice-versa, controlar o movimento da cabeça, treinar o equilíbrio e estimular os reflexos cervicais.

- Treino de equilíbrio

O compromisso do equilíbrio acontece quando existe perda do mecanismo de reflexo postural normal no lado afectado, traduzindo-se na perda dos movimentos automáticos que retêm o equilíbrio, assim como o controlo fino que altera o tónus muscular em relação com a gravidade. Uma criança quando nasce não tem esse mecanismo de reflexo postural, desenvolvendo-se quando rola no chão e evolui para o gatinhar, o sentar e o levantar (Johnstone, 1987^a). Assim como na criança, no hemiplégico esse mecanismo reflexo tem que ser reeducado, trabalhando-se através dos estádios infantis e progredindo do rolar

para gatinhar, para ficar de pé. Se esse mecanismo reflexo não for reeducado, o doente compensará com o lado não afectado e não iniciará movimento do lado afectado.

Para treinar o equilíbrio estático sentado, o enfermeiro deve permanecer de pé, ao lado da cama e em frente ao doente para lhe oferecer a sensação de segurança. O enfermeiro deve suportar os ombros do doente com as mãos e “trancar” os joelhos do doente com os seus. Os joelhos devem fazer um ângulo recto com o chão e os pés devem estar firmemente apoiados no chão ou numa superfície dura. Para treinar o equilíbrio dinâmico sentado, o enfermeiro pode induzir um ligeiro balanço no tronco do doente, de modo a que este contrarie o movimento de forma a compensá-lo e recuperar o equilíbrio (Menoita et al, 2012). O treino de equilíbrio pode também ser executado com recurso a uma prancha de equilíbrio. Para o treino do equilíbrio em pé, coloca-se o doente em pé encostado à cama e procura-se mantê-lo na posição erecta, mantendo o equilíbrio do tronco, sem apoios. De seguida, pede-se para ele transferir o peso de um calcanhar para o outro, com os pés paralelos e apoiados no chão. Um outro exercício consiste em alternar o peso entre os pés, com um pé colocado à frente do outro.

Estes exercícios têm como objectivos reeducar o equilíbrio, estimular os reflexos cervicais, facilitar o levante e preparar para a marcha.

3.1 Treino de autocuidados

Segundo a CIPE (2002, p. 100), treinar é “ *desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa*”. No regulamente do exercício profissional dos Enfermeiros (REPE), constam como competências inerentes aos profissionais de Enfermagem, a transmissão de conhecimentos, a instrução e a capacitação das pessoas.

Nos doentes acometidos por AVC, o treino das atividades de autocuidado reveste-se de acuidade para promover a sua independência, devendo a

assistência por parte dos enfermeiros ser gradualmente menor, em resposta a uma melhoria ou potencial de melhoria do doente nas suas habilidades funcionais (Pryor, 2009). Estes doentes podem evidenciar alguns défices perceptivos e dificuldade para programar uma sequência de movimentos, apesar das funções motoras e sensoriais estarem aparentemente conservadas, o que se reflete na incapacidade para o autocuidado.

O vestir/despir é um dos autocuidados comprometidos e, segundo Leal (2001), o treino desta atividade necessita de um período de tempo longo, o que pode despoletar alguma frustração. Deve ser a própria pessoa a fazer a seleção do vestuário, de modo a motivá-la e a valorizar as suas preferências e o vestuário deve ser simples e adaptado, privilegiando roupa larga, botões grandes e casas alargadas e fechos, de modo a facilitar ao doente a execução desta atividade sem ajuda ou com a menor ajuda possível. O hemicorpo afetado deve ser o primeiro a vestir e o último a despir e o processo de vestir uma camisola ou camisa deve se iniciar colocando a peça de roupa no colo do doente. Seguidamente, deve vestir a manga do membro afetado, puxando até ao ombro e costas e, posteriormente, vestir o membro do lado não afetado. Para despir a peça de roupa, inicia pelo membro sã ou, então, poderá retirar pela cabeça.

Para vestir as calças, o doente deve cruzar as pernas, membro afetado sobre o membro sã e vesti-lo até ao joelho. De seguida, deve vestir o membro inferior não afetado e puxar as calças para cima. Para calçar sapatos e meias, deve utilizar o mesmo procedimento, podendo ainda recorrer a calçadeira de cabo longo. Os sapatos com fita de velcro constituem uma solução mais prática do que os de atacadores.

Os doentes acometidos por AVC podem ser incapazes de se alimentar sozinhos na sequência da incapacidade em levar os alimentos à boca, causada pela perda de amplitude de movimento ou de coordenação. É importante testar os mecanismos de deglutição, uma vez que a disfagia é uma complicação

comum, que condiciona a seleção adequada da consistência dos alimentos. Muita da recuperação da disfagia ocorre nas primeiras dez semanas. (Ebrahim, 1990, cit. por Martins, T., 2006).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2010), antes de administrar alimentos sólidos ou líquidos à pessoa com AVC deve-se:

- Observar e avaliar o controlo da cabeça na posição de sentada;
- Avaliar a simetria da face e dos lábios;
- Observar a capacidade da pessoa para fechar os lábios firmemente;
- Observar a simetria interna da boca;
- Observar o estado geral dos dentes e colocar a prótese dentária, se a tiver.

O treino da alimentação assenta no correto posicionamento da pessoa, com uma mesa de apoio com altura adequada e com alinhamento do membro superior afetado sobre a mesa. No leito, deve se posicionar a pessoa em padrão antiespástico, em decúbito dorsal, com a cabeceira elevada.

Glenn et al (2000) (cit. por Hoeman, S., 2000) advoga que deve se posicionar o doente em *fowler* e administrar uma pequena quantidade de alimento, colocando metade da colher na metade posterior da língua. Nas situações de plegia ou paresia facial ou da língua, a colher deve ser colocada no lado menos afetado e não na linha média. Posteriormente, deve se empurrar a língua para baixo com a colher e confirmar que os lábios estão fechados. Por fim, colocar os dedos na face e fazer movimentos circulares, com o intuito de ajudar na progressão dos alimentos na mastigação.

Antes de tentar pôr o doente a comer pela sua mão, devemos avaliar a força dos membros, a preensão para segurar os talheres, os movimentos involuntários, as dificuldades em cortar os alimentos e a acuidade visual. O doente deve ser incentivado a alimentar-se sozinho, ainda que possa ser necessário preparar previamente os alimentos ou recorrer à utilização de dispositivos de compensação, como talheres adaptados, chávenas e copos de configuração especial. É aconselhável desligar a televisão e rádio, de modo a que a pessoa se mantenha concentrada no processo de deglutição. O

enfermeiro deve se sentar para ajudar nesta atividade, de preferência do lado afetado, demonstrando disponibilidade e vontade de ajudar.

A higiene é uma atividade de vida diária que fica comprometida, devido à desorientação, confusão mental, apraxia, esquecimento do lado afetado e hemiparesia/ hemiplegia. A incapacidade para a higiene *“resulta da dificuldade que estes doentes têm de se deslocar às instalações sanitárias, de ser servirem dos instrumentos aí existentes, de tomarem banho na banheira ou no duche ou mesmo de lavar partes do corpo”* (Martins, 2002, p.76).

Logo que possível, deve se incentivar a pessoa a realizar os cuidados de higiene na casa de banho. Segundo Meleis (2005), *“os enfermeiros são os profissionais de saúde que têm competências específicas adquiridas, sobre como ensinar o cliente/ família relativamente à técnica e estratégias a adoptar relativamente ao banho”*.

No nosso quotidiano, assistimos frequentemente à substituição do doente nos cuidados de higiene (dar banho), talvez em grande parte por ser um processo mais célere. Para promover a independência do doente, devemos estimular a participação ativa da pessoa nos cuidados de higiene, ajudando-a a encontrar estratégias de adaptação. Deve-se estimular a pessoa a lavar o hemicorpo não afetado, a pentear-se e cortar as unhas, sempre que possível. É importante verificar a temperatura da água previamente, tendo em consideração possíveis alterações de sensibilidade patentes. O indivíduo deve entrar no chuveiro pelo lado não afetado e sair pelo lado afetado.

O contacto com a sua imagem no espelho enquanto se penteia ou barbeia contribui para potenciar a capacidade para o autocuidado, assim como para reintegrar a sua imagem corporal.

Frequentemente, os doentes com AVC apresentam dificuldade de eliminação decorrente da perda de tónus muscular da parede intestinal ou incontinência. Para promover a eliminação intestinal eficaz, deve se conhecer

os hábitos intestinais que a pessoa tinha antes de ter o AVC e estabelecer um horário habitual. Pode-se recorrer a manobras de estimulação da eliminação:

- Aproveitar o reflexo gastro e orto-cólico, validando com a pessoa a vontade de evacuar após as refeições;
- Massajar a região abdominal na direção do fluxo intestinal;
- Proporcionar o esvaziamento intestinal com o recurso a supositórios ou microclister (em SOS);
- Colocar corretamente a aparadeira de modo a facilitar o processo (inclinação anterior do tronco, com colocação de almofadas).

Segundo Charles (1999), em Portugal, verificou-se que 48% das pessoas com AVC apresentavam incontinência urinária no momento da alta. Para Hoeman (2000, p. 483), *“o tratamento dos problemas a nível da eliminação vesical são uma componente integral da enfermagem de reabilitação”*.

Numa fase aguda, a pessoa acometida por AVC apresenta frequentemente uma bexiga neurogénica desinibida, que resulta de uma disrupção do feixo corticorregulador. Caracteriza-se por uma capacidade vesical normal ou diminuída, com ausência do controlo voluntário da micção e volume residual nulo. Inicialmente, o indivíduo pode apresentar retenção urinária por abolição do tónus dos músculos da bexiga, podendo ser necessário recorrer a cateterismos vesicais. Os exercícios de fortalecimento da musculatura do pavimento pélvico, nomeadamente o de Kegel, contribuem para potenciar a independência no autocuidado eliminação vesical.

Estas alterações na eliminação modificam significativamente o quotidiano dos doentes e despoletam sentimentos de vergonha, constrangimento e dependência. Para minimizar estas consequências, podemos utilizar dispositivos de compensação e vestuário especial.

A preparação para o levante e transferência para a cadeira executa-se de acordo com a lesão e o estado da pessoa (Menoita et al, 2012). Segundo Johnstone (1979), a pessoa deve executar as primeiras transferências

descalça, o que promove a recuperação sensitiva e confere um sentimento de segurança. Para executar a transferência, a cadeira deve ser sólida, com encosto e apoio para as mãos e antebraços.

No paciente hemiparético, ocorre um ajustamento do tronco ao deslocamento do centro de gravidade, resultando um mecanismo de compensação em que a pelve aumenta a inclinação e gera uma retração desse segmento juntamente com uma flexão de quadril e tronco. Deste modo, gera-se uma dificuldade em manter o equilíbrio dinâmico e a manutenção da postura exige um maior esforço. Segundo Gamble, R. cit. por Trindade, P. (2011, p. 2), *“os estudos têm demonstrado que todos os pacientes apoiam cerca de 70% do peso total do corpo sobre o membro inferior não afetado”*.

Existem diferenças significativas entre as consequências funcionais de um AVC à esquerda e um AVC à direita, havendo uma prevalência de défices posturais em doentes com hemiparesia à esquerda em relação aos pacientes com hemiparesia à direita. Os hemiparéticos à esquerda apresentam menor equilíbrio postural sentado e em pé em comparação aos pacientes hemiparéticos à direita. Os doentes com lesão do hemisfério esquerdo tendem a apresentar, além de distúrbios graves da linguagem, apraxias com maior frequência. As atividades motoras que requerem planeamento são mais dependentes do hemisfério esquerdo, pelo que se encontram mais prejudicadas nesses indivíduos (Haaland, K., 2004 cit. por Voos & Ribeiro, 2008).

O padrão da marcha dos pacientes hemiparéticos varia de acordo com a localização anatómica, a extensão da lesão, os mecanismos compensatórios desenvolvidos, o grau de tónus muscular, o controle motor seletivo preservado, o equilíbrio e as possíveis alterações da sensibilidade. A marcha hemiparética é comum em pacientes com hemiparesia espástica e apresenta alterações na velocidade, cadência, simetria, tempo e comprimento dos passos, desajustes quanto à postura, equilíbrio e reação de proteção, alterações quanto ao tónus muscular e quanto ao padrão de ativação neural, principalmente do lado parético.

Os exercícios de marcha introduzem-se após o doente ter consciência do seu corpo e conseguir ficar de pé. Para iniciar o treino de marcha, o utente já deve conseguir evitar a posição de extensão máxima do joelho e transferir o peso para a perna afetada. Antes de iniciar a marcha, o doente vai treinar a transferência de peso para a frente e para trás, colocando, alternadamente, o membro inferior sã ou o membro inferior afetado à frente. O enfermeiro mantém o membro superior do doente em rotação externa, o peso do ombro é transferido do ombro para a base da mão, a pega em aperto de mão assegura a posição do polegar para cima, mantendo o ombro em rotação externa, o punho está em extensão e os dedos da mão em abdução. Pode haver necessidade de recorrer a meios auxiliares de marcha, nomeadamente canadiana ou andarilho.

Martins (2002) advoga ser mais benéfico um treino de curta duração e várias vezes ao dia do que um treino prolongado uma vez ao dia. O ensino deve ser dirigido para a autonomia e mobilidade, assim como para os aspetos psicológicos, como a angústia e o medo.

4 O DOENTE COM AVC E A FAMÍLIA

O AVC provoca uma alteração na estrutura e dinâmica familiar e nos papéis, o que obriga a uma nova reorganização, readaptação familiar, vivência de sentimentos de perda, revolta e aceitação (Sequeira, 2009). Sendo o AVC uma doença que compromete a autonomia do indivíduo na realização das atividades de vida diárias, é importante dotar a família dos conhecimentos necessários para cuidar do doente.

4.1 Família: estrutura e funções

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiras (2002, p. 67) família é *“o conjunto de Seres Humanos vistos como unidade social ou todo coletivo composto de membros ligados entre si pela partilha do espaço geográfico, pela partilha das condições ou por um interesse coletivo”*. A unidade social constituída pela comunidade é vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações de partilha do espaço geográfico, partilha das condições ou interesse coletivo que constituem as partes do grupo.

Em cada estrutura familiar cada membro desempenha determinado papel, o que implica o desempenho de diferentes funções. *“Todas as famílias, para que possam manter a sua integridade, desempenham determinadas funções de modo a responder às suas necessidades enquanto família (enquanto todo), às necessidades de cada membro individualmente e às expectativas da sociedade”* (Moreira, 2001, p. 23).

Desde tempos remotos, é atribuído à família um papel preponderante no restabelecimento e manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros, “no

mundo ocidental até ao fim do século passado os membros da família ou o pessoal doméstico, geralmente, cuidavam dos doentes nas suas próprias casas, e os hospitais eram usados para indigentes ou para pessoas com desequilíbrios mentais” (Roper, N, Logan, W. & Tierney, A, 1995, p. 3).

A família sofreu ao longo dos séculos profundas mutações, quer na sua constituição, quer na sua estrutura, para que pudesse assegurar a continuidade e o desenvolvimento dos seus membros e a sua sobrevivência como sistema familiar. As transformações sociais e estruturais significativas operadas no seio da família, nomeadamente a diminuição do número de efetivos, o aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, que se traduz por dificuldades em compatibilizar a atividade profissional com os cuidados familiares e por um menor tempo de permanência no lar, associado a uma desadequação das habitações, conduzem a dificuldades acrescidas no cumprimento dessa imposição secular. Apesar das mudanças operadas quer a nível da extensão, quer da riqueza funcional, a família não perdeu a importância da sua ação, constituindo-se como o principal sistema de suporte dos seus membros. A família portadora de um membro doente é vista como um sistema aberto em interação com o sistema de prestação de cuidados de saúde. (Sorensen & Luckman, 1998).

4.2 Características e necessidades dos cuidadores

De acordo com a CIPE, o papel de prestador de cuidados é *“um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados, expressão destas expectativas como comportamentos e valores, fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família” (CIE, 2001, p. 68).*

Paúl (1997) divide redes de apoio formal e informal. Para esta autora, redes de apoio formal são estruturas que incluem *“os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível de concelho ou de freguesia criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio”* (Paúl, C., 1997, p. 92).

Segundo Rodriguez (2001, pp. 184), cuidador informal é *“... a pessoa, familiar ou não, que proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário à pessoa que padece de uma doença, ou requer ajuda para o desenvolvimento das atividades de vida diária, sem receber remuneração económica por isso”* Cuidador informal é a pessoa não remunerada, familiar ou amiga que se assuma como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente (Braitwaire, V., 2000 cit. por Martins et al, 2004).

Podem-se considerar dois grupos fundamentais integrantes das redes de apoio informal: a família do doente e o grupo constituído pelos amigos e vizinhos. Desenvolvem as suas atividades em dois domínios: apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico e apoio instrumental, que pressupõe ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais do idoso, e perda de autonomia física temporária ou permanente (Paúl, 1997).

“Na grande maioria dos casos os familiares encontram-se na primeira linha da prestação de cuidados” (Brito, 2002, p. 31). Rebelo (1996) verificou que existe uma combinação de fatores que influenciam a decisão de se tornar prestador de cuidados, sendo o mais frequentemente referido, o de *“sentir ser minha responsabilidade”*. Nesta perspetiva, *“a família assume tacitamente o papel de cuidador, às vezes com gosto e desejo de fazer e outras vezes por imposição social”* (Dominguez, A. cit. por Imaginário, 2005, p.77).

No que concerne às motivações que levam alguém a assumir a responsabilidade do cuidado de uma outra pessoa a seu encargo, numa investigação desenvolvida pelo Insero (1995), os resultados apontam que

enquanto os cônjuges e filhos alegam sobretudo “questões de dever”, bem como considerações de natureza sentimental ou amorosa, para os cuidadores do mesmo coorte geracional, o cuidado informal é considerado como algo de natureza solidária ou familiar. Sendo habitualmente na família que emerge o cuidador e os cuidados, muitos autores valorizam a consanguinidade como fator potenciador do sentido de obrigação da prestação de cuidados à pessoa doente. Os amigos e vizinhos como cuidadores não são movidos pela consanguinidade, mas por livre vontade, o que diminui a pressão

Na investigação realizada por Rebelo (1996), verificou-se que os agentes dos cuidados informais no grupo familiar eram mais frequentemente as esposas ou filhas. Foi ainda observado que mesmo quando os filhos tomam conta dos pais, é nas noras que recai a prestação de cuidados. Estudos demonstram que a própria natureza da atividade, associada ao papel tradicionalmente atribuído às mulheres, às expectativas sociais e culturais sobre esta função, às repercussões do cuidado na sua vida e à falta de reconhecimento e apoio social, constituem fatores determinantes na atribuição às mulheres do papel de cuidadoras (Useros et al, 2000).

Cuidar de um familiar vítima de AVC é uma experiência que acarreta novas exigências, o que se repercute em diferentes necessidades. Para Scriven (cit. por Cerqueira, 2004, p. 41), necessidade é *“qualquer coisa que seja essencial para um modo satisfatório de existência, qualquer coisa sem a qual este modo de existência ou nível de trabalho não pode alcançar um grau satisfatório”*. O conceito de necessidades reporta-nos para um desejo, uma aspiração, algo de que precisamos e que nos é imprescindível. Por um lado, remete-nos para uma noção objetiva do que é indispensável, por outro, sugere-nos um significado mais subjetivo decorrente do sentir pessoal, em que a necessidade só tem existência para o sujeito que a sente.

Segundo Martins (2002), a incapacidade para a realização do autocuidado nos doentes acometidos por AVC, requer a presença mais ou menos constante de uma pessoa. Constituindo a família e o doente a unidade a cuidar, é

imperativo que se compreenda e avalie as necessidades sentidas pela família, para que esta possa desempenhar a sua função de prestadora de cuidados.

Van der Smagt-Duijnsteet et al (2001), num estudo sobre as necessidades da família do doente com AVC hospitalizado, identificou e agrupou as necessidades em três categorias: necessidade de informação, necessidade de aconselhamento (combinação de comunicação e suporte) e necessidade de acessibilidade. Também Hinds (cit. por McCork, R. & Pasacrete, J., 2001) realizou um estudo para identificar as necessidades percebidas por 83 cuidadores familiares. Os resultados revelaram que os membros da família não se sentiam preparados adequadamente para cuidar no domicílio dos seus familiares doentes. Identificaram ainda níveis insuficientes de informação e de capacidades para os cuidarem. Hileman & Cols (cit. por Percina, M. & Lopes, C., 2002) concluíram que as principais necessidades dos prestadores de cuidados, num total de vinte e quatro, se situam no âmbito da informação, tratamento e evolução da doença, dos meios com o lidar com o doente e com os seus medos e manutenção da vida familiar normal.

Da análise das necessidades da família mencionadas pelos diferentes autores, salienta-se o apelo à informação, o que reforça a urgência em transitar do tradicional modelo biomédico para considerar o doente e família parceiros no cuidar. Segundo Atkinson & Murray (1989), o enfermeiro deverá fornecer à família todas as informações de assistência de Enfermagem, considerando que a família deve ser informada sobre o diagnóstico, o prognóstico e as mudanças ocorridas no curso da doença, bem como sobre os cuidados essenciais a receber no domicílio.

Mennley (1998, p. 14) refere que os estudos desenvolvidos por Norris & Grave em 1986 demonstraram haver *“uma grande diferença entre o que os profissionais de saúde pensavam que eram as necessidades das famílias e o que os familiares pensavam que eram as suas próprias necessidades”*.

Collière (1989) advoga que os cuidados de acompanhamento, de estimulação, de desenvolvimento e de manutenção da vida são indispensáveis nas grandes passagens da vida, nas crises, nas rupturas e nas mudanças irreversíveis; seguem a curva da vida, dependem diretamente da iniciativa e, por vezes, da decisão do enfermeiro e exigem um largo campo de conhecimentos, biopsicológicos, psicoafectivos, culturais e espirituais. Assim, os enfermeiros têm um papel importante no sentido de conhecer a capacidade da família para o cuidar. Nesta perspetiva, como preconizam Mok et al (2002), importa compreender a realidade que envolve o cuidar no domicílio, pois todos os cuidadores requerem informação, educação, encorajamento e suporte, encontrando-se os enfermeiros numa posição privilegiada para satisfazer as suas necessidades.

No estudo de Weitzner et al (2000), ficou bem patente a necessidade de facultar à família formação que lhe permita implementar os cuidados no domicílio, contudo, como advogam Temmink et al (2000), os profissionais de saúde não se encontram preparados para fornecer este tipo de cuidados. Os cuidadores necessitam de apoio adicional para os ajudar a lidar com as exigências diárias ao nível das esferas familiar, social e profissional. Veríssimo & Moreira (2004), ao se proporem cruzar o conhecimento veiculado nas suas investigações, verificaram que os cuidadores têm dificuldade em solicitar ajuda. Os familiares relatam que hesitam em incomodar os profissionais de saúde com perguntas sobre os cuidados, pois acreditam que estes são primeiro responsáveis do doente e que as suas necessidades e interesses estão em segundo plano. (Kristjanson & Aoun, 2004). Nesta perspetiva, a avaliação das suas necessidades torna-se premente.

A avaliação das necessidades propícia a que os cuidadores coloquem as suas próprias prioridades e a que se encontrem as intervenções mais adequadas e dirigidas ao seu problema. É imperativo que os enfermeiros procurem habilitar os cuidadores a assumir as suas responsabilidades e os envolvam no processo, assegurando a qualidade dos cuidados prestados.

4.3 Preparação do regresso a casa

Segundo a Direção Geral da Saúde (2004, p. 3), o planeamento da alta é *“um processo complexo que exige uma efectiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, que deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários”*.

Armitage (1981) (cit. por Jewell, S., 1993), considera que planeamento da alta é o período de preparação necessário para a aceitação e adaptação à notícia da alta, discutir preparativos no que concerne aos cuidados e interligação com serviços comunitários. Entende que o planeamento da alta não é um evento isolado mas um processo contínuo que começa na admissão e assegura a continuidade de cuidados. Waters (1987) corrobora esta afirmação, ao preconizar que a alta não começa no dia em que o doente é mandado para casa.

Segundo Jewell (1993), a decisão da alta assenta em vários fatores, que não os puramente de carácter médico, nomeadamente sociais. Na sua investigação, verificou que o doente era descurado enquanto membro da equipa, não sendo envolvido no planeamento dos cuidados. Apesar dos enfermeiros sentirem que encorajaram a ativa participação dos doentes, as entrevistas com os doentes e cuidadores não o corroboram. Este estudo verificou que a comunicação entre a equipa de saúde e os doentes, bem como a articulação dos cuidados de saúde diferenciados com os cuidados de saúde primários, e a necessidade de informação escrita continuam a ser áreas, que devem ser tidas como focos de atenção.

Como refere Carapinheiro (1993), há uma desarticulação entre cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários que dificulta o circuito da informação, em que *“(...) se sobrepõem competências entre a rede de cuidados primários e a rede hospitalar, e em que a procura de serviços de saúde é constantemente canalizada para as estruturas hospitalares, sempre*

com uma taxa saturada de utilização de recursos e a funcionarem acima das suas capacidades". Também Waters (1987) sugere que existe escassez de diálogo entre as duas estruturas, pelo que a informação não é transmitida entre as equipas.

Apesar de caminhar no sentido de atribuir uma maior autonomia ao doente, ainda se verifica uma prevalência de abordagens paternalistas por parte dos profissionais de saúde.

No nosso quotidiano verificamos, frequentemente, que os enfermeiros se desimplicam do ato de informar, endossando os doentes à "autoridade" médica. Mas será que atitudes como esta não nos colocam novamente no secular jugo da medicina? A Enfermagem que preconizamos e desejamos não passa por aqui. Passa por refletirmos as nossas práticas e assumirmos a responsabilidade de um ato que também é nosso. Esta lacuna existente no processo de informação conduz a que a alta do doente seja vivida como um momento e não como um processo.

Para assegurar a continuidade de cuidados e a rentabilização dos recursos, o enfermeiro de Reabilitação, como membro integrante da equipa multidisciplinar, deve desenvolver-se junto dos diversos sistemas em interação, nomeadamente doente, sua rede de suporte social e serviços capazes de contribuir para a sua Reabilitação. Deve identificar, o mais precocemente possível, as necessidades do doente e cuidador durante e após a alta, assim como avaliar os recursos e estabelecer uma comunicação eficaz entre doente, família, cuidador e equipa de saúde.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 A PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO

A problemática, como referem Polit & Hungler (1995), é o tema central da investigação. O enunciado de um problema constitui a expressão do dilema e deve ser amplo para incluir as questões centrais e, em simultâneo, suficientemente restrito para servir de guia ao desenho do estudo. Corroborando Fortin (1999, p.15), “ (...) *investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos*”. Desta forma todo o processo de investigação terá de surgir com a inquietação sentida pelo investigador acerca de uma determinada problemática.

“Enquanto o assunto permanecer assunto, não se iniciou a investigação propriamente dita (...) descobrir os problemas que o assunto envolve, identificar as dificuldades que ele sugere, formular perguntas ou levantar hipóteses significa abrir a porta, através da qual o pesquisador penetrará no terreno do conhecimento científico.” (Cervo & Bervian, 1983, p.76)

Após uma resenha dos trabalhos de investigação nesta área podemos concluir que se tem verificado um grande avanço ao longo dos últimos anos, no que concerne à reabilitação do doente com AVC. Contudo, face ao envelhecimento da população e à prevalência de doenças crónicas, que comprometem a capacidade de autocuidado, consideramos que seria importante incrementar os estudos centrados no autocuidado dos doentes acometidos por AVC. Perante a magnitude das incapacidades oriundas desta patologia, urge criar programas de Reabilitação específicos que visem contribuir para a independência no autocuidado.

Tendo em conta as perspetivas anteriores e após uma reflexão profunda decidimos realizar um estudo que contribua para a clarificação da seguinte questão:

- Qual o contributo do programa de Reabilitação para a promoção da independência no autocuidado do doente acometido por acidente vascular cerebral?

2 METODOLOGIA

Na escolha do caminho a percorrer, encontram-se várias possibilidades com as quais o investigador se vê confrontado, pelo que é necessário optar por uma determinada metodologia. Um estudo de investigação requer sempre um conjunto de artes e técnicas para a colheita, descrição e análise de dados. Exige, portanto, uma metodologia própria, que tem um número de etapas a percorrer e de meios para levar à obtenção do resultado. Para Fortin (1999, p. 108) a fase metodológica “(...) operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população”.

De acordo com a problemática e os objetivos definidos para a realização deste trabalho, enveredámos por um estudo quantitativo, descritivo e exploratório. A abordagem quantitativa constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo. Este método permite assegurar uma representação da realidade de modo a que estes dados sejam generalizáveis (Fortin, 1999).

A nossa opção centrou-se numa investigação exploratório-descritiva por pretendermos descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento de modo a torná-lo conhecido. Este tipo de estudo é utilizado quando existem poucos ou nenhuns conhecimentos sobre o fenómeno.

No presente capítulo, debruçamo-nos sobre as questões metodológicas, descrevendo o método utilizado, os sujeitos da amostra, instrumentos de colheita e análise dos dados, aspectos éticos e o programa de Reabilitação implementado.

2.1 Questões de investigação

Segundo Talbot (1995), as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação. Tendo por base este pressuposto, formulámos as seguintes questões orientadoras do estudo:

- Qual é a evolução do grau de dependência para as atividades de autocuidado, após implementação do programa de Reabilitação?
- Quais foram os ganhos em força muscular desde a admissão até à alta?
- Qual a relação entre os ganhos em força muscular e os ganhos em independência no autocuidado?

2.2 Objetivos do estudo

Apoiando-nos nas questões que norteiam a nossa investigação, delineámos os seguintes objectivos:

Objetivo geral

- Avaliar os efeitos do programa de Reabilitação na força muscular e na independência para o autocuidado dos doentes acometidos por AVC.

Objetivos específicos

- Identificar a evolução do grau de dependência para as atividades de autocuidado, após implementação do programa de Reabilitação;
- Identificar a evolução do grau da força muscular desde o momento de admissão até à alta;

- Conhecer a relação entre os ganhos em força muscular e os ganhos em independência no autocuidado.

2.3 Tipo de amostragem

A amostragem selecionada é não probabilística, de conveniência e constituída pelos doentes internados com o diagnóstico de acidente vascular cerebral, num Serviço de Medicina de um hospital central, no norte do país, no período de 6 de Fevereiro a 20 de Abril de 2012.

Definimos os seguintes critérios de inclusão/ exclusão:

- Idade igual ou superior a dezoito anos;
- Doentes com o diagnóstico clínico de acidente vascular cerebral;
- Doentes orientados e colaborantes, com base no registo do processo clínico do doente;
- Doentes totalmente independentes, antes da ocorrência do AVC.

2.4 Instrumentos de Colheita de dados

Iremos agora apresentar e descrever os instrumentos que foram utilizados na produção de dados.

A colheita de dados foi baseada num questionário, constituído por diferentes partes (ver anexo II). A primeira parte incorpora questões relacionadas com as variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, coabitação, tipo de AVC e número de dias de internamento. A segunda parte concerne à avaliação da sensibilidade, a terceira parte é constituída pela Escala do Medical Research

Council e, por último, a quarta parte integra o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965).

Dada a natureza da problemática em estudo, a colheita de dados processou-se em dois momentos. No momento de admissão, foram aplicados todas as partes integrantes do questionário. Após esta avaliação inicial, os doentes foram submetidos a um programa de reabilitação, implementado desde o momento da admissão até à alta do serviço, com uma frequência média de 4 sessões por semana.

Decorrido este período, realizou-se uma nova avaliação aos mesmos doentes, tendo sido apenas efectuada a avaliação da sensibilidade (parte II), aplicação da Escala do Medical Research Council (parte III) e do Índice de Barthel (parte IV). Posteriormente, analisaram-se estatisticamente os resultados obtidos antes e após a implementação do programa de reabilitação.

Tabela 3. Colheita de Dados

Momento de admissão	Internamento	Momento da alta
Caracterização sócio-demográfica		
Avaliação da sensibilidade	Programa de	Avaliação da sensibilidade
Escala MRC	Reabilitação	Escala MRC
Índice de Barthel		Índice de Barthel

Avaliação da sensibilidade

Para a avaliação da sensibilidade, superficial e profunda, avaliaram-se todos os segmentos corporais, iniciando-se dos distais para os proximais, bilateralmente e com os olhos fechados.

Avaliou-se a sensibilidade superficial e profunda. A sensibilidade tátil foi avaliada com recurso a uma compressa, sendo solicitado ao doente que indicasse quando havia contacto com a compressa. A avaliação da sensibilidade térmica requer tubos ou frascos contendo água quente e fria e a sensibilidade dolorosa é testada com picadas de alfinete aplicadas numa frequência aproximada de um por segundo (Adams, R., Victor, M. & Ropper, A., 1998). Para avaliar o sentido de pressão, comprimiu-se as massas musculares, manualmente. A sensibilidade vibratória corresponde à sensibilidade a estímulos vibratórios e pesquisou-se com o diapasão, colocado nas saliências ósseas. Para avaliar a sensibilidade postural, com o objectivo de testar a consciência da posição dos segmentos em relação ao próprio corpo, colocou-se o membro do doente numa determinada posição e posteriormente, foi-lhe pedido que, com os olhos fechados, dissesse qual a posição do mesmo.

Escala de Medical Research Council

Com o intuito de avaliar a força muscular, mensuramos a força muscular dos membros superiores e inferiores, recorrendo à Escala do Medical Research Council. Esta escala foi desenvolvida originalmente para avaliação da força muscular em pacientes com poliomielite anterior aguda, sendo composta por pontuações que variam de 0-5 pontos para cada grupo muscular testado. Posteriormente foi formalizada e sofreu algumas modificações. O MRC apresenta algumas vantagens e desvantagens. É considerado um teste rápido e uma medida simples de força muscular e não requer nenhum tipo de equipamento específico e custo. Pode resultar em dados altamente

reproduzíveis quando um protocolo é estabelecido e os examinadores treinados. Infelizmente os dados são ordinais e os intervalos entre as várias graduações não são equacionáveis.

Índice de Barthel

Para avaliar o grau de dependência no autocuidado, recorreremos ao Índice de Barthel, aplicando-o na admissão e no momento da alta. É um dos índices mais utilizados em investigações na área da saúde e na área social e é recomendado a nível nacional para a avaliação de populações com graus de dependência variada. A validação desta escala para a população portuguesa foi efectuada por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007).

O índice de Barthel foi desenvolvido por Mahoney & Barthel (1965) com o objetivo de avaliar a capacidade funcional para a realização de atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que à pontuação 0 corresponde a dependência total, sendo a independência pontuada em função dos níveis de diferenciação com 5, 10 ou 15 pontos. Quanto menor a pontuação, maior o grau de dependência. (Sequeira, 2007). A cotação total varia entre os 0 e os 100 pontos.

No contexto clínico, o Índice de Barthel concede-nos informação importante, não só a partir da pontuação total, mas também, a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, pois permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e adequar os cuidados às necessidades (Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A. & Pinto, C., 2007).

Tabela 4. Índice de Barthel

Autocuidado	Indicadores	Score
Alimentação	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Vestir	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Banho	Independente	5
	Dependente	0
Higiene corporal	Independente	5
	Dependente	0
Uso da casa de banho	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Controlo intestinal	Independente	10
	Incontinente ocasional	5
	Incontinente fecal	0
Controlo vesical	Independente	10
	Incontinente ocasional	5
	Incontinente ou algaliado	0
Subir escadas	Independente	10
	Necessita de ajuda	5
	Dependente	0
Deambulação	Independente	15
	Necessita de ajuda	10
	Independente com cadeira de rodas	5
	Dependente	0
Transferência (cama/ cadeira e vice – versa)	Independente	15
	Necessita de ajuda mínima	10
	Necessita de grande ajuda	5
	Dependente	0

2.5 Programa de Reabilitação

Na presente investigação, após efectuada uma avaliação inicial, em que foram identificados os défices advindos da ocorrência do AVC, os doentes da nossa amostra foram submetidos a um programa de Reabilitação, visando promover o máximo de independência nas atividades de autocuidado.

Este programa foi aplicado, em média, quatro vezes por semana e tem como objectivos:

- Manter/ Aumentar amplitude articular;
- Aumentar o grau da força muscular;
- Estimular a sensibilidade;
- Melhorar o equilíbrio;
- Treinar as atividades de autocuidado.

Com base nestes pressupostos, o programa de Reabilitação implementado é constituído por diversos elementos: posicionamento adequados, técnicas de mobilização (passiva, ativa, ativa-assistida, ativa-resistida), aplicação de talas de pressão de Margareth Johnstone, treino de equilíbrio (deitado, sentado e em pé), exercícios de motricidade fina e exercícios terapêuticos, nomeadamente automobilização, ponte, rolar, carga no cotovelo e rotação de quadris.

Foi aplicado um programa de mobilizações em ambos os hemicorpos (lado afectado e lado são), com uma sequência de duas séries de dez repetições para cada movimento, no sentido do segmento distal para o proximal e com um intervalo de 60 segundos entre uma série e outra.

Na tabela 5, apresentam-se os exercícios de mobilização efectuados a ambos os membros superiores, as estruturas que foram mobilizadas, bem como o número de séries e repetições.

Tabela 5. Esquema de mobilizações dos membros superiores

Exercícios de mobilização		Repetições
Dedos da mão	Flexão/ Extensão	2 séries de 10 repetições
	Abdução/ Adução	2 séries de 10 repetições
	Oponência do polegar	2 séries de 10 repetições
	Flexão/ Extensão do polegar	2 séries de 10 repetições
Punho	Flexão/ Extensão	2 séries de 10 repetições
	Desvio radial/ Desvio cubital	2 séries de 10 repetições
Antebraço	Supinação/ Pronação	2 séries de 10 repetições
Cotovelo	Flexão/ Extensão	2 séries de 10 repetições
Ombro	Rotação interna/ Externa	2 séries de 10 repetições
	Adução/ Abdução	2 séries de 10 repetições
	Flexão/ Extensão	2 séries de 10 repetições

A tabela 6 reporta aos exercícios de mobilização executados nos membros inferiores, as estruturas mobilizadas, número de séries e repetições.

Tabela 6. Esquema de mobilizações dos membros inferiores

Exercícios de mobilização		Repetições
Pé	Flexão/ Extensão	2 séries de 10 repetições
	Eversão/ Inversão	2 séries de 10 repetições
	Dorsiflexão/ Flexão Plantar	2 séries de 10 repetições
Joelho	Flexão/ Extensão	2 séries de 10 repetições
Coxo-femural	Rotação interna / Externa	2 séries de 10 repetições
	Adução /Abdução	2 séries de 10 repetições

Sendo o equilíbrio essencial para os indivíduos se movimentarem no seu meio ambiente e realizarem com êxito as atividades de vida diária (Bandy & Sanders, 2003), também o treino de equilíbrio foi objecto da nossa intervenção.

O treino de equilíbrio contemplou três fases: com o doente deitado, sentado e em pé. Para o treino de equilíbrio deitado, foram executados exercícios isométricos dos membros superiores, tronco e membros inferiores. As técnicas como a ponte, a automobilização e o rolar também contribuíram para este treino. Para o treino de equilíbrio sentado, executaram-se os seguintes exercícios:

- Sentar o doente na beira da cama com os joelhos flectidos (a 90°), com os pés apoiados no chão ou numa superfície dura;
- O doente deve apoiar as palmas das mãos no leito, com os membros superiores em extensão e efetuar inclinação do tronco para a direita e para a esquerda, para a frente e para trás;
- Transferência de peso entre quadris com alongamento do tronco;
- Apoiar o antebraço no leito à direita e à esquerda.

Com o intuito de treinar o equilíbrio em pé, foram executados os seguintes exercícios:

- Colocar o doente em pé encostado à cama e procurar mantê-lo na posição erecta, mantendo o equilíbrio do tronco, sem apoios;
- Transferir o peso de um calcanhar para o outro, com os pés paralelos e apoiados no chão;
- Alternar o peso entre os pés, com um pé colocado à frente do outro.

Face aos défices no autocuidado detectados, desenvolvemos intervenções. De seguida, apresentamos uma tabela descritiva dos autocuidados que foram treinados: alimentação, vestir/despir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, transferência, deambulação, subir/descer escadas.

Tabela 7. Programa de Reabilitação: Treino de Autocuidados

Autocuidado: alimentação	Ensinar estratégias adaptativas para o autocuidado: alimentação
	Instruir sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: alimentação
	Treinar o autocuidado: alimentar-se
	Incentivar o doente a alimentar-se
Autocuidado: vestir/despir	Ensinar a técnica de vestir/despir
	Instruir o doente sobre técnica de vestir/despir
	Treinar a técnica de vestir/despir
	Incentivar o doente a vestir/despir-se
Autocuidado: banho	Ensinar estratégias adaptativas para o autocuidado: banho
	Instruir sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: banho
	Treinar o autocuidado: banho
Autocuidado: higiene corporal	Ensinar estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene corporal
	Instruir sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene corporal
	Treinar o autocuidado: higiene corporal
Autocuidado: uso da casa de banho	Ensinar estratégias adaptativas para o autocuidado: uso da casa de banho
	Instruir sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: uso da casa de banho
	Treinar o uso da casa de banho
Autocuidado: transferir-se	Ensinar técnica de transferência
	Instruir técnica de transferência
	Treinar a transferência pelo lado são
Autocuidado: deambular	Ensinar o doente sobre técnicas de marcha
	Recorrer a meios auxiliares de marcha
	Instruir sobre técnicas de marcha
	Treinar o doente sobre técnicas de marcha
Autocuidado: subir/ descer escadas	Ensinar o doente sobre técnica de subir/descer escadas
	Instruir sobre técnica de subir/descer escadas
	Treinar o doente a subir/ descer escadas

2.6 Procedimentos

O acesso ao doente foi facilitado pela enfermeira especialista supervisora do estágio. Após uma breve apresentação pessoal e explicitação dos motivos que me levou até ele, procedi a uma apresentação sintética do meu estudo. Disponibilizei-me para o esclarecimento de quaisquer dúvidas, após o que passei a expor em que consistia o meu pedido de colaboração.

Como parte do procedimento de pesquisa, os pacientes foram informados sobre os objetivos do trabalho e solicitados a manifestar sua concordância com a assinatura da declaração de Consentimento. Todo o instrumento foi preenchido pelo investigador em diferentes momentos, conforme já foi referido anteriormente.

2.7 Estratégias para tratamento da informação e análise estatística

A informação que inclui dados pessoais foi armazenada em base própria, sem referência à situação clínica, com palavra-chave a que só o investigador teve acesso. O conjunto da informação recolhida foi processado no programa Statistical Package for the Social Sciences/ SPSS, versão 20 (para o Windows).

Foi utilizada uma estatística descritiva com recurso a diversos gráficos, distribuições de frequências e medidas de caracterização (média, mediana, quartis, variância, desvio padrão, coeficiente de variação). Utilizámos o teste de Wilcoxon e o coeficiente de correlação de Spearman.

O teste de Wilcoxon testa se duas amostras emparelhadas (pois são as mesmas pessoas em dois momentos diferentes) têm a mesma localização ou se, pelo contrário, uma das amostras provém de uma distribuição situada mais à esquerda (ou mais à direita) do que a outra, isto é, se uma das amostras assume valores geralmente inferiores (ou superiores) à outra. Para este efeito, calcula-se as diferenças entre os pares de observações (nos dois momentos), ordenam-se as diferenças e calcula-se a soma das ordens das diferenças positivas, por um lado, e das diferenças negativas, por outro. A estatística de teste é a soma das ordens das diferenças positivas, existindo tabelas para o cálculo do respectivo valor-p e assim concluir o teste. Conforme o valor dessa estatística, assim será a decisão. Se essa estatística assumir um valor elevado,

conclui-se que predominam as diferenças positivas e vice-versa, decidindo-se assim qual das amostras assume valores mais elevados (no 1º momento ou no 2º). Se nenhuma destas duas situações ocorrer, conclui-se que as duas amostras não se distinguem relativamente à sua localização, ou seja, provêm de distribuições que estão muito próximas uma da outra. A utilização deste teste (não paramétrico) é necessária porque não se pode supor que o índice de Barthel segue distribuição normal (caso em que o teste t de Student habitual seria indicado).

A comparação do grau de força muscular nos dois momentos também se efectuou com recurso ao teste (não paramétrico) da soma das ordens de Wilcoxon, uma vez que a variável em causa não tem distribuição normal ou qualquer distribuição conhecida (com efeito, o grau de força muscular é uma variável discreta) e existem amostras emparelhadas (pois são os mesmos doentes nos dois momentos). Assim, a hipótese nula em teste é a de que o grau médio de força muscular é igual em ambos os momentos e a hipótese alternativa é de que esse grau médio é superior no segundo momento.

Para correlacionar a variação da força muscular e o índice de Barthel, recorre-se ao coeficiente de correlação de Spearman porque as duas variáveis não têm distribuição normal (caso em que se poderia recorrer ao coeficiente de correlação de Spearman e à respectiva distribuição t de Student). A hipótese nula é a de que as duas variáveis são independentes ou, pelo menos, não estão correlacionadas, e a hipótese alternativa é a de que existe uma correlação (direta ou no mesmo sentido). Este coeficiente recorre às ordens das diferenças entre os pares de observações das duas variáveis para calcular a estatística de teste. Para a tomada da decisão, existem tabelas com percentis da distribuição dessa estatística.

2.8 Considerações éticas

Os indivíduos que aceitaram participar no estudo receberam informações sobre a investigação. Foram esclarecidos da finalidade e dos objectivos do estudo, informados de que a sua participação é voluntária, da confidencialidade e anonimato dos dados. Foi-lhes solicitada a assinatura do consentimento informado (anexo I).

PARTE III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

1. AMOSTRA EM ESTUDO

Este capítulo visa apresentar os resultados empíricos obtidos, no que concerne às componentes de pesquisa. Os resultados no que concerne à avaliação da força muscular e do nível de dependência serão apresentados a partir da comparação das avaliações iniciais e finais

1.1 Caracterização da amostra

A amostra é composta por 8 inquiridos.

Idade

A idade mais baixa encontrada é de 58 anos (dois doentes), existindo três doentes com idades entre 65 e 69 anos, um doente com 72 anos e dois doentes com idades entre 82 e 84 anos. As idades estão dispersas pelas décadas de 50, 60, 70 e 80, sendo a média de 69 anos e a mediana de 68. A dispersão é moderada, o que se reflete num coeficiente de variação de apenas 14%.

A caracterização das idades destes doentes encontra-se na tabela seguinte.

Tabela 8. Caracterização da Idade

Coefficientes	
Mínimo	58.0
Máximo	84.0
Média	69.4
1º Quartil	63.3
Mediana	68.0
3º Quartil	74.5
Coef. Assimetria	0.3
Desvio padrão	9.7
Coeficiente de variação	14%

Estado civil

No que concerne ao estado civil, verificámos que apenas um doente é viúvo, sendo os restantes casados.

Coabitação

Relativamente à coabitação, seis doentes vivem com a esposa, um vive com a esposa e a filha e um vive com a filha.

Tipo de AVC

O AVC isquémico é o tipo de AVC que constitui a situação mais frequente, sendo que cinco doentes tiveram AVC isquémico e três tiveram AVC hemorrágico.

Tempo de internamento

O tempo de internamento mínimo é de 8 dias e o máximo é de 31 dias, o que mostra que existem grandes diferenças, refletidas numa forte dispersão, conforme mostra o elevado coeficiente de variação. Assim, observa-se que alguns doentes estiveram internados 8 ou 9 dias, outros entre 14 e 18 dias, um doente esteve internado 20 dias e um outro esteve 31 dias. Em resultado, o tempo médio é de 15 dias e o tempo mediano de 14.5 dias.

A caracterização dos tempos de internamento destes doentes encontra-se na tabela seguinte.

Tabela 9. Caracterização do Tempo de Internamento

Coeficientes	
Mínimo	8.0
Máximo	31.0
Média	15.4
1º Quartil	8.8
Mediana	14.5
3º Quartil	18.5
Coef. Assimetria	0.8
Desvio padrão	7.8
Coeficiente de variação	50.6%

1.2 Avaliação da sensibilidade

No que reporta à avaliação da sensibilidade, verificou-se que apenas um doente alterações na sensibilidade na primeira avaliação, apresentando a

sensibilidade proprioceptiva alterada. Na segunda avaliação, todos os doentes apresentavam sensibilidade normal.

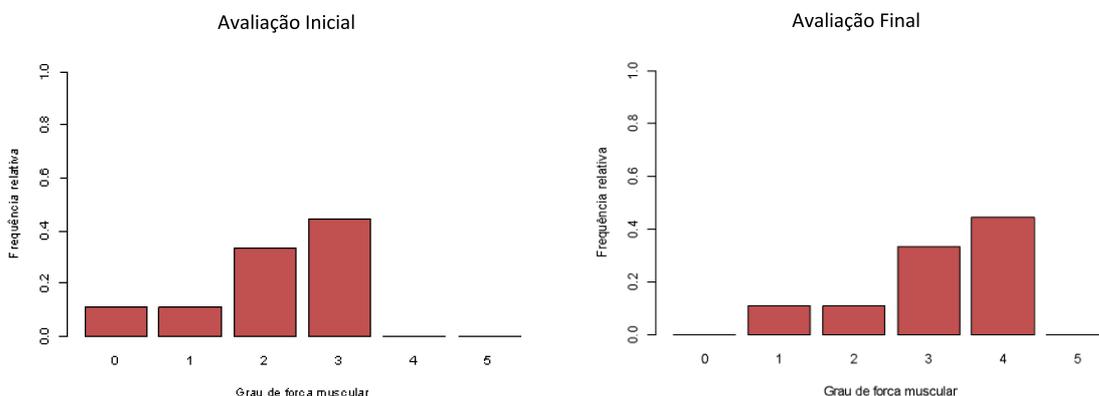
1.3 Avaliação da força muscular

Iremos começar por apresentar os resultados que concernem à avaliação da força muscular do membro superior afectado (segmentos distal e proximal) e, posteriormente, do membro inferior afectado (segmentos distal e proximal). A respetiva distribuição nos dois momentos encontra-se nos gráficos de barras e na tabela seguintes.

Força muscular do segmento distal do membro superior afectado

Na primeira avaliação, existe um doente com grau 0, um com grau 1, três com grau 2, quatro com grau 3 e zero com grau 4. Na segunda avaliação, existem zero doentes com grau 0, um com grau 1, outro com grau 2, três com grau 3 e quatro com grau 4.

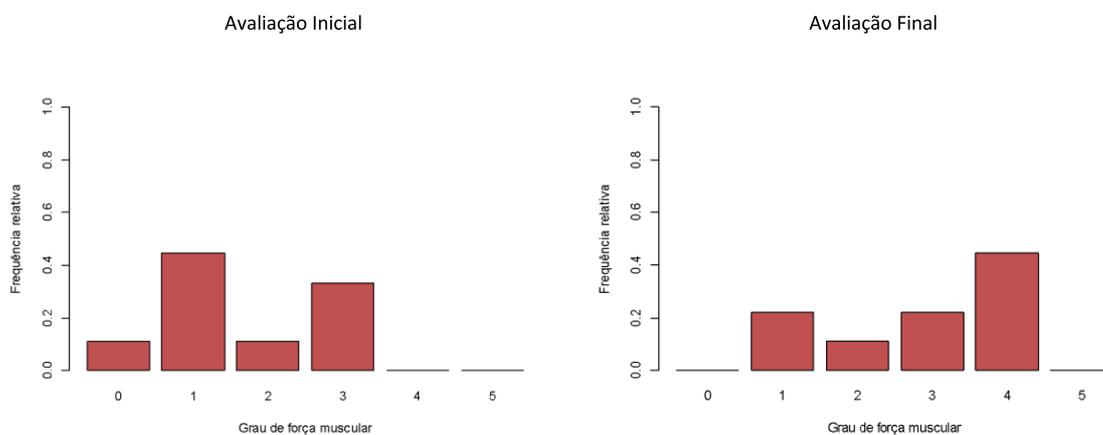
Gráfico 1. Avaliação da força muscular do membro superior afetado- segmento distal



Força muscular do segmento proximal do membro superior afectado

Na primeira avaliação, existe um doente com grau 0, quatro com grau 1, um com grau 2, três com grau 3 e zero com grau 4. Na segunda avaliação, existem zero doentes com grau 0, existem dois com grau 1, um com grau 2, dois com grau 3 e quatro com grau 4.

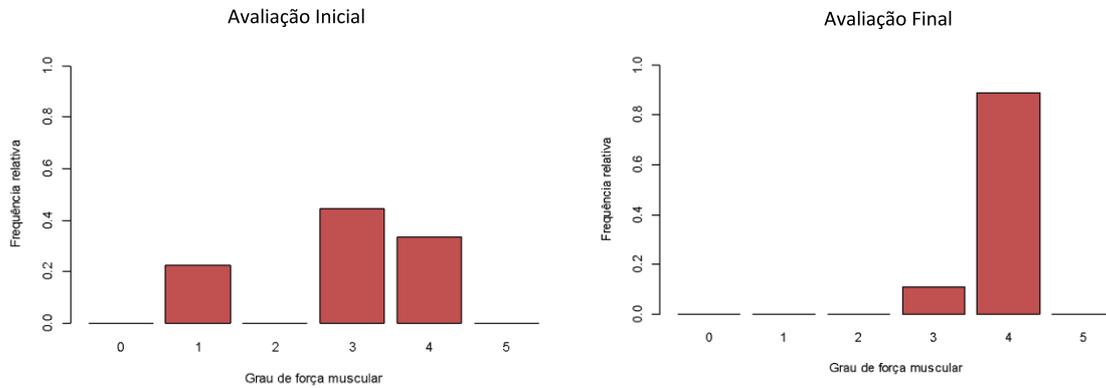
Gráfico 2. Avaliação da força muscular do membro superior afectado - segmento proximal



Força muscular do segmento distal do membro inferior afetado

Na primeira avaliação, existem zero doentes com grau 0, dois com grau 1, nenhum com grau 2, quatro com grau 3 e três com grau 4. Na segunda avaliação, existem zero doentes com grau 0, 1 ou 2, existe um doente com grau 3 e oito doentes com grau 4.

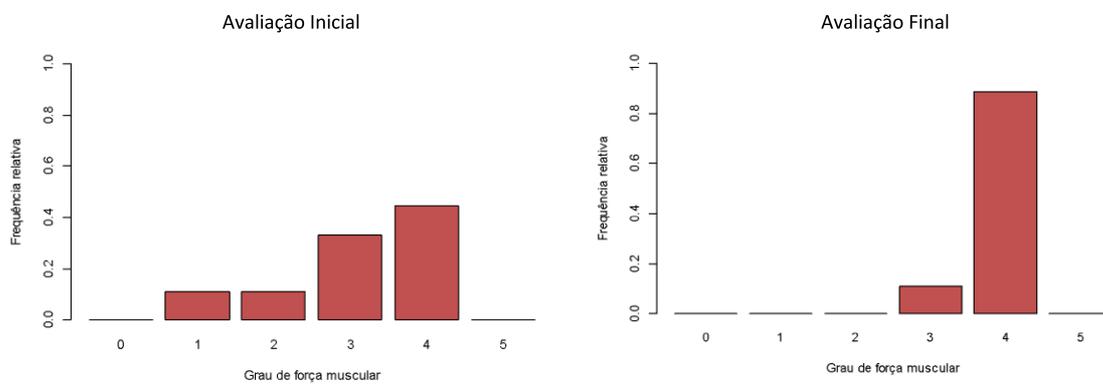
Gráfico 3. Avaliação da força muscular do membro inferior afectado-segmento distal



Força muscular do segmento proximal do membro inferior afectado

Na primeira avaliação, existem zero doentes com grau 0, um com grau 1, outro com grau 2, três com grau 3 e quatro com grau 4. Na segunda avaliação, existem zero doentes com grau 0, 1 ou 2, existe um doente com grau 3 e oito doentes com grau 4.

Gráfico 4. Avaliação da força muscular do membro inferior afectado-segmento proximal



Apresentamos de seguida uma tabela com o resumo dos resultados obtidos, no que concerne à avaliação da força muscular.

Tabela 10. Avaliação da Força Muscular

Membro Superior Afetado					
Grau	Distal		Grau	Proximal	
	Número de doentes			Número de doentes	
	1ª Avaliação	2ª Avaliação		1ª Avaliação	2ª Avaliação
0	1	0	0	1	0
1	1	1	1	4	2
2	3	1	2	1	1
3	4	3	3	3	2
4	0	4	4	0	4

Membro Inferior Afetado					
Grau	Distal		Grau	Proximal	
	Número de doentes			Número de doentes	
	1ª Avaliação	2ª Avaliação		1ª Avaliação	2ª Avaliação
0	0	0	0	0	0
1	2	0	1	1	0
2	0	0	2	1	0
3	4	1	3	3	1
4	3	8	4	4	8

A tabela seguinte mostra a caracterização da avaliação da força muscular para cada membro afetado e nas duas avaliações, reforçando a tabela e as conclusões anteriores.

Tabela 11. Caracterização da Avaliação da Força Muscular

Coeficientes	Membro Superior Afetado			
	Distal		Proximal	
	1ª Avalia.	2ª Avalia.	1ª Avalia.	2ª Avalia.
Mínimo	1	1	0	1
Máximo	3	4	3	4
Média	2.11	3.11	1.67	2.89
1º Quartil	2	3	1	2
Mediana	2	3	1	3
3º Quartil	3	4	3	4
Coef. Assimetria	-0.76	-0.76	0.11	-0.47
Desvio padrão	1.05	1.05	1.12	1.27
Coeficiente de variação	0.50	0.34	0.67	0.44
Coeficientes	Membro Inferior Afetado			
	Distal		Proximal	
	1ª Avalia.	2ª Avalia.	1ª Avalia.	2ª Avalia.
Mínimo	1	3	1	3
Máximo	4	4	4	4
Média	2.89	3.89	3.11	3.89
1º Quartil	3	4	3	4
Mediana	3	4	3	4
3º Quartil	4	4	4	4
Coef. Assimetria	-0.65	-2.07	-0.85	-2.07
Desvio padrão	1.17	0.11	1.05	0.33
Coeficiente de variação	0.40	0.09	0.34	0.09

1.4 Dependência no autocuidado

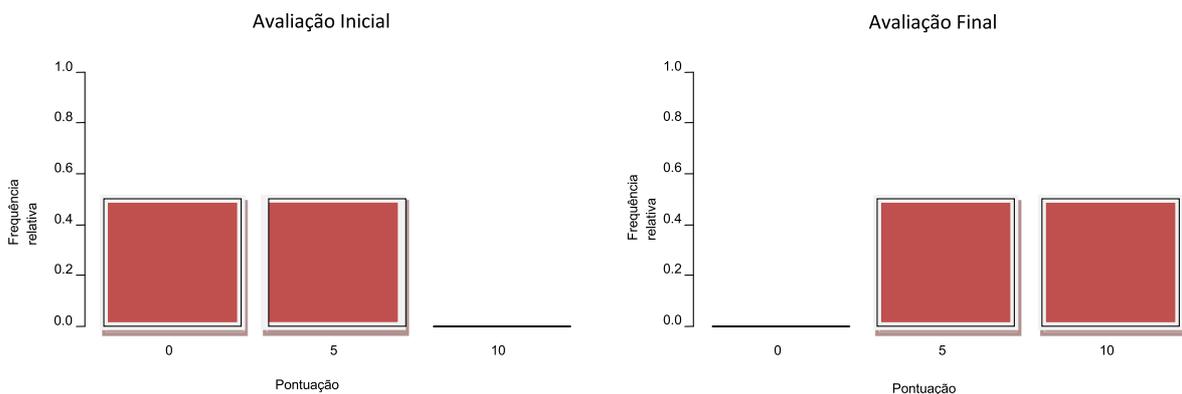
Segue-se a análise dos resultados referentes ao grau de dependência dos doentes, avaliado através do índice de Barthel, assim como das suas componentes, e a comparação entre os dois momentos de avaliação. Para cada atividade de autocuidado, foi elaborado um diagrama de barras,

apresentando-se o número de doentes com as diferentes classificações no Índice de Barthel em cada um dos seus itens.

Dependência na alimentação

Na primeira avaliação, existem quatro doentes com 0 pontos, quatro com 5 pontos e zero doentes com 10 pontos. Na segunda avaliação, existem zero doentes com 0 pontos, quatro doentes com 5 pontos e outros quatro com 10 pontos.

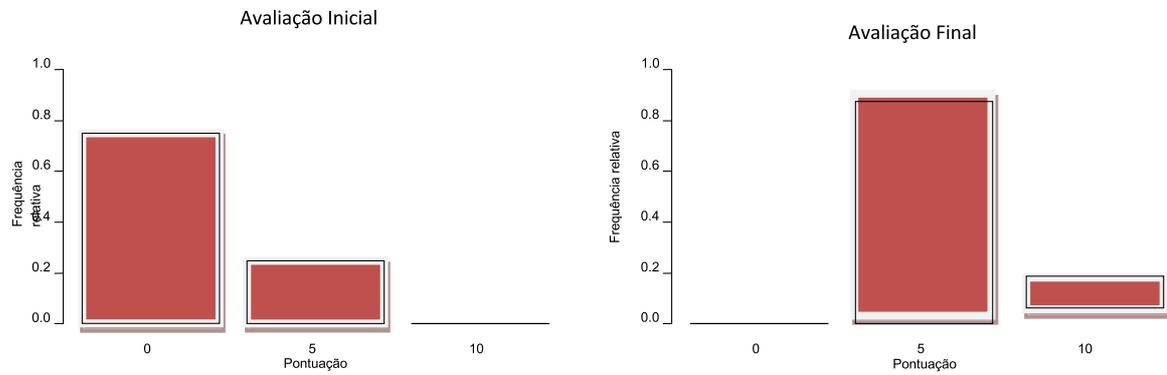
Gráfico 5. Grau de Dependência no Autocuidado: Alimentação



Dependência no vestir/ despir

Na primeira avaliação, existem seis doentes com 0 pontos, dois doentes com 5 pontos e zero com 10 pontos. Na segunda avaliação, existem zero doentes com 0 pontos, sete doentes com 5 pontos e um com 10 pontos.

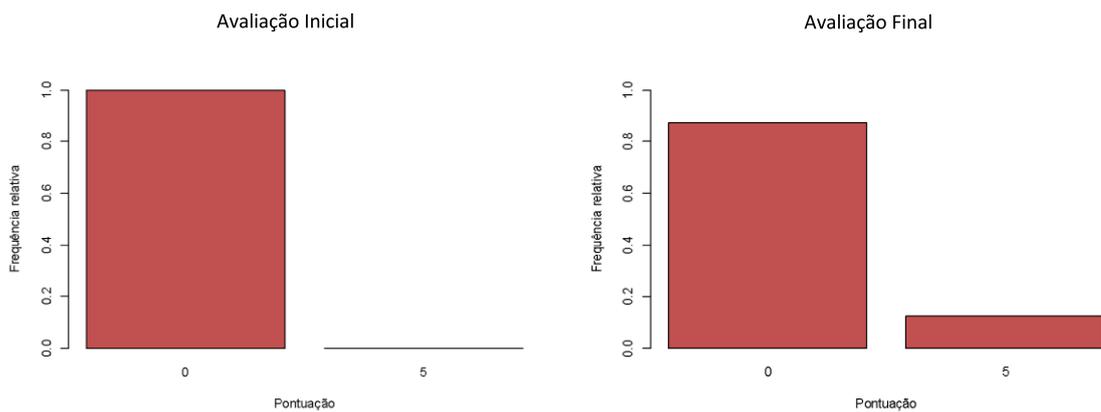
Gráfico 6. Grau de Dependência no Autocuidado: Vestir/ Despir



Dependência no banho

Na primeira avaliação, todos os doentes têm 0 pontos. Na segunda avaliação, apenas um doente tem 5 pontos, os restantes têm 0 pontos.

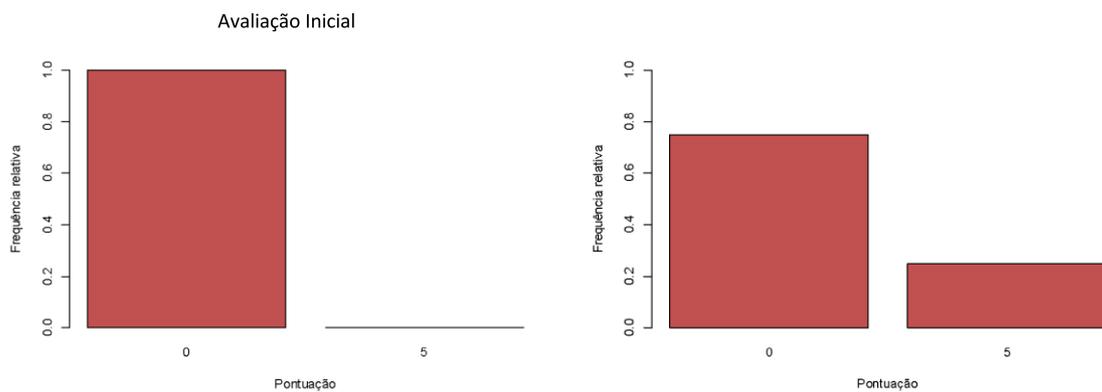
Gráfico 7. Grau de Dependência no Autocuidado: Banho



Dependência na higiene corporal

Na primeira avaliação, todos os doentes têm 0 pontos. Na segunda avaliação, dois doentes têm 5 pontos e os restantes têm 0 pontos.

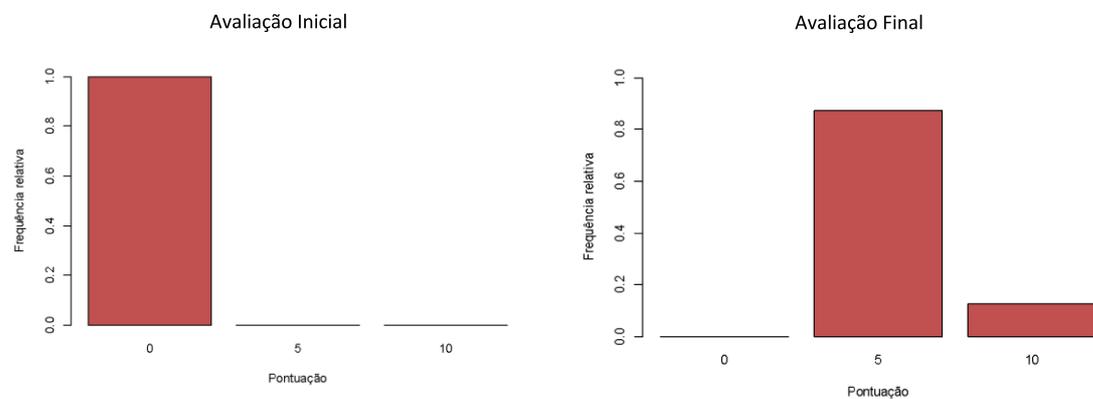
Gráfico 8. Grau de Dependência no Autocuidado: Higiene corporal



Dependência no uso da casa de banho

Na primeira avaliação, todos os doentes têm 0 pontos. Na segunda avaliação, zero doentes com 0 pontos, sete doentes com 5 pontos e um com 10 pontos.

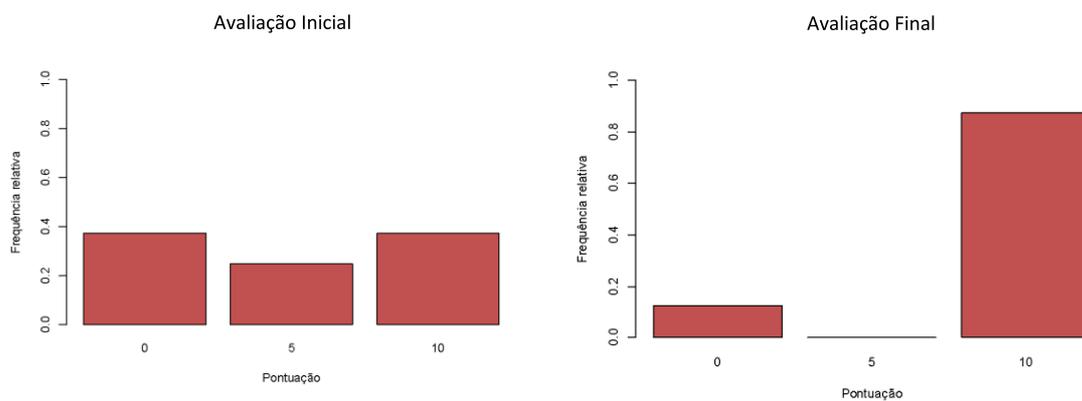
Gráfico 9. Grau de Dependência no Autocuidado: Uso da casa de banho



Dependência na eliminação intestinal

Na primeira avaliação, existem três doentes com 0 pontos, dois doentes com 5 pontos e outros três doentes com 10 pontos. Na segunda avaliação, existe um doente com 0 pontos, zero doentes com 5 pontos e sete com 10 pontos.

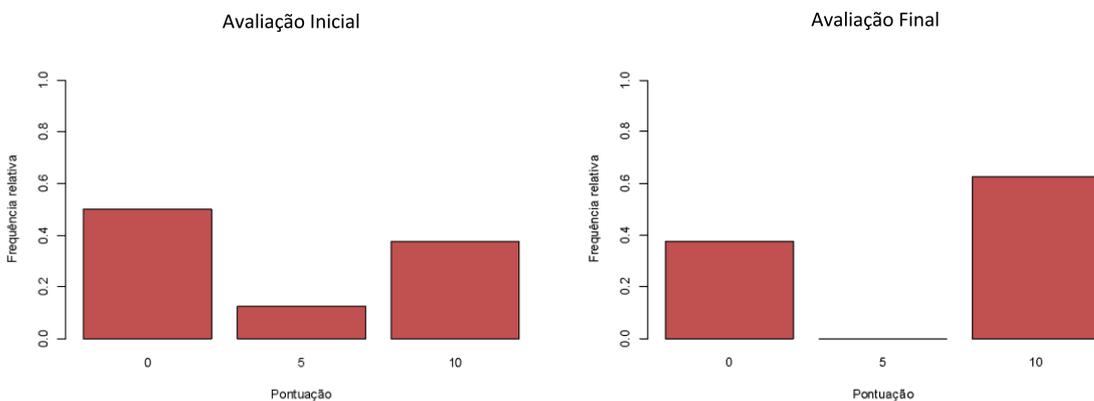
Gráfico 10. Grau de Dependência no Autocuidado: Controlo Intestinal



Dependência na eliminação vesical

Na primeira avaliação, existem quatro doentes com 0 pontos, um doente com 5 pontos e três doentes com 10 pontos. Na segunda avaliação, existem três doentes com 0 pontos, zero doentes com 5 pontos e cinco doentes com 10 pontos.

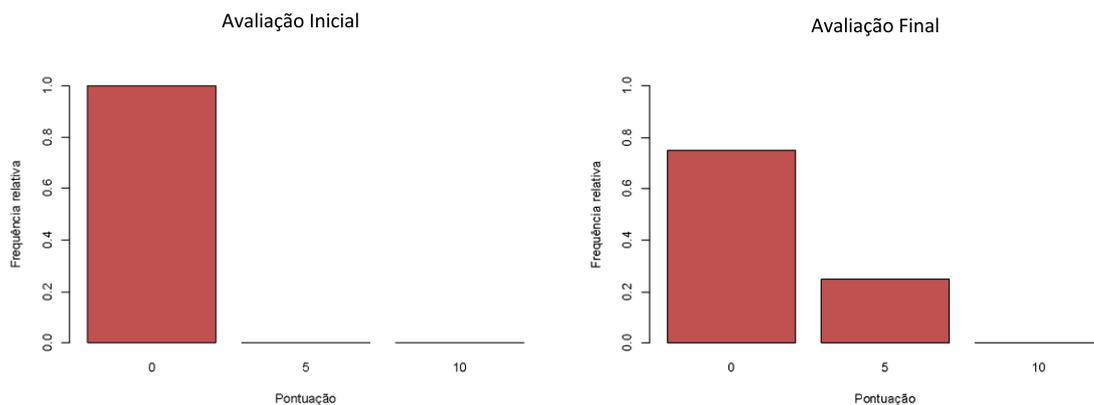
Gráfico 11. Grau de Dependência no Autocuidado: Controlo Vesical



Dependência no subir/ descer escadas

Na primeira avaliação, todos os doentes têm 0 pontos. Na segunda avaliação, existem seis doentes com 0 pontos, dois doentes com 5 pontos e zero doentes com 10 pontos.

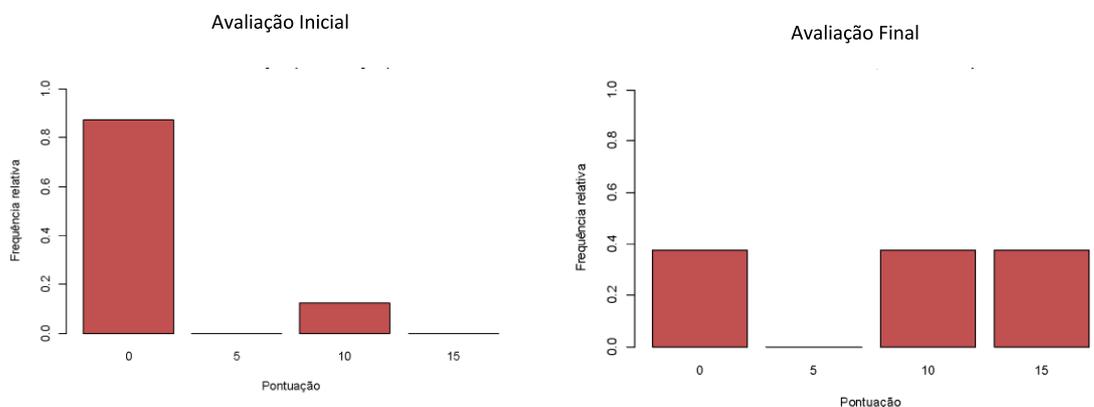
Gráfico 12. Grau de Dependência no Autocuidado: Subir/ descer escadas



Dependência na deambulação

Na primeira avaliação, sete doentes têm 0 pontos, zero doentes têm 5 pontos, apenas um doente tem 10 pontos e existem zero doentes com 15 pontos. Na segunda avaliação, existem três doentes com 0 pontos, zero doentes com 5 pontos, três doentes com 10 pontos e dois com 15 pontos.

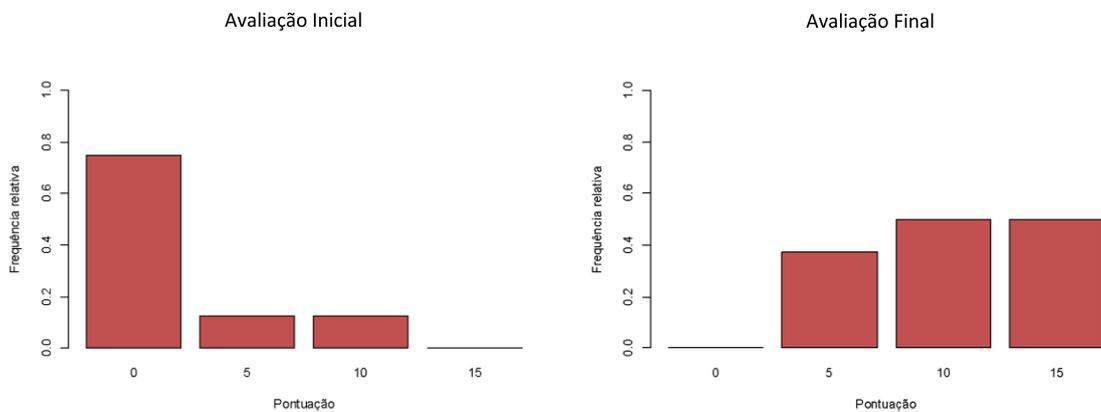
Gráfico 13. Grau de Dependência no Autocuidado: Deambulação



Dependência na transferência (cama/cadeira)

Na primeira avaliação, seis doentes têm 0 pontos, um doente tem 5 pontos, outro tem 10 pontos e zero com 15 pontos. Na segunda avaliação, existem zero doentes com 0 pontos, três doentes com 5 pontos, quatro doentes com 10 pontos e um com 15 pontos.

Gráfico 14. Grau de Dependência no Autocuidado: Transferência



A tabela seguinte reporta aos resultados do Índice de Barthel obtidos, para cada uma das atividades de autocuidado, na primeira e na segunda avaliação.

Tabela 12. Componentes do Índice de Barthel

Número de doentes					
		Alimentação		Vestir	
Pontos	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação	
0	4	0	6	0	
5	4	4	2	7	
10	0	4	0	1	
Número de doentes					
		Banho		Higiene Corporal	
Pontos	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação	
0	8	7	8	6	
5	0	1	0	2	
Número de doentes					
		Uso da Casa de Banho		Controlo Intestinal	
Pontos	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação	
0	8	0	3	1	
5	0	7	2	0	
10	0	1	3	7	
Número de doentes					
		Controlo Vesical		Subir Escadas	
Pontos	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação	
0	4	3	8	6	
5	1	0	0	2	
10	3	5	0	0	
Número de doentes					
		Deambulação		Transferência	
Pontos	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação	
0	7	3	6	0	
5	0	0	1	3	
10	1	3	1	4	
15	0	2	0	1	

De seguida, procedemos à análise do índice de Barthel comparando os seus valores nas duas avaliações. A tabela seguinte mostra a distribuição do índice nas duas avaliações. Na primeira avaliação, o mínimo é 0 e o máximo é apenas 45, sendo a média de 16.25 e a mediana de 15, o que significa que

metade dos doentes tem o valor do índice até 15. No mesmo sentido, o 3º quartil é 22.5, o que significa que 75% dos doentes têm índices até este valor. Na segunda avaliação, o mínimo é de 20 e o máximo de 90 (próximo do máximo possível). Além disso, a média é 53.12 (superior ao ponto médio da escala), muito próxima da mediana (52.5). O terceiro quartil assume também um valor um pouco elevado (63.75).

Tabela 13. Caracterização do Índice de Barthel

Coeficientes	Índice de Barthel	
	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Mínimo	0.00	20.00
Máximo	45.00	90.00
Média	16.25	53.12
1º Quartil	3.75	38.75
Mediana	15.00	52.5
3º Quartil	22.50	63.75
Coef. Assimetria	0.55	-1.29
Desvio padrão	15.53	22.35
Coeficiente de variação	0.96	0.42

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iremos agora passar à confrontação dos resultados apresentados no capítulo anterior com o quadro teórico o que, segundo Fortin (1999, p. 329) constitui *“uma etapa difícil que exige um pensamento crítico por parte do investigador”*.

Analisando os resultados obtidos, podemos verificar que a amostra de uma maneira geral é semelhante às características gerais referidas na literatura.

Na amostra em estudo, os doentes têm maioritariamente idade avançada, sendo que as idades estão dispersas entre as décadas de 50 e 80, com uma média de 69 anos. Os tempos de internamento foram maioritariamente elevados, com um tempo médio de 15 dias. Estes resultados estão em conformidade com a literatura, aproximam-se dos valores referidos por Benvegna et al (2008).

No que concerne ao tipo de AVC, o AVC mais frequente foi o isquémico, o que reforça a opinião de Leal (2001) quando refere que aproximadamente 85% dos acidentes vasculares cerebrais são isquémicos.

A sequência da discussão será norteadada pelas questões de investigação.

- Qual é a evolução do grau de dependência para as atividades de autocuidado, após implementação do programa de Reabilitação?

Bluvol & Ford- Gilboe (2004), concluíram que o fator que mais influencia a qualidade de vida dos indivíduos sobreviventes de AVC é o nível de independência funcional no momento da alta hospitalar. Também neste sentido, Vohora & Ogi (2008), no seu estudo sobre doentes acometidos por

AVC, verificaram que os doentes reportaram como principal objetivo da reabilitação recuperar o máximo de independência possível.

Com base nestas premissas, no nosso estudo, a promoção da independência no autocuidado afigurou-se como o foco da nossa intervenção, tendo como objectivo ajudar o doente a desenvolver capacidades no autocuidado.

Na avaliação inicial, executada no momento da entrada, observámos que 62.5% dos doentes apresentava-se totalmente dependente, 25% severamente dependente e 12.5% dos doentes moderadamente dependentes. Nenhum doente era independente no desempenho do autocuidado e a maioria dos doentes apresentava-se totalmente dependente. Os resultados obtidos no âmbito do McGill Stroke Rehabilitation Research Program também apontam para elevados níveis de dependência, sendo que 85% dos indivíduos tinham limitações na velocidade de marcha, 37% precisavam de alguma assistência e 29% estavam totalmente incapacitadas para as atividades de vida diária (Mayo, N. et al, 1999). Martins (2002, p. 216) verificou que, dos indivíduos acometidos por AVC, *“mais de metade necessita de ajuda para se alimentar, para realizar a sua higiene e tomar banho completo, para se deslocar ao quarto de banho, para se vestir, para se mover e levantar da cama.”* Estes achados ilustram a grave incapacidade funcional associada ao AVC.

Na avaliação final e após implementação do programa de Reabilitação, observámos uma diminuição acentuada no grau de dependência, sendo que 12,5 % dos participantes tornaram-se independentes para a realização das atividades básicas de autocuidado, 25% apresentava uma dependência ligeira, 37,5% dependência moderada e 25% dependência severa.

Após análise dos valores do Índice de Barthel obtidos nas duas avaliações, verificámos que os valores do índice são muito superiores na segunda avaliação. Esta conclusão é confirmada pelo teste de Wilcoxon, cujo valor-p é 0.006, inferior ao nível de significância de 5% e, conseqüentemente, significativo. Na primeira avaliação, predominam os valores baixos do índice,

sendo a média de 16.25, enquanto que na avaliação final, a média se situou nos 53.12. Note-se com efeito que o índice é superior para todos os doentes na segunda avaliação, o que revela ganhos significativos em independência em todas as atividades de autocuidado avaliadas. Também Benvegna et al (2008), quando avaliou a evolução da independência funcional de indivíduos com AVC, submetidos a tratamento de reabilitação na fase hospitalar, concluiu que houve uma diminuição significativa do grau de dependência para o autocuidado.

Esta investigação teve lugar numa unidade de agudos e, portanto, nas primeiras semanas de instalação da doença, fase na qual, segundo Bocchi & Ângelo (2005), a recuperação é mais acelerada, sendo difícil dizer o ponto que ela cessa. Benvegna et al (2008) compararam o grau de dependência dos doentes em fase hospitalar com doentes em fase de ambulatório e observaram que os pacientes na fase hospitalar apresentaram uma recuperação muito mais rápida nas primeiras semanas. Já nos doentes em atendimento de ambulatório, não houve diferença significativa na independência funcional. Também tem sido observado que a sobrevida e a funcionalidade melhoram com a reabilitação na fase hospitalar (Makiyama, T., Battistella, L., Litvoc, J. & Martins, L., 2004).

Iremos, de seguida, analisar a evolução do grau de dependência para cada um dos autocuidados avaliados pelo índice de Barthel.

No que concerne ao autocuidado alimentação, observou-se uma clara diminuição do grau de dependência da primeira para a segunda avaliação, sendo o valor-p do teste de Wilcoxon 0.006, inferior ao nível de significância de 5 %. À entrada, 50% dos doentes apresentavam-se dependentes e 50% necessitavam de ajuda. No momento da alta, um número significativo de doentes (50%) encontrava-se independente e nenhum doente se manteve totalmente dependente.

Consideramos que a utilização de dispositivos de compensação, a par dos exercícios de motricidade fina e de fortalecimento muscular do membro superior hemiparético, poderão ter contribuído em grande escala para a melhoria na execução desta atividade. Ainda assim, no momento da alta, 50% dos doentes ainda se apresentavam dependentes, tal como Martins (2002), no seu estudo, verificou que, ao sétimo dia, 52.05 % dos participantes necessitavam de auxílio para se alimentar.

No nosso quotidiano, verificamos que existe uma tendência para substituir os doentes no autocuidado banho, em vez de se estimular a participação progressiva do doente no processo. Os doentes da nossa amostra foram encorajados a executar esta atividade, ajudando-os a encontrar estratégias que lhes permitissem adquirir independência. No que reporta a este autocuidado, observámos que na avaliação inicial, todos os doentes eram dependentes para o banho e, como era expectável pelo acrescido grau de dificuldade associado a esta tarefa, apenas 12,5 % dos participantes se tornou independente no momento da alta. A maioria dos doentes (87,5%) mostrou-se dependente para realizar a atividade. O valor-p do teste de Wilcoxon é de 0.159, superior ao nível de concordância de 5 %, pelo que se conclui que houve ganhos no autocuidado banho.

No que respeita ao autocuidado vestir/ despir, a comparação dos dois momentos indicou um claro aumento da pontuação. Com efeito, o valor-p do teste de Wilcoxon é de 0.004, pelo que se conclui que a pontuação é superior na segunda avaliação. À entrada, 75% dos doentes apresentava-se totalmente dependente e um quarto (25%) necessitava de ajuda, sendo que, na segunda avaliação, 12,5% encontravam-se independentes e 87,5% necessitavam de auxílio. Uma percentagem elevada de doentes manteve-se dependente para este autocuidado, uma vez que o treino desta atividade se afigura uma tarefa morosa, ao requerer uma sequência complexa de movimentos.

No que concerne à higiene corporal, o valor-p do teste de Wilcoxon é de 0.079, não significativo ao nível de significância de 5%. Contudo, como é inferior a 10%, optámos por considerá-lo significativo, pelo que se conclui que a pontuação é um pouco superior na segunda avaliação. À entrada, todos os doentes se encontravam dependentes e no momento da alta, 25% dos doentes apresentavam-se independentes. Logo que foi possível, os doentes foram incentivados a desenvolver os cuidados de higiene na casa de banho, o que contribuiu para os ganhos em independência.

Quanto ao uso do WC, o valor-p do teste de Wilcoxon é de 0.003, inferior ao nível de significância de 5%, pelo que se conclui que houve uma diminuição do nível de dependência. Verificou-se que, à entrada, todos os doentes se apresentavam dependentes e, no momento da alta, 12,5% apresentavam-se independentes, sendo que os restantes necessitavam de ajuda. Estes resultados são semelhantes aos apontados por Martins (2002, p.194).

No presente estudo, verificámos que, no que concerne à deambulação, houve uma diminuição do nível de dependência desde a entrada até à alta (valor- p do teste de Wilcoxon 0.020, inferior ao nível de significância de 5%), sendo que na admissão, 87,5% dos doentes apresentavam-se dependentes e, no momento da alta, apenas 37,5% se mantiveram dependentes e 25% tornaram-se independentes. Para este resultado, terão contribuído os treinos de equilíbrio efetuados, uma vez que, após um AVC, ter a capacidade de controlar o equilíbrio na posição sentada e em pé é uma habilidade fundamental do comportamento motor para alcançar independência nas atividades, nomeadamente na deambulação (Benaim, C. et al., 1999). Para executar o treino da deambulação, inicialmente foram de grande utilidade os meios auxiliares de marcha, tendo sido retirados posteriormente, de acordo com as capacidades adquiridas. De acordo com Skilbeck et al., 1983 (cit. por Baer et al., 2001) 50% a 80% dos utentes recuperam a capacidade para andar depois de sofrerem a lesão, ainda que parcialmente. Hayes & Carrol (1986)

compararam dois grupos de doentes, sendo que um iniciou a reabilitação três dias após entrada na unidade e o outro apenas 4 a 15 dias depois e verificaram que o grupo em que a reabilitação foi mais precoce teve maior probabilidade de andar independentemente.

Relativamente à transferência, à entrada, 75% dos doentes eram dependentes, 12,5% necessitavam de ajuda mínima e 12,5% necessitavam de grande ajuda. Após implementação do programa de Reabilitação, 12,5% apresentavam-se independentes, 50% necessitavam de ajuda mínima e 37,5% necessitavam de grande ajuda. Deste modo, assistimos a um claro aumento da independência da primeira para a segunda avaliação (valor- p 0.005, inferior ao nível de significância de 5%). O autocuidado transferência foi melhorando com a progressão na capacidade de executar os exercícios terapêuticos de rolar e carga no cotovelo, de forma a conseguir-se sentar na cama.

Subir/ descer escadas foi o autocuidado mais afetado, sendo que no momento da alta nenhum dos participantes era independente para o fazer e 25% necessitavam de ajuda. Para este resultado, pode contribuir o fato dessa atividade apresentar um maior nível de dificuldade de realização por parte de indivíduos hemiplégicos (Benvegna, A. et al, 2008, p. 75). Contudo, a comparação dos dois momentos indica um aumento da pontuação da primeira para a segunda avaliação. O valor-p do teste de Wilcoxon é de 0.079, não significativo ao nível de significância de 5%. No entanto, como é inferior a 10%, optámos por considerá-lo significativo, pelo que se conclui que a pontuação é um pouco superior na segunda avaliação.

Os resultados expostos vão de encontro dos obtidos na investigação de M. Fernandes (2012), na qual o item "subir e descer escadas" foi o registou menor pontuação média. Também no estudo de Martins (2002), apenas uma mínima percentagem dos participantes (1,76%) se tornou independente para o fazer.

A par do subir/descer escadas, os autocuidados vestir/ despir, tomar banho, uso do wc e transferência foram igualmente atividades muito comprometidas.

Apesar dos autocuidados controlo intestinal e controlo vesical não terem sido focos específicos do programa de Reabilitação implementado, procedemos à sua avaliação e concluímos que foram as atividades menos afectadas, sendo que na avaliação inicial, 37,5% dos doentes apresentavam-se dependentes para o controlo intestinal e à saída, a maioria dos sujeitos (87,5%) eram continentes. Relativamente ao controlo vesical, à entrada, 50% dos doentes apresentavam-se dependentes. No momento da alta, a maior parte dos doentes (62,5%) vê a sua função urinária restabelecida e os restantes permanecem incontinentes. Também Patel, M. et al (2001) verificou uma diminuição acentuada da percentagem de doentes incontinentes, sem que tivessem sido submetidos a tratamento específico.

A imobilidade é um fator de risco para a incontinência, desempenhando um papel importante na dinâmica da eliminação. Embora o nosso programa de Reabilitação não contemplasse intervenções especificamente dirigidas para estes autocuidados, os doentes eram incentivados a deslocar-se ao WC, o que contribuiu para a diminuição da incontinência. Verificámos que a maior parte dos doentes se tornou independente para o autocuidado eliminação, tal como aponta o estudo empreendido por Charles (1999) em Portugal, tendo observado que 52% das pessoas com AVC se apresentavam continentes no momento da alta.

Nos nossos hospitais, deparamo-nos frequentemente com situações em que a capacidade dos doentes apresentarem controlo sobre a eliminação é subestimada. A utilização inadequada de fraldas em indivíduos com capacidade de eliminação favorece a incontinência. A promoção da independência dos doentes passa pela mudança destas práticas, que incentivam a diminuição da capacidade de inibir o reflexo de micção

Constatámos que os indivíduos que apresentam parésias decorrentes do AVC, podem adquirir independência para as diferentes atividades de autocuidado, desde que instruídos e treinados para se adaptarem às suas

limitações. Face à melhoria no autocuidado, os doentes manifestaram sentimentos positivos e de maior realização pessoal.

Embora o programa não incluisse atividades especificamente dirigidas à família do doente com AVC, esta não foi descurada durante o processo e desempenhou um papel fundamental na capacitação do mesmo, tendo contribuído para os ganhos em independência obtidos. A família foi integrada na prestação de cuidados e envolvida na preparação do regresso do doente a casa, de forma a assegurar a continuidade de cuidados na transição para o domicílio. Foram efectuados ensinamentos no que concerne aos cuidados de higiene, técnicas de transferência, adequado posicionamento para a alimentação, entre outros. Verificámos que proporcionar informações e oportunidades de aquisição de competências à família ajudou a conferir-lhes segurança no exercício do novo papel.

- Quais foram os ganhos em força muscular desde a admissão até à alta?

A hemiparesia é um dos sinais clínicos mais óbvios de acidente vascular cerebral. Os indivíduos acometidos por esta patologia apresentam tendência em manter-se numa posição de assimetria postural, com conseqüente perda da seletividade de movimentos, o que interfere na capacidade de manter o controlo postural e impede a orientação e estabilidade para realizar movimentos com o tronco e membros (Cesário, C., Penasso, P. & Oliveira, A., 2006). A presença de défices no controle motor, caracterizada por alterações do tónus e fraqueza muscular, pode limitar a capacidade para executar atividades como deambular, subir escadas e autocuidar-se. Segundo Scianni, A. et al (2010, p. 329), após um AVC, os défices motores incluem diminuição da força muscular no lado contralateral à lesão, o que se reflete na incapacidade em realizar várias atividades.

Neste sentido, indivíduos com hemiplegia devem ser população-alvo de programas de treino da força muscular para promover ganhos consideráveis na capacidade funcional, qualidade de vida e força (Teixeira-Salmela, L. et al,

2000). No presente estudo, propusemos como objectivo melhorar a força muscular dos doentes acometidos por esta patologia, tendo efectuado avaliações da mesma, recorrendo à escala do Medical Research Council, antes e após implementação do programa de Reabilitação. Iremos começar por analisar a evolução da força muscular do membro superior parético e, depois, do membro inferior.

No que reporta à força muscular dos segmentos distal e proximal do membro superior afetado, observámos alterações da primeira para a segunda avaliação. Na primeira avaliação, existia um doente com incapacidade de contração muscular de ambos os segmentos e nenhum doente conseguia executar o movimento contra a gravidade e com resistência. Na segunda avaliação, todos os doentes conseguiam contrair o músculo e quatro doentes atingiram a força muscular de grau 4.

Relativamente à avaliação da força muscular do segmento distal do membro superior afectado, o valor-p do teste de Wilcoxon é de 0.007, inferior ao nível de significância de 5% (o valor habitualmente adoptado), pelo que se conclui que o grau de força muscular é superior na segunda avaliação. Quanto ao segmento proximal do membro inferior afetado, o valor-p do teste de Wilcoxon é de 0.008, inferior ao nível de significância de 5%, pelo que a comparação dos dois momentos indica um claro aumento do grau da força muscular da primeira para a segunda avaliação.

Após aplicação do programa de Reabilitação, verificámos ganhos significativos na força muscular do membro superior, o que se reveste de importância pois, das incapacidades provocadas pelo AVC, a alteração da função dos membros superiores é uma das maiores queixas referidas pelos doentes, devido ao comprometimento de destreza durante a execução das atividades de vida diária (Barreca et al., 2003, cit. por Saliba et al., 2008). Consideramos que o aumento da força muscular do membro superior foi muito importante para o desempenho das atividades de autocuidado.

No que concerne ao segmento distal do membro inferior afetado, observamos que, na primeira avaliação não existia nenhum doente com incapacidade de contração muscular e existiam três doentes com grau 4. Na avaliação final, oito doentes apresentavam grau 4, vencendo a gravidade e a resistência. Com efeito, o valor-p do teste de Wilcoxon é de 0.012, inferior ao nível de significância de 5%, pelo que se conclui que o grau de força muscular é superior na segunda avaliação.

Relativamente ao segmento proximal do membro inferior afetado, não existia nenhum doente com incapacidade de contração muscular e existiam quatro doentes com força muscular de grau 4. Na segunda avaliação, não existia nenhum doente com grau 0 e oito dos participantes apresentavam força muscular de grau 4, tendo capacidade de vencer a gravidade contra a resistência. Na avaliação do segmento proximal do membro inferior afectado, o valor-p do teste de Wilcoxon é de 0.019, inferior ao nível de significância de 5%, pelo que se conclui que o grau de força muscular é superior na segunda avaliação.

Os resultados da avaliação da força muscular do membro inferior apontam para uma melhoria do grau de força muscular em ambos os segmentos, o que constitui um requisito importante para o equilíbrio, para o controle postural e para a marcha.

O programa de Reabilitação implementado, com atividades focadas nos incremento da força muscular, teve influência no claro aumento do grau de força desde a admissão até ao momento da alta do serviço. Para a obtenção destes ganhos significativos, consideramos que terá desempenhado um papel fulcral o programa de mobilizações empreendido.

- Qual a relação entre os ganhos em força muscular e os ganhos em independência no autocuidado?

Pela análise dos dados, verificámos que, na generalidade dos casos, existe uma correlação positiva significativa entre a força muscular e o índice de Barthel (devido ao baixo número de observações, adopta-se um nível de significância de 10%, em vez do valor de 5% habitual), ou seja, uma maior força muscular corresponde a um maior valor do índice de Barthel (maior independência) e vice-versa. As exceções são o membro inferior afetado distal e o proximal, em que não é possível calcular a correlação porque o grau de avaliação da força muscular é igual para todos os doentes, e o membro superior afetado distal na 2ª avaliação, em que a correlação é um pouco fraca (0.473) e por isso é não significativa. No entanto, está próxima de ser significativa, pois o valor-p é apenas ligeiramente superior a 10%, o que significa que a correlação está próxima de não ser nula e de ser positiva. As restantes situações mostram correlações positivas, como podemos observar na tabela seguinte.

Tabela 14. Correlação entre a Força Muscular e o Índice de Barthel

	Membro Superior Afetado			
	Distal		Proximal	
	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Correlação	0.693	0.473	0.760	0.014
valor-p	0.028	0.119	0.549	0.079
	Membro Inferior Afetado			
	Distal		Proximal	
	1ª Avaliação	2ª Avaliação	1ª Avaliação	2ª Avaliação
Correlação	0.891	---	0.713	---
valor-p	0.001	---	0.024	---

Verificámos que o défice de força muscular se encontra associado a uma menor independência nas AVD, resultado idêntico ao de Mendes et al (2011). Estes autores desenvolveram um estudo com o objectivo de identificar os

factores associados ao risco de queda e ao declínio funcional em idosos hospitalizados (dependência nas AVDs, força muscular, equilíbrio e marcha), bem como de perceber o comportamento destas variáveis quando correlacionadas entre si. Concluíram que, à medida que aumenta a independência funcional avaliada pelo Barthel, aumentam também as capacidades para a marcha segura (0,700) para a força muscular (0,493) e o grau de equilíbrio (0,659). Também Shepherd (2001) e Teixeira-Salmela (2000) consideram que a força muscular do lado parético se correlaciona com as atividades funcionais, principalmente a marcha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prodigiosa evolução científica e tecnológica permitiu ao Homem viver mais, o que muito pouco serve sem a qualidade do viver. Face ao aumento da longevidade e prevalência crescente de doentes crónicos, é indiscutível a necessidade de ressaltar a problemática da dependência, confrontando o sentido do progresso com a dignidade da pessoa.

O acidente vascular cerebral gera múltiplos comprometimentos e incapacidades, sendo que *“a maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas, o que faz desta patologia a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental”* (André, C., 1999, cit. por Perlini, N., Mancussi, A. & Faro, 2005).

Segundo Takase (2005) cit. por Menoita (2012), as pessoas que apresentam incapacidade recuperam as suas funções (parcialmente ou quase totalmente) devido a dois factores, o intrínseco, que se prende com a recuperação neurológica anatómica e fisiológica, pela redução do edema cerebral e da plasticidade neuronal e, a componente adaptativa, por meio da aprendizagem de estratégias para executar as funções. Neste sentido, os enfermeiros de Reabilitação encontram-se numa posição ímpar para a recuperação dos doentes acometidos por acidente vascular cerebral e têm como missão maximizar o seu potencial funcional e independência física, emocional, social. Tomando como referencial uma concepção global da pessoa, centram a sua atenção no *empowerment* dos doentes, de forma a ajudá-los na transição para esta nova etapa. Meleis (2005) advoga que a necessidade do conhecimento de enfermagem, deve incluir o conhecimento acerca das ferramentas de que os enfermeiros devem dotar os seus clientes, para que estes sejam capazes de viver as transições, possam promover a sua saúde, prevenir episódios de doença e lidar com as situações de stress.

Este estudo de investigação teve lugar numa unidade de agudos, local onde os enfermeiros desempenham um papel fundamental na reabilitação global do

doente, uma vez que quanto mais precoce for iniciada a reabilitação melhores os resultados. Focámos a nossa intervenção no treino das atividades de autocuidado do doente acometido por AVC, no sentido da sua independência.

Norteámos a investigação pelo referencial teórico do modelo de Orem, tendo servido para o reconhecimento dos défices de autocuidado, viabilizando a elaboração do planeamento e implementação das intervenções de Enfermagem de Reabilitação. Como resposta à questão “Qual o contributo do programa de Reabilitação para a promoção da independência no autocuidado do doente acometido por acidente vascular cerebral?”, pela análise dos dados, emerge como conclusão relevante que a implementação do programa de Enfermagem de Reabilitação se repercutiu em ganhos significativos a nível da força muscular e da independência no autocuidado. Houve ganhos em todas as atividades de autocuidado e a força muscular dos doentes aumentou significativamente desde o momento da admissão até à alta. Verificámos também que o défice de força muscular se encontrava associado a uma menor independência no autocuidado. À saída, apenas, para o autocuidado subir/descer escadas, não havia nenhum doente independente, embora tenha havido diminuição no grau de dependência.

Sugere-se que a aplicação de exercícios de fortalecimento muscular e implementação de intervenções específicas direcionadas ao restabelecimento da independência no autocuidado, confluem na obtenção de um programa de Reabilitação eficiente para a recuperação destes doentes. Acreditamos que os exercícios terapêuticos incluídos desempenharam um papel muito importante na facilitação do autocuidado.

É imperativo lembrar que, para o sucesso da reabilitação, terá contribuído, não só, o programa de Enfermagem de Reabilitação como também o trabalho dos outros elementos da equipa de Enfermagem uma vez que, como refere Davies (1996) cit. por Branco e Santos (2010, p. 39) *“a reabilitação bem-sucedida depende não somente das várias sessões de terapia mas também do que acontece ao paciente durante as horas restantes do dia e da noite”*.

A nível das limitações do próprio estudo, a principal limitação identificada prendeu-se com o recrutamento dos doentes que constituiriam a amostra, uma vez que no período de tempo estabelecido para a colheita de dados, o serviço apresentou um número reduzido de utentes internados com esta patologia.

Atualmente, a política de cuidados de saúde hospitalares surge tendencialmente orientada para o tratamento da doença e preconiza internamentos hospitalares cada vez mais curtos, o que não se coaduna com o completo restabelecimento da pessoa doente. Esta realidade condiciona o elevado grau de dependência, a que muitos utentes se encontram confinados no regresso a casa e a alta hospitalar é muitas vezes vivida pela família como um acontecimento dramático, protelando ao máximo o regresso do doente a casa. Aquando da alta do hospital, a família depara-se com condicionalismos sociais e culturais tais como dificuldades económicas, profissionais, temporais, fragilidade nos laços familiares, que levam a uma relutância em aceitar o doente em casa (Sapeta, 2000).

Num tempo de trânsitos paradigmáticos, urge transitarmos de uma postura de delegação no sistema para uma atitude de responsabilidade e participação no mesmo. A mudança das práticas passa pela partilha de informação e integração e participação ativa do doente e a família nos cuidados hospitalares, de modo a preparar a transferência do processo de cuidar do hospital para o domicílio. No serviço onde decorreu este estudo, apontamos como uma lacuna o facto de só estarem presentes enfermeiros de Reabilitação no turno da manhã, o que condiciona a preparação do regresso do doente a casa, uma vez que muitos familiares apenas têm disponibilidade para visitar o doente no turno da tarde.

Refletindo sobre a problemática do autocuidado no AVC, considero que seria importante fomentar a continuidade de estudos nesta área, nomeadamente realizar a mesma investigação com uma amostra maior. Julgo ainda que seria útil empreender estudos que versassem isoladamente sobre o treino de cada um dos autocuidados avaliados pelo índice de Barthel.

É imperativo refletir as práticas e implementar a profissionalização no contexto da ação, levando a sociedade a reconhecer a necessidade em cuidados de Enfermagem de Reabilitação e os consequentes reflexos em ganhos em saúde. Espero, com esta investigação, ter dado um contributo para a construção científica da disciplina de Enfermagem, ao relevar os ganhos em saúde decorrentes da nossa intervenção. Embora o ideal seja difícil de atingir, devido a todas as condicionantes que envolvem o processo de cuidar do doente, há sempre um caminho a percorrer no sentido da mudança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R., Victor, M. & Ropper, A.(1998). *Neurologia*, McGraw-Hill, 6º.ed.
- Alon, G. et al. (2003). A home-based, self-administered stimulation program to improve selected hand functions of chronic stroke. *NeuroRehabilitation*. Vol. 18, 215 -225.
- Amaral, M. & Vicente, M. (2000). Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. Vol. 18, nº.2 (Jul.- Dez.), 23-31.
- Araújo, F., Pais, R., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Atkinson, L. & Murray, M. (1989). *Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Baer, G. & Smith, M. (2001). The recovery of walking ability and subclassification of stroke. *Physiotherapy Research International*: Vol. 6, nº 3. (pp. 135-144).
- Bandy, W. & Sanders, B. (2003). *Exercícios terapêuticos- técnicas para intervenção*. Brasil: Guanabara Koogan.
- Benaim, C. et al (1999). Validation of a Standardized assessment of postural control in stroke patients: the postural assessment scale for stroke patients. *Stroke*, New York, v. 30, 1862-1868.
- Bendz, M. (2000). Rules of relevance after a stroke. *Social Science & Medicine*, 713-723.
- Benvegna, A. et al. (2008). Avaliação da medida de independência funcional de indivíduos com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). Porto Alegre: *Revista Ciência & Saúde*, v. 1, jul./dez n. 2, 71-77.

- Bluvol, A. & Ford- Gilboe, M. (2004). Health work and quality of life in families of stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 322–332.
- Bocchi, S. & Ângelo, M. (2005). Interação cuidador, familiar, pessoa com AVC: Autonomia compartilhada. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):729-38.
- Bonita (1992). *The epidemiologia of the stroke*. Lancet.
- Braithwaite, V. (1992). Caregiving burden: making the concept scientifically useful and policy relevant. *Research on Aging*, 14 (1), 3-27.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Brito, L. (2002). *Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto.
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Ed. Afrontamento.
- Cerqueira, M. (2004). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau.
- Cervo, A. & Bervian, P. (1983). *Metodologia Científica: para uso dos estudantes universitários*. S. Paulo: McGraw – Hill, Brasil.
- Cesário, C., Penasso, P. & Oliveira, A. (2006). Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 14, n. 1, 6-9.
- Chagas, E. & Tavares, M. (2001). A simetria e transferência de peso do hemiplégico: relação dessa condição com o desempenho de suas atividades funcionais. *Revista Fisioterapia em Movimento*, São Paulo, v. 1, n. 8, 40-50.
- Charles, A. (1999). Variations in Case Fatality and Dependence From Stroke in Western Central Europe. *Stroke*, 30, 350-356.
- Colière, M. (1989). *Promover a Vida. Da prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho Internacional de Enfermeiras (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2*. Ordem dos Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2001). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- Versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.

Dias, M. (1997). *A Esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa: ISPA.

Diogo, M. J. (2000). O papel da enfermeira na Reabilitação do idoso. *Revista latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n.1, Janeiro, 75-81.

Direção Geral da Saúde (2010). *AVC: Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.

Direção Geral de Saúde (2004). *Planeamento da Alta do doente com AVC*. Circular Informativa 12/DSPCS de 19/04/2004. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2001). *Unidades de AVC*. Lisboa: DGS.

Edwards, G. (2003). Good practice for keeping stroke patients and careers informed. *Nursing Times*, 1 May.

ESO (2008). Recomendações para o tratamento do AVC isquémico: http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf.

Eusi (EuropeanStrokeInitiative). AVC Isquémico: Profilaxia e Tratamento. [Em linha]: Alemanha, 2003. [Consult. 18 Janeiro 2008]. Disponível em www.eusistroke.com/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf>.

Fernandes, M. et al (2012). *Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crónicos e sua relação com a fisioterapia*, vol.25, n.2, 333-341.

Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia – Princípio, Diagnóstico e Tratamento*, 1^a Ed. Editora Lidel, 77-87.

Flansbjer, U. et al (2005). What change in isokinetic knee muscle strength can be detected in men and women with hemiparesis after stroke? *Clin Rehabil*, 19 (5), 514-22.

- Fontes, N. (2000). Unidades de AVC Fisiatria. *Geriatrics*, 129 (13), 31-42.
- Fontes N. (1998). A doença vascular cerebral estabelecida - recuperação motora. *Geriatrics*. 11; 104, 5-10.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Foster, P. & Bennett, A. (2000). Dorothea E. Orem. In George, J. et al. *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. (p. 83-101). Porto Alegre: Artmed.
- Foster, P. & Janssens, N. (1993). In: GEORGE, J. et al. *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, Cap. 7, p. 90-107.
- Franzoi, A., & Kagohara, N. (2007). Correlação do perfil de deambulação e velocidade da marcha em um grupo de pacientes hemiplégicos atendidos em um centro de reabilitação. *Revista Acta Fisiátrica*, 14(2), 78-81.
- George, J. et al. *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 7, 90- 107.
- Gordon, C., Ellis-Hill, C. & Ashburn, A. (2009), The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 544–553.
- Hayes, S. & Carrol, S. (1986). Early intervention care in the acute stroke patients. *Archives of Physical Medicine of Rehabilitation*, 67, 319-321.
- Hesbeen, W (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. Loures: Lusociência, pp. 377-391.
- Imaginário, C. (2005). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Insero (1995). *Cuidados en la vejez: el apoyo informal*. Madrid. Ministério de Assuntos Sociales.

- Jewell, S. (1993). Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, Aug., 18 (8), 1288-1296.
- Johnstone, M. (1987). *Princípios de reabilitação no doente hemiplégico*. In “Reabilitação do Hemiplégico Adulto” – Seminário de atualização, Segundo o método de Margaret Johnstone; Alcoitão, 16 a 20 de Fevereiro de 1987^a.
- Johnstone, M. (1987). *Tratamento domiciliar do doente hemiplégico*. In “Reabilitação do Hemiplégico Adulto” – Seminário de atualização, Segundo o método de Margaret Johnstone; Alcoitão, 16 a 20 de Fevereiro de 1987^b.
- Johnstone, M. (1979). *Restauração da função motora no paciente hemiplégico*. São Paulo: Editora Manole.
- Jong, S. & Kim, S. (2000). Poststroke depression and emotional incontinence. *Neurology*, 54, 1805-1810.
- Kristjanson, L. & Aoun, S. (2004). Palliative care for families: remembering the hidden patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 359- 365.
- Kluding, P. & Billinger, S. (2005). Exercise-induced changes of the upper extremity in chronic stroke survivors. *Top Stroke Rehabilitation*. Vol. 12, nº 1, 58 - 68.
- Leal, F. (2001). *Intervenções de Enfermagem no acidente vascular cerebral*. In: Padilha, J. et al. *Enfermagem em Neurologia*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation. The Barthel Index. *Md State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Makiyama, T., Battistella, L., Litvoc, J. & Martins, L. (2004). Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e seus cuidadores. *Acta Fisiátrica*, 11(3),106-109.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW*. Lisboa, 4^a ed..
- Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: O doente com AVC*. Coimbra: Edições Formasau.

- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar*. Coimbra: Formasau.
- Mayo, N. et al (1999). Disablement following stroke. *Disabil Rehabil.*, nº.5, 258-268.
- McCorkle, R. & Pasacreta, J. (2001). Enhancing caregiver outcomes in palliative care. *Cancer control, cancer center and Research Institute*, 8 (1), 36-45.
- Mceer- Parecer nº. 12/ 2011.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 3ª ed.
- Mendes, E. et al (2011). Declínio funcional e risco de quedas em idosos hospitalizados. Viseu: Reabilitar para a vida.
- Mennley, K. (1989). As carências e o apoio dos familiares. *Nursing*. Lisboa, ano 2, n.º 18, 13-17.
- Menoita et al (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC*. Lusociência.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento (2001). Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Mok, E. et al (2002). Perception of empowerment by family caregivers of patients with terminal illness in Hong Kong. *International Journal of Palliative Nursing*, 8, 3, 137-145.
- Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau.
- Moreira, M. (2000). *A coordenação*. Ludens, 4, 25-28.
- Murteira, B., Ribeiro, C., Silva, J. & Pimenta, C. (2010). *Introdução à Estatística*. Lisboa. McGraw-Hill, 2ª ed..
- Oliveira, C. et al (2003). Acidente vascular cerebral. *Revista Sinais Vitais*. Nº.49. Julho. 11-13.

- Oliveira, V. (2012). Acidente Vascular Cerebral em Portugal – O Caminho para a Mudança. *Acta Med Port*, Sep-Oct, 25(5): 263-264.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6ª ed. Saint Louis: Mosby.
- Orem, D. (1995). *Nursing concepts of Practice*. 5 ed. Saint Louis: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Promovendo Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral*. São Paulo: Artmed editora.
- Patel, M. et al (2001). Natural history and effects on 2-year outcomes of urinary incontinence after stroke. *Stroke*, nº.32, 122-127.
- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1986). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. 1ª edição. Londres: ACEPS, pp. 73-80.
- Penrod, J. et al (1995). Who care? The size, scope and composition of the caregiver support system. *The Gerontologist*, 35 (4), 489-497.
- Percina, M. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Perlini, N., Mancussi, A. & Faro (2005). El Cuidado de la persona incapacitada por accidente cérebro vascular en el domicilio: el hacer del cuidador familiar, *Rev Esc Enferm USP*, 39(2):154-63.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. 3º. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pryor, J. (2009). *Coaching patients to self-care: a primary responsibility of nursing*. *Journal of Older People Nursing*, 4, 79-88.
- Provinciali, L. & Coccia, M. (2002). Post-stroke and vascular depression: a critical review. *Neurological Sciences*, 22, 417-428.
- Rebelo, Â. (1996). Prestadores de cuidados informais: a idosos com 80 ou mais anos na freguesia de Moreira da Maia. Lisboa. *Revista Geriatria*, Janeiro, n.º 81, vol. IX, 22-28.

- Rodriguez, B., Dias, E. & Pascual, O. (2001). Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. *Revista Rol Enfermaria*, 24 (3), 183-189.
- Roper, N, Logan, W. & Tierney, A. (1995) *Modelo de Enfermagem*, McGraw-Hill, Alfragide, 3^a edição, 12-41.
- Saliba, V. (2009). *Tradução e adaptação transcultural da Escala Motor Activity Log para avaliação da quantidade e qualidade de uso do membro superior de hemiplégicos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Sapeta, A. (2000). A família face ao doente terminal hospitalizado: o caso particular de HAL. Coimbra. *Revista Investigação em Enfermagem*, Fevereiro, n.º 1.
- Sapeta, A. (2000). Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica. Coimbra. *Revista Investigação em Enfermagem*, Fevereiro, n.º 7.
- Scianni, A., Teixeira-Salmela, L. & Louise, A. (2010). Effect of strengthening exercise in addition totask-specific gait training after stroke: A randomised trial. *International Journal of Stroke*, August, Vol 5, 329–335.
- Sequeira, P. (2009). Educação para a Saúde à família do doente com AVC. *Revista Investigação em Enfermagem*, Edições Sinais Vitais, n.º. 20, Agosto, 15-25.
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.
- Shepherd, R. (2001). *Exercise and training to optimize functional motor performance in stroke in stroke: driving Neural Reorganization? Neural Plasticity*, 8(1-2), 121-129.
- Shumway, A., & Woollacott, M. (2003). *Controle motor: Teoria e aplicações práticas* (2aed.). Barueri: Manole.
- Silva, A. (2007). *O essencial da Saúde: AVC*. Matosinhos. QuidNovi.
- Sorensen & Luckman (1998). *Enfermagem Fundamental: uma abordagem psicofisiológica*. Loures: Lusodidacta.
- Talbot, L. (1995). *Principles and practice of nursing research*. St.Louis: Mosby.

- Taub, E.; Miller, N. (1993). A technique for improving chronic motor deficit after stroke. *Archives of Physical Medicine of Rehabilitation*, 74, 347-354.
- Temmink, D. et al (2000). Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford, 31 (6), 1449-1458.
- Teixeira, I. (2008). Envelhecimento cortical e a reorganização neural após o acidente vascular encefálico (AVE): implicações para a reabilitação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2171-2178.
- Teixeira- Salmela, L. et al (2000). Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. *Acta Fisiátrica*, 7 (3), 108-118.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. 5.^a Edição. Lusociência.
- Trindade, A., Barbosa, M., Oliveira, F. & Borges, A. (2011). Influência da simetria e transferência de peso nos aspectos motores após Acidente Vascular. *Revista Neurociências*.
- Useros, M. et al (2000). *Cuidadoras Informales: una perspectiva de género. Jornadas Feministas organizadas pela Federación de Organizaciones Feministas del Estado Español*. Córdoba, Diciembre.
- Vann der Smagt-Duijnste, M. et al (2001). Needs of the relatives of hospitalized stroke patients. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (3), 307-315.
- Verissimo, C. & Moreira, I. (2004). Os cuidadores familiares/ informais: Cuidar do doente idoso em domicílio. *Pensar em Enfermagem*, vol. 8, nº.1.
- Vohora, R.& Ogi, L. (2008). Addressing the emotional needs of stroke survivors. *Nursing Times*; 104: 42, 32-36.
- Voos, M. & Ribeiro, V. (2008). Estudo comparativo entre a relação do hemisfério acometido no acidente vascular encefálico e a evolução funcional em indivíduos destros. *Revista Brasileira Fisioterapia*, Março/Abril.
- Waters, K. (1987). Discharge planning: an explorative study of the process of discharge planning on geriatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 71-83.

Weitzner, M. et al (2000). The family caregiver of the older cancer patient. *Haematology/ Oncology Clinics of North America*, 14 (1), 269-281.

WHO (2013). Rehabilitation, disponível em <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>

ANEXOS

ANEXO I – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

ESTUDO: Contributo do programa de Reabilitação para a promoção da independência no autocuidado dos doentes acometidos por acidente vascular cerebral

Eu, abaixo assinado, _____, compreendo e aceito que a minha informação pessoal seja recolhida, transferida e utilizada e processada quer manualmente quer em computador, durante e após o estudo, pelo investigador. Também compreendo que me seja realizada uma avaliação que inclui o preenchimento da escala de avaliação do Medical Research Council e do Índice de Barthel. Compreendo que o investigador tomará as medidas de segurança necessárias para garantir a segurança dos meus dados de acordo com a Legislação Portuguesa. Aceito que a minha informação possa ser utilizada para posteriores projectos de investigação e/ou publicações.

Tomei também conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e métodos e que a minha participação é voluntária.

Todas as dúvidas sobre o estudo foram esclarecidas.

Ao assinar este Consentimento Informado, concordo em participar neste estudo, sob os termos neste Consentimento Informado.

__/__/__

(assinatura do doente)

__/__/__

(Pessoa que informou sobre consentimento informado)

ANEXO II – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Data: __ / __ / __

Parte I. Caracterização sócio-demográfica

1. Diagnóstico:

AVC hemorrágico AVC isquémico

2. Idade _____

3. Estado civil

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado

União de facto

4. Coabitação

Esposa / Companheira

Filhos

Instituição

Só

Outros: _____

PARTE II. Avaliação da sensibilidade

Táctil: Normal Alterada Ausente

Dolorosa: Normal Alterada Ausente

Térmica: Normal Alterada Ausente

Postural: Normal Alterada Ausente

Vibratória: Normal Alterada Ausente

Parte III. Escala de Medical Research Council

GRAU	AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR
0	Nenhuma contracção muscular.
1	Contracção muscular palpável, sob os dedos. Nenhum movimento.
2	A contracção muscular permite um movimento articular em toda a amplitude, sem acção da gravidade
3	Movimento possível em toda a amplitude articular e contra a acção da gravidade.
4	Movimento possível em toda a amplitude articular sob a acção da gravidade e contra resistência manual de média importância
5	Força muscular normal (resistência manual máxima).

Membro superior afetado: segmento distal ___ segmento proximal ___

Membro superior não afetado: segmento distal ___ segmento proximal ___

Membro inferior afetado: segmento distal ___ segmento proximal ___

Membro inferior não afetado: segmento distal ___ segmento proximal ___

PARTE IV. Índice de Barthel

Alimentação	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10	—
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc...)	5	
	Dependente	0	
Vestir	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc)	10	—
	Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5	
	Dependente	0	
Banho	Independente (toma banho geral no duche ou na banheira, entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5	—
	Dependente	0	
Higiene corporal	Independente (lava a face, mãos e dentes, faz a barba)	5	—
	Dependente	0	
Uso da casa de banho	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10	—
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5	
	Dependente	0	
Controlo intestinal	Independente (não apresenta episódios de incontinência, se necessita de enemas, fá-lo sozinho)	10	—
	Incontinente ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas)	5	
	Incontinente fecal	0	
Controlo vesical	Independente (não necessita episódios de incontinência, se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)	10	—
	Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5	
	Incontinente ou algaliado	0	

Subir escadas	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10	—
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5	
	Dependente	0	
Deambulação	Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarrilho, canadiana)	15	—
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10	
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5	
	Dependente	0	
Transferência (cama/ cadeira e vice – versa)	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas transfere-se sozinho)	15	—
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	10	
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar mas necessita de grande ajuda para a transferência)	5	
	Dependente	0	

Total de pontuação: _____

Pontuação	Nível de dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
< 20	Totalmente dependente

ANEXO III - CRONOGRAMA

