



Instituto Politécnico de Saúde do Norte

Escola Superior de Saúde Vale do Sousa

Cláudia Daniela Carvalho da Silva

N.º 19057

A Pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Contributos
de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no nível
de (in)dependência nos Autocuidados

Gandra, agosto de 2013



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA

Cláudia Daniela Carvalho da Silva

N.º 19057

A Pessoa com Acidente Vascular Cerebral: Contributos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no nível de (in)dependência nos Autocuidados

Trabalho apresentado ao curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação do Instituto Politécnico de Saúde do Norte - Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa, para obtenção do grau de Mestre, sob orientação da Mestre Fátima Ribeiro.

Gandra, agosto de 2013

TÍTULO: A Pessoa com Acidente Vascular Cerebral:
Contributos de um Programa de Enfermagem de
Reabilitação no nível de (in)dependência nos Autocuidados.

AUTOR: Silva, Cláudia Daniela Carvalho.

LOCAL: Gandra.

ANO: 2013.

PALAVRAS-CHAVE: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL,
AUTOCUIDADO, REABILITAÇÃO, INDEPENDÊNCIA,
CUIDADOS CONTINUADOS.

AGRADECIMENTOS

No momento em que finalizo este trabalho, gostaria de deixar expressa a minha gratidão e o reconhecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a concretização do mesmo:

A todos os doentes que cuidei na unidade de convalescença, a todos os profissionais que lá entregam as suas vidas diariamente, ao enfermeiro orientador pelo ensinamento e acompanhamento;

Um agradecimento especial à Mestre Fátima Ribeiro, pela orientação, coordenação e dedicação. Obrigada pelo apoio, incentivo, paciência e disponibilidade;

Aos meus familiares e amigos, que estiveram sempre presentes, o meu caloroso agradecimento pela disponibilidade, estímulo, encorajamento e apoio que me deram;

Aos meus pais em particular pelo carinho e atenção que sempre me dispensaram e pelo incentivo para continuar;

Às minhas sobrinhas pelos risos e momentos de descontração;

Ao Pedro, pela paciência com que abdicou da minha presença, pelas palavras ditas e sussurradas com carinho, pela atenção, amor e horas de dedicação, o meu sincero obrigada;

A todos os que, directamente ou indirectamente, contribuíram para que esta etapa da minha vida se concretizasse, o meu sincero agradecimento.

“Uma das coisas magníficas do ser humano é que somos seres que aprendem... não estamos terminados, concluídos, antes pelo contrário, temos a possibilidade de mudar, adaptar, crescer, desenvolver... De agir hoje melhor que ontem... e logo melhor que agora (...) E importa estar atento ao caminho (...)”

Nunes, Lucília (2002) *in* Revista da Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO.....	23
PARTE I – DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AO TREINO DO AUTOCUIDADO NA PROMOÇÃO DA INDEPENDÊNCIA, NUMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS DE CONVALESCENÇA.....	27
1. Acidente Vascular Cerebral.....	31
1.1. Epidemiologia.....	31
1.2. Etiologia/Tipologia e Fisiopatologia.....	33
1.3. Manifestações Clínicas/Alterações resultantes da lesão.....	36
1.4. Factores de Risco e Prevenção.....	41
1.5. Tratamento.....	45
1.6. Avaliação Neurológica.....	47
2. Reabilitar a pessoa com Acidente Vascular Cerebral numa Unidade de Cuidados Continuados.....	51
2.1. Unidades de Cuidados Continuados de Convalescença.....	51
2.2. Reabilitação: o papel do Enfermeiro Especialista.....	54
2.2.1. A importância de um Programa de Reabilitação.....	57
3. A independência no Autocuidado.....	63
3.1. O Autocuidado como conceito central da Enfermagem.....	63
3.2. A independência/autonomia.....	68
3.2.1. A avaliação do nível de dependência nos autocuidados utilizando o Índice de Barthel.....	71
PARTE II – METODOLOGIA.....	77
1. Problemática do estudo.....	81
1.1. Questões de investigação.....	84

1.2. Objectivos.....	85
2. Desenho do estudo.....	87
2.1. Meio e tipo de estudo.....	87
2.2. População e Amostra.....	88
2.3. Instrumentos de colheita de dados.....	89
2.4. Procedimentos na colheita de dados e tratamento estatístico...	90
2.5. Implicações Éticas.....	92
PARTE III – DA APRESENTAÇÃO À DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..	95
1. Apresentação dos resultados.....	99
1.1. Caracterização da amostra.....	99
1.2. Caracterização do nível de dependência em cada autocuidado na entrada.....	108
1.3. Caracterização do nível de dependência em cada autocuidado na alta.....	111
1.4. Comparação dos níveis de dependência em cada autocuidado, da entrada à alta.....	114
1.5. Caracterização e comparação dos níveis de dependência em todos os autocuidados, na entrada e na alta.....	136
1.6. Relação da variação do nível de dependência nos autocuidados, da entrada à alta, com as características da amostra.....	139
2. Discussão dos resultados.....	145
3. Considerações finais.....	161
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	167
ANEXOS.....	I

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro 1 – Tipologia etiológica dos AVCs.....	35
Quadro 2 – Territórios vasculares e respectivas manifestações clínicas.....	37
Quadro 3 – Principais manifestações clínicas dos AVCs hemorrágicos.....	38

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela 1 – Perfil estatístico da amostra relativamente à idade.....	100
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual da idade.....	100
Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual da faixa etária com discriminação do género.....	101
Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual do estado civil.....	102
Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual do estado civil com discriminação da faixa etária.....	102
Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual do estado civil com discriminação do género.....	103
Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual das habilitações literárias..	103
Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual da actividade profissional..	104
Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual dos antecedentes pessoais/patologias associadas.....	104
Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual da tipologia etiológica dos AVCs.....	105
Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual da tipologia territorial dos AVCs.....	105
Tabela 12 – Distribuição numérica e percentual das manifestações clínicas/alterações resultantes do AVC.....	106
Tabela 13 – Perfil estatístico da amostra relativamente ao n.º de dias de internamento.....	107
Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual do n.º de dias de internamento.....	107
Tabela 15 – Perfil estatístico da amostra relativamente a cada autocuidado, à entrada dos doentes na unidade.....	110

Tabela 16 - Perfil estatístico da amostra relativamente a cada autocuidado, à alta dos doentes da unidade.....	113
Tabela 17 – Evolução da percentagem relativa a cada nível de dependência para cada autocuidado, desde a entrada à alta.....	135
Tabela 18 – Comparação entre o perfil estatístico da pontuação do IB na entrada e na alta.....	136
Tabela 19 – Evolução da percentagem relativa ao nível de dependência nos autocuidados, desde a entrada à alta.....	137
Tabela 20 – Perfil estatístico da amostra relativamente à diferença entre o IB na alta e o IB na entrada.....	138
Tabela 21 – Distribuição numérica da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação da faixa etária.....	140
Tabela 22 – Variação média da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação da faixa etária.....	140
Tabela 23 – Distribuição numérica do nível de dependência nos autocuidados na alta com discriminação da faixa etária.....	141
Tabela 24 – Distribuição numérica da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação do género.....	141
Tabela 25 – Variação média da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação do género.....	142
Tabela 26 – Distribuição numérica da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação da tipologia etiológica dos AVCs.....	144
Tabela 27 - Variação média da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação do n.º de dias de internamento.....	144
Tabela 28 – Comparação dos autocuidados com maiores e menores ganhos no nível de dependência total e na independência, da entrada à alta.....	155

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico 1 – Relação do género com a idade.....	101
Gráfico 2 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado alimentação.....	114
Gráfico 3 – Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado alimentação, à entrada e à alta.....	115
Gráfico 4 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado vestuário.....	116
Gráfico 5 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado vestuário, à entrada e à alta.....	117
Gráfico 6 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado banho.....	118
Gráfico 7 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado banho, à entrada e à alta.....	119
Gráfico 8 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado higiene pessoal.....	120
Gráfico 9 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado banho, à entrada e à alta.....	121
Gráfico 10 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado uso de sanitário.....	122
Gráfico 11 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado uso de sanitário, à entrada e à alta.....	123
Gráfico 12 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado controlo intestinal.....	124
Gráfico 13 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado controlo intestinal, à entrada e à alta.....	125

Gráfico 14 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado controlo vesical.....	126
Gráfico 15 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado controlo vesical, à entrada e à alta.....	127
Gráfico 16 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado subir/descer escadas.....	128
Gráfico 17 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado subir/descer escadas, à entrada e à alta.....	129
Gráfico 18 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado transferência.....	130
Gráfico 19 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado transferência, à entrada e à alta.....	131
Gráfico 20 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado deambulação.....	132
Gráfico 21 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado deambulação, à entrada e à alta.....	133
Gráfico 22 – Comparação entre os níveis de dependência nos autocuidados, à entrada e à alta.....	137
Gráfico 23 – Comparação linear da pontuação total do IB à entrada e à alta.....	139
Gráfico 24 – Dispersão da idade pela diferença entre o IB na alta e na entrada, conforme o género.....	143

ÍNDICE DE ANEXOS

	p.
Anexo 1 – Instrumento de colheita de dados (T1).....	III
Anexo 2 – Índice de Barthel.....	V
Anexo 3 – Pontuação do Índice de Barthel por níveis de dependência.....	IX
Anexo 4 – Programa de reabilitação: treino dos autocuidados.....	XI

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

% - Por cento/Percentagem

(-) - Diminuição

(+) - Aumento

(=) - Manutenção

A - Alta

ACMD - Artéria Cerebral Média Direita

ACMD - Artéria Cerebral Média Esquerda

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVCs - Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD - Actividade de Vida Diária

AVDs - Actividades de Vida Diária

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

D. - Dependência

DGS - Direcção Geral de Saúde

DR - Diário da República

E - Entrada

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

HTA - Hipertensão Arterial

IB - Índice de Barthel

N.º - Número

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - Página

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - Statical Program for Social Science

T1 - Primeiro momento de avaliação

T2 - Segundo e último momento de avaliação

V - Variação

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral representa uma das principais causas de mortalidade e morbidade em Portugal e no mundo, constituindo um problema de saúde pública. Uma avaliação imediata e um tratamento precoce dos doentes vítimas de Acidente Vascular Cerebral são impreteríveis para uma diminuição deste flagelo. A reabilitação, como forma de tratamento, deve ser instituída o mais precocemente possível, para que as situações de incapacidade se minimizem. Neste contexto, os enfermeiros de reabilitação devem implementar programas de reabilitação que influenciem positivamente o nível de (in)dependência nos autocuidados, capacitando os doentes para níveis máximos de independência.

O estudo foi desenvolvido numa unidade de cuidados continuados de convalescença, cujo objectivo geral era identificar a evolução do nível de (in)dependência nos autocuidados, da pessoa com Acidente Vascular Cerebral, desde a entrada até à alta, após a implementação de um programa de reabilitação relativo ao treino do autocuidado, utilizando o Índice de Barthel.

Verificámos que, das 16 pessoas admitidas na unidade vítimas de Acidente Vascular Cerebral, a média de idades foi de 78.88 anos com um mínimo de 65 e um máximo de 91 anos, sendo 50% do género masculino e igual percentagem do género feminino. Os maiores ganhos no nível de independência foram verificados nos autocuidados alimentação, higiene pessoal, uso de sanitário e deambulação e os menores ganhos nos autocuidados banho e subir/descer escadas. Constatámos, também, uma diminuição dos níveis de maior dependência em todos os autocuidados (dependência total, severa e moderada) e um aumento dos níveis de dependência leve e independência.

PALAVRAS-CHAVE: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL, AUTOCUIDADO, REABILITAÇÃO, INDEPENDÊNCIA, CUIDADOS CONTINUADOS.

ABSTRACT

Cerebral vascular accident, also known as stroke, is one of the leading causes of mortality and morbidity both in Portugal and worldwide and, for this reason, is a major topic in public health.

On this matter, early clinical evaluation and treatment are mandatory for an effective management of this problem. Rehabilitation as a pivotal part of the treatment should be initiated as soon as possible as a strategy to minimize eventual incapacities. In this matter, rehabilitation nurses should implement rehabilitation programs that will positively influence the degree of (in)dependence in self-care, thus capacitating the patients towards their independence.

The work presented herein was conducted in a continuing care unit of convalescence and aims to identify the evolution in the level of (in)dependence of stroke patients in self-care following the implementation of a rehabilitation program. This follow-up took place in the period between admission and discharge, by applying the Barthel Index.

We found that, of the 16 people admitted to the unit, the mean age was 78.88 years, the youngest was 65 years and the oldest 91 years, with 50% of males and females in equal proportion

Major gains in independence were found in the case of nutrition, personal hygiene, uses of toilet and walking. Differently, lower gains were observed in the case of bath and the use of stairs. In a general way, all levels of greater dependence were lowered (total dependence, moderate and severe) and increased the lightweight dependence and the independence.

Keywords: STROKE, SELF-CARE, REHABILITATION, INDEPENDENCE, CONTINUING CARE

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação foi-nos proposta e dada a oportunidade de elaboração do presente relatório de Mestrado.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de mortalidade e morbidade em Portugal e a terceira causa nos países industrializados. A incidência do AVC aumenta com a idade e a população portuguesa está a atingir uma faixa etária muito elevada, logo é fundamental estudar os fenómenos que envolvem esta patologia para diminuir a sua incidência e evitar ou diminuir as sequelas resultantes. Para tal é imprescindível a implementação de programas de reabilitação personalizados, no sentido de maximizar as capacidades dos doentes.

Para além deste facto, o AVC constitui a primeira causa de incapacidade funcional no mundo ocidental, com perda de independência e, muitas vezes de autonomia, predizendo a necessidade de alguém que assista a pessoa no desempenho do seu autocuidado. Por este facto, a abordagem a estes doentes justifica uma actuação planeada e organizada que ultrapasse a preocupação em prolongar a vida, ou seja, promovendo a saúde, prolongando a vida activa, diminuindo a morbidade para o fim da vida e melhorando a qualidade de vida, através da reeducação das Actividades de Vida Diária (AVDs) relacionadas com o autocuidado (Branco e Santos, 2010).

Estas foram algumas das razões para a escolha da temática em estudo. Pela importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) para a reinserção familiar e profissional, para a auto-estima da pessoa, para a reintegração social, com vista à potenciação máxima das capacidades da pessoa e à minimização das sequelas resultantes da situação de saúde/doença, entendemos pertinente estudar os contributos do treino do autocuidado no nível de (in)dependência da pessoa com AVC.

Acresce o facto de ser uma área do nosso interesse, uma vez que cuidamos no nosso dia-a-dia de pessoas com AVC e pretendemos demonstrar que

beneficiarão de um programa de reabilitação adequado e personalizado a cada pessoa, ao nível do treino do autocuidado no sentido de se verificarem ganhos positivos no nível de dependência do doente, e conseqüentemente, na sua independência.

Pelo exposto surge-nos a seguinte questão: Quais os contributos de um programa de enfermagem de reabilitação relativo ao treino do autocuidado no nível de (in)dependência da pessoa com AVC, numa unidade de convalescença?

A presente pesquisa visa, assim, identificar os contributos de um programa de reabilitação para a independência dos doentes ao nível dos autocuidados, numa unidade de cuidados continuados de convalescença. Estas são unidades de cuidados continuados de internamento compreendidas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e são direccionadas para a “reabilitação integral da pessoa com perda transitória da autonomia potencialmente recuperável” (Decreto-Lei n.º 101/2006 do Diário da República [DR] - I Série - A, n.º 109 de 6 de Junho de 2006, artigo 13.º, p. 3860).

Neste sentido, o enfermeiro de reabilitação é a pessoa mais indicada para instituir programas capazes de influenciar a reabilitação da pessoa com AVC, uma vez que na complementaridade da sua licenciatura com a sua especialidade, atinge um nível de conhecimento que o torna qualificado para, segundo Hoeman (2000), ensinar, instruir, treinar, assistir, orientar e incentivar o doente para o autocuidado, tornando-o o independente.

De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2003), a evolução natural dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) pode ser influenciada por diversos factores, nomeadamente, pelo programa de reabilitação. Este facto também justifica a pertinência do estudo que pretendo desenvolver, no sentido de perceber se o treino do autocuidado contribui para a independência dos doentes com AVC.

Deste modo, constituem objectivos deste trabalho:

- Servir como instrumento avaliativo do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação;

- Conhecer e aplicar as diferentes fases da investigação científica;
- Estabelecer os limites do objecto do estudo;
- Precisar a maneira de realizar cada uma das etapas do processo de investigação;
- Actualizar e adquirir conhecimentos sobre o estado da arte relativamente à temática em análise;
- Dar resposta aos objectivos e às questões orientadoras do estudo propriamente dito.

Para a elaboração deste trabalho efectuamos uma pesquisa bibliográfica de livros de Investigação e livros alusivos ao tema. Foi complementada com pesquisa informática na Internet, através de artigos existentes em bases de dados científicas acedidas através da b-on.

A metodologia utilizada na sua elaboração foi a revisão bibliográfica e a pesquisa de investigação, tendo sido utilizadas maioritariamente fontes primárias e secundárias.

Quanto á estrutura, o mesmo encontra-se dividido em três partes. A primeira reporta-se ao enquadramento conceptual do tema em estudo, nomeadamente no que se refere à epidemiologia, etiologia/tipologia, fisiopatologia, manifestações clínicas, factores de risco, prevenção e tratamento do AVC e à avaliação neurológica. Contextualizamos a importância do EEER a exercer funções numa unidade de cuidados continuados de convalescença da RNCCI, bem como, o autocuidado como conceito central da enfermagem. Contempla, ainda, a independência e a importância da utilização de instrumentos que a avaliem, como o Índice de Barthel (IB).

Na segunda parte descrevemos as opções metodológicas e na última parte consideramos a investigação empírica, com a apresentação, análise e discussão dos resultados. Terminamos o trabalho com as considerações finais e as referências bibliográficas consultadas para a sua elaboração.

PARTE I – DA PESSOA COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL AO TREINO DO AUTOUIDADO NA
PROMOÇÃO DA INDEPENDÊNCIA, NUMA UNIDADE
DE CUIDADOS CONTINUADOS DE
CONVALESCENÇA

Toda a investigação carece de um enquadramento teórico do tema em estudo, pois só assim é possível estabelecer uma ligação entre o conhecimento já existente acerca do objecto em estudo e a nova investigação (Polit e Hungler, 1995).

Tendo em conta que este estudo procura conhecer os contributos do programa de reabilitação relativo ao treino do autocuidado, na independência da pessoa com AVC, vão ser aprofundados vários conceitos relacionados com a temática subjacente a esta parte do trabalho, tais como, a epidemiologia, a etiologia/tipologia, a fisiopatologia, as manifestações clínicas/alterações resultantes da lesão, os factores de risco, a prevenção, o tratamento e a avaliação neurológica dos doentes vítimas de AVC.

Será, igualmente, abordado o enquadramento das unidades de convalescença na RNCCI, emergindo o papel do enfermeiro de reabilitação na generalidade e neste tipo de unidades em particular, no que se refere à promoção da independência da pessoa com AVC, mais especificamente ao nível do treino do autocuidado.

Esta abordagem servirá, assim, de base ao desenvolvimento de todo o estudo.

1. Acidente Vascular Cerebral

O AVC faz parte das doenças cerebro-vasculares e afecta milhões de pessoas em todo o mundo.

“A expressão AVC refere-se a um complexo de sintomas de deficiência neurológica, durante pelo menos 24 horas, resultantes de lesões cerebrais provocadas por alterações da irrigação sanguínea. O AVC é a manifestação de uma doença vascular cerebral. Os seus efeitos são variados e dependem da extensão e localização do tecido nervoso” (Martins, 2002, p.27).

Para Kochar et al (2005, p. 649), “o AVC é um deficit ou sintoma neurológico súbito atribuível a doença vascular do sistema nervoso central, abrangendo muitas entidades diversas, como isquemia cerebral transitória, enfarte cerebral, hemorragia cerebral, hemorragia subaracnóideia e doença vascular da medula espinal”.

Várias são as definições de AVC, segundo Salgueiro (2008), o AVC é o resultado de uma alteração neurológica, causada pela obstrução do lúmen de um vaso ou ruptura da sua parede, podendo ser hemorrágico ou isquémico.

1.1. Epidemiologia

“A seguir à doença cardiovascular e ao cancro, o AVC é a terceira causa mais frequente de morte nos países industrializados. Na Europa as taxas de mortalidade anual variam entre 63,5 e 73,4/100.000. O AVC é a primeira causa de morbidade e incapacidade prolongada na Europa, assim como noutros países industrializados. A incidência do AVC varia nos diferentes países europeus, estimando-se entre 100 e 200 novos casos/100.000 habitantes/ano, o que implica uma enorme sobrecarga económica” (*European Stroke Initiative*, 2003, p. 2).

Segundo Salgueiro (2008), citando Nunes et al (2000), o AVC pode afectar cerca de 5% da população com mais de 65 anos. Existe ainda um risco

aumentado de AVC com o avanço da idade, não sendo exclusivo do idoso (Matos e Azeredo, 2003).

Como descrito nas Recomendações para o desenvolvimento das Unidades de AVC, da Direcção Geral de Saúde ([DGS], 2001), alguns autores defendem que a incidência do AVC é, habitualmente, de 1 a 2 por 1 000 habitantes por ano, considerando que o maior factor de risco é o aumento da idade. Acrescentam que 85% dos doentes tem mais de 65 anos, que acima dos 85 anos a incidência é de 20 % por ano e que é raro aparecer um AVC antes dos 55 anos.

“O AVC é a causa mais importante de morbilidade e incapacidade a longo prazo na Europa. As alterações demográficas irão resultar num aumento da sua incidência e prevalência. É também a segunda causa mais comum de demência, a causa mais frequente de epilepsia no idoso e uma causa frequente de depressão” (Rothwell et al, 2005 e O'Brien et al, 2003 citados nas Recomendações da *European Stroke Organization Executive Committee and the European Stroke Organization Writing Committee*, 2008).

Segundo Monteiro e Martins (2006, p.169), baseados em factos da DGS, “em Portugal o AVC é a principal causa de morte (200 doentes por cada 100.000 habitantes), constitui a primeira causa de invalidez e consome 5% do orçamento de saúde (...) podendo, por isso, ser considerado como o “inimigo” número um dos portugueses”.

De acordo com os dados no Instituto Nacional de Estatística e do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009), referente ao Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, 171638 pessoas residentes em Portugal tinham ou já tiveram AVC. 89293 referem-se a pessoas do género masculino, sendo que na faixa etária dos 75-84 anos atingiu 26656 pessoas e em idades superiores a 85 anos afectou 2866 pessoas. 82345 mulheres tiveram AVC, sendo que na faixa etária dos 75-84 anos afectou 20543 mulheres e em idades superiores a 85 anos afectou 12920 mulheres. Estes dados permitem-nos verificar que as mulheres têm AVCs em idades mais avançadas do que os homens.

A prevalência do AVC isquémico é superior à do hemorrágico, 75% e 25% respectivamente (*European Stroke Initiative*, 2003). No entanto, os AVCs hemorrágicos em Portugal constituem uma percentagem invulgarmente elevada e afectam a população mais jovem (Salgueiro 2008, citando Parente et al, 2002).

Os dois vasos mais frequentemente afectados são a artéria cerebral média e a artéria carótida interna (Phipps, Sands e Merek, 2003). Quando o AVC não leva à morte, leva a um elevado grau de dependência, acarretando consequências socioeconómicas profundas para a pessoa, família e sociedade, logo é necessário intervir junto do doente e familiares no sentido de minimizar as sequelas.

1.2. Etiologia/Tipologia e Fisiopatologia

Cerca de 85% dos AVCs são isquémicos, podendo estes subdividir-se em acidentes resultantes de doença arterosclerótica (20%), cardiogénica ou embólica (20%), idiopática (30%) e outras causas (15%). Os restantes 15% são subsequentes de hemorragia cerebral (Phipps, Sands e Marek, 2003).

O AVC hemorrágico resulta da perda de sangue no tecido cerebral, consequente de uma rotura vascular localizada e pode ter origem em hemorragias cerebrais, parenquimatosas e subaracnóideas (Cambier et al, 1980, citados por Martins, 2002).

A fisiopatologia associada ao AVC hemorrágico está relacionada com uma subida súbita da pressão intra-craniana e isquemia, seguidas de edema cerebral. O sangue resultante da hemorragia intracerebral forma um hematoma (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Ferro e Pimentel (2006) acrescentam que na hemorragia subaracnóidea, devido à ruptura de um aneurisma intracraniano, o sangue fica localizado no espaço subaracnoideu. Nas hemorragias intracerebrais, causadas pela ruptura de arteríolas ou malformações artério-venosas, o sangue acumula-se dentro do

parênquima cerebral, no interior dos hemisférios (cápsula interna e tálamo), nos lobos cerebrais ou na fossa posterior (cerebelo e protuberância).

Os acidentes vasculares de natureza isquémica, ou seja, quando há uma obstrução de uma artéria em que existe uma interrupção do fluxo sanguíneo e por sua vez de oxigênio e outros elementos essenciais à manutenção, podem ser de natureza trombótica ou embólica.

Considera-se que o AVC é trombótico quando o processo de bloqueio pela formação de um coágulo numa artéria cerebral é gradual, assim como o processo patológico responsável pela oclusão do vaso se desenvolve no próprio local. A trombose deve-se por um lado ao endurecimento e espessamento das artérias, provocando uma resistência à passagem do sangue, e por outro lado à acumulação de placas de ateroma na parede das artérias que originam a formação de trombos, que podem obstruir parcial ou totalmente a passagem do sangue (Martins, 2002, citando Caldas, 1990).

Normalmente o AVC provocado por um trombo ocorre durante o sono ou em repouso e os sintomas podem surgir subitamente ou evoluir durante algumas horas, ocorrendo o pico dos sintomas no espaço de 72 horas (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Quando o trombo se solta e se desloca para o outro local estamos perante um AVC embólico. Este traduz um bloqueio súbito de uma artéria devido a uma obstrução causada por um corpo estranho em circulação (Martins, 2002, citando Caldas, 1990).

Mandic e Rancic (2011), num estudo desenvolvido com o objectivo de avaliar a recuperação da função motora em pessoas após AVC, envolvendo 30 doentes internados numa clínica de medicina física e de reabilitação da Sérvia, concluíram que a isquemia foi a principal causa do AVC (92%).

O AVC hemorrágico e o embólico têm geralmente um desenvolvimento súbito, evoluem rapidamente em minutos ou horas e raramente há um sinal de aviso (Phipps, Sands e Marek, 2003).

Deste modo, as causas imediatas de um AVC agudo são a trombose, a hemorragia, a embolia e a isquemia cerebral transitória, no entanto, pode-se limitar a natureza etiológica do AVC à hemorragia e isquemia, ou seja, AVCs trombóticos ou embólicos (Martins, 2002).

As classificações tipológicas do AVC não são uniformes, como referem Menoita, Sousa, Alvo e Vieira (2012), no entanto, as mais comumente utilizadas baseiam-se no critério etiológico como apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Tipologia etiológica dos AVCs

Tipos de AVCs	Subtipos de AVC
<u>Isquémico</u>	Trombótico
	Embólico
	Lacunar
<u>Hemorrágico</u>	Intracerebral
	Parenquimatoso
	Subaracnóideo

Fonte: Nobre, M. (2004) citado por Menoita et al (2012)

Para além da classificação segundo um critério etiológico, os AVCs podem ser classificados segundo uma dimensão territorial, o território carotídeo e o território vertebro-basilar (Martins, 2002 e Menoita et al, 2012).

Relativamente ao território carotídeo encontramos o síndrome de oclusão da carótida interna e da artéria cerebral média e anterior. No síndrome de oclusão da carótida interna pode não haver sintomas, quando há eficácia dos mecanismos anastomóticos, ou podem haver sinais que resultam da isquemia do hemisfério cerebral, quando falham as anastomoses. O síndrome da artéria cerebral anterior é geralmente originado devido a isquemia, causando défices motores e sensitivos nos membros inferiores e alterações comportamentais. A

lesão nos territórios da artéria cerebral posterior resulta essencialmente em alterações visuais e perturbações da memória.

Os síndromes do território vértebro-basilar são frequentemente isquemias transitórias que podem causar perturbações visuais, sintomas motores ou sensitivos, amnésias lacunares, episódios de queda súbita acompanhados de sensação de lipotimia, vertigens, isquemia do membro superior, entre outros. A trombose da artéria basilar é uma das causas vasculares do coma, tem início abrupto e é normalmente precedida de um acidente isquémico transitório de repetição nos dias antecedentes ao AVC definitivo.

1.3. Manifestações Clínicas/Alterações resultantes da lesão

Uma das principais características do AVC é o desenvolvimento súbito e dramático de um défice neurológico. Os sinais e sintomas resultantes da lesão dependem do território cerebral atingido, por exemplo, se for atingido o sistema carotídeo há diminuição ou ausência da força unilateral, hipostesias e parestesias contralaterais, afasia e/ou disartria; se for lesionado o sistema vertebro-basilar ocorre diminuição ou ausência da força bilateral, hipostesias e parestesias bilaterais, desequilíbrio, disartria, hemianopsia homónima contralateral e diplopia (Antunes e Ferro, 1986 citados por Martins, 2002). No Quadro 2 pode-se constatar as manifestações resultantes da lesão em determinado território vascular.

Quadro 2 – Territórios vasculares e respectivas manifestações clínicas

Território afectado pela lesão	Manifestações clínicas
Território da carótida interna	Hemiplegia ou hemiparesia contralateral, afasia, hemianestesia, hemianopsia homónima contralateral
Território vertebrobasilar	Sinais de lesão dos nervos cranianos, alterações sensitivas, hemiplegia, ptose palpebral e miose, síndrome vertiginoso com alterações das relações espaciais, nistagmo, perturbações do controlo motor, coma, diplopia, ataxia, disartria, disfagia, amnésia global transitória, episódios de queda súbita, parestesia facial.
Artéria cerebral anterior	Confusão, hemianopsia contralateral, perda da sensibilidade na perna e no pé, incontinência urinária, défices na marcha, transtornos do sistema límbico (labilidade emocional, distímia e disfonia), síndrome frontal, parésia do membro inferior contralateral.
Artéria cerebral média	Hemiparesia ou hemiplegia contralateral, afasia com discurso fluente, hemianopsia homónima, diminuição da acuidade auditiva, perturbações da leitura e da escrita, negligência unilateral.
Artéria cerebral posterior	Hemianopsia homónima contralateral, hemianestesia contralateral, perturbações da leitura, alucinações visuais, perturbações transitórias da memória e perda do sentido cromático.
Tronco cerebral	Paralisia homolateral dos nervos cranianos ou paralisias alternas
Pé do pedúnculo	Hemiplegia contralateral, paralisia ocular homolateral
Protuberância	Hemiplegia contralateral, paralisia total facial homolateral
Bulbo raquidiano	Vertigem e desequilíbrio, disfagia, disartria, diplopia transitória, anestesia da hemiface, hemihipostesia contralateral

Fonte: Baseado e adaptado de Martins (2002), Phipps, Sands e Marek (2003) e Menoita et al (2012).

Deste modo, pode-se concluir que as alterações consequentes do AVC não estão directamente relacionadas com o tipo de AVC mas com o território cerebral atingido. O local onde o AVC se dá é determinante na manifestação que pode ocorrer no doente (Martins, 2002).

Segundo a OMS (2003), cada hemisfério cerebral controla e supervisiona a actividade do lado oposto do corpo, as alterações resultantes de um dos lados do hemisfério cerebral vai trazer alterações manifestadas no lado oposto do corpo, tal como um AVC que seja localizado no hemisfério direito, vai trazer manifestações no lado esquerdo do corpo e vice-versa.

Como refere Nobre (2004) citado por Menoita et al (2012), o AVC isquémico não se distribui espacialmente pelo encéfalo ao acaso, mas sim por territórios vasculares arteriais, sendo que a oclusão de diferentes artérias cerebrais origina quadro clínicos distintos como vimos no Quadro 2.

O AVC hemorrágico, por outro lado, distribui-se nos locais de maior fragilidade vascular e tem também uma distribuição anatómica particular, originando quadros clínicos mais frequentes, como apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Principais manifestações clínicas dos AVCs hemorrágicos

Hemorragia subaracnoideia	Hemorragia intracerebral
<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleia súbita, muito intensa, generalizada, desencadeada por um esforço; • Náuseas e vômitos; • Alterações da vigília; • Sinais de irritação meníngea (rigidez na nuca, sinal de Kerning). 	<p><u>Hemisférica profunda</u>: hemiparésia contralateral, de predomínio braquiofacial, afasia global (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparésia, náuseas e vômitos, deterioração progressiva da vigibilidade;</p> <p><u>Hemisférica lobar</u>: variável consoante o hemisfério e lobo afectado, hemianopsia, neglect, défices visuo-espaciais, cefaleias;</p> <p><u>Cerebello</u>: náuseas e vômitos, cefaleias, impossibilidade de andar, desequilíbrio, vertigem;</p> <p><u>Protuberância</u>: tetraparésia, pupilas mióticas, coma.</p>

Fonte: Ferro e Pimentel (2006)

Neste contexto, podem ocorrer diversas lesões geradas pelo AVC, nomeadamente (Phipps, Sands e Marek, 2003):

a) Motoras: hemiparesia ou hemiplegia contralateral; flacidez (hipotonia) que pode evoluir para espasticidade (hipertonia); disfagia e disartria.

b) Intestino e Bexiga: polaquiúria, urgência e incontinência urinárias; e obstipação, normalmente é o resultado da imobilidade resultante do AVC e não aos efeitos físicos do AVC.

c) Linguagem: afasia não-fluente / de expressão; afasia fluente / sensitiva; alexia; agrafia.

d) Percepto-Sensoriais: resposta diminuída à sensibilidade superficial; propriocepção diminuída; défices visuais (acuidade diminuída, diplopia, hemianopsia); síndrome de negligência unilateral; anosognosia; agnosia visual, auditiva e táctil; apraxia.

e) Cognitivo-emocionais: labilidade e imprevisibilidade emocionais; depressão; Segundo Menoita et al (2012), citando Fontes (1998), as alterações motoras estão presentes em cerca de 70 a 80% das pessoas com AVC isquémico, associadas a baixos níveis de recuperação.

Da análise da literatura referente às alterações resultantes do AVC, constatamos que, para além de causar alterações físicas, também pode causar problemas nas funções cognitivas: memória, aprendizagem e compreensão. A cognição descreve os processos mentais envolvidos na comunicação, memória, conhecer, aprender, compreender, no juízo e nas atitudes. A percepção é o processo de dar sentido ao que se vê (percepção visual), ouve (percepção auditiva) ou toca (percepção táctil). Qualquer uma destas pode estar alterada num doente com AVC, sendo as mais frequentes a apraxia, negligência do hemicorpo esquerdo, hemianopsia, agnosia auditiva, anosognosia.

A pessoa com AVC apresenta diversas manifestações clínicas, contudo existem alterações resultantes da lesão que merecem especial atenção do EEER. Menoita et al (2012) subdividem as funções alteradas na pessoa com AVC em:

- Alterações da mobilidade: alteração da força muscular (paresia e plegia), alteração do tonus muscular (hipotonia e hipertonia), perda do mecanismo de controlo postural, alteração da função sensorial (hipostesia);
- Alteração da motricidade facial: paresia facial central e paresia facial periférica;
- Alteração da linguagem: disartria e anartria;
- Alteração das funções cognitivas: alteração da memória (amnésia imediata, anterógrada, retrógrada, lacunar ou remota), alteração das capacidades práxicas (apraxia dos membros, bucofacial, construtiva, do vestir, da marcha), negligencia hemiespacial unilateral, Alteração da linguagem (afasia motora, afasia sensória, de condução ou global), alteração da capacidade de cálculo (acalculia);
- Alteração na deglutição: disfagia;
- Alteração do padrão de eliminação intestinal e vesical;
- Alteração da integridade cutânea: úlceras de pressão e lesões por humidade;
- Alteração da sexualidade;
- Alteração emocional e social.

As consequências do AVC dependem da área do cérebro afectada, mas as mais frequentes são a hemiplegia, hemiparesia, disfagia, afasia, alterações visuais, agnosia, disartria, cinestesia e incontinência (Melo, 2010).

Os estudos feitos no âmbito do *McGill Stroke Rehabilitation Research Program*, demonstraram que 85% das pessoas com AVC, no primeiro mês, tinham limitações na velocidade da marcha e 68% evidenciavam movimentos físicos lentos (Mayo et al, 1999).

Martins (2002), no seu estudo assente na análise das possíveis variáveis relacionadas com a aceitação/rejeição da alta clínica por parte do doente com AVC e dos seus familiares, verificou que os sintomas mais frequentes nas pessoas vítimas de AVC foram a parésia esquerda (25.15%) e as parésias e disartria (20.47%) e com valores percentuais mais baixos a paresia direita (12.87%) e a plegia direita (11.7%), associando estes resultados à maior percentagem de AVCs trombóticos na sua amostra.

Mandic e Rancic (2011), num estudo desenvolvido com o objectivo de avaliar a recuperação da função motora em pessoas após AVC, envolvendo 30 doentes internados numa clínica de medicina física e de reabilitação da Sérvia, concluíram que no fim do estudo, 57% dos doentes eram independentes na mobilidade e que os doentes com hemiparesia esquerda recuperaram mais a mobilidade do que os com hemiparesia direita que ainda necessitavam de assistência de terceiros.

No estudo desenvolvido por Marinkovic e Badlani (2001), a prevalência da incontinência urinária após AVC na população varia entre 32% e 79% (citados por Menoita et al, 2012).

1.4. Factores de Risco e Prevenção

Os factores de risco relacionam-se com características que estão presentes em alguns indivíduos de uma população e que aumentam a probabilidade da pessoa ser afectada por uma doença (Ferro e Verdelho, 2000). Estes podem ser modificáveis ou não modificáveis. Os factores de risco não modificáveis são a idade, o género ou a etnia; os modificáveis são a hipertensão, o alcoolismo, o tabagismo, diabetes, doença coronária, hiperlipidemia, obesidade, sedentarismo, entre outros. O que verificamos na nossa prática profissional é, normalmente, a existência de mais do que um factor de risco nos doentes com AVC, ou seja, diversos factores de risco cardiovasculares.

A idade constitui assim um factor predisponente para o aparecimento de AVC. Quanto ao género, o AVC tem maior incidência no género masculino até aos cinquenta anos, mas a mortalidade é maior no género feminino, pelo facto do AVC ocorrer em idades mais avançadas em mulheres do que nos homens (Lépori, 2006).

Nas pessoas de raça negra, a frequência de AVC é maior (Salgueiro, 2008). Os afro-americanos são duas vezes mais propensos a AVCs isquémicos e três vezes mais aos AVCs hemorrágicos do que as pessoas de raça branca (Phipps, Sands, Marek, 2003).

A hipertensão arterial (HTA) afecta mil milhões de indivíduos em todo o mundo, quanto mais elevada a pressão arterial maior a probabilidade de ocorrência de doença cerebrovascular. O risco de ocorrência destas doenças é quatro vezes maior em indivíduos hipertensos (Lépori, 2006). Já Antunes e Ferro (1986) citados por Martins (2002) referem que a hipertensão arterial aumenta em pelo menos seis vezes o risco de todos os tipos de AVC.

Branco e Santos (2010), acrescentam que a HTA atinge aproximadamente mil milhões de pessoas em todo o mundo e que a prevalência irá aumentar se não forem tomadas medidas de prevenção. Diversos autores referem que a HTA é o principal factor de risco modificável. Segundo Salgueiro (2008, p. 54), citando Nunes et al (2000), “estão documentados antecedentes de HTA em 25 a 40% dos doentes que sofreram AVC”.

A hiperlipidemia é causada pela acumulação de cristais de colesterol nas paredes dos vasos e consequentes placas de ateroma. Os níveis elevados de colesterol são factores de risco para o acidente isquémico, principalmente devido à sua associação com a aterosclerose (Lépori, 2006). Este é o factor de risco que menos contribui para a doença cerebrovascular (Menoita et al, 2012).

A diabetes assume-se como um importante factor de risco, acelerando o processo aterosclerótico nas artérias, levando ao aparecimento de doença cerebrovascular pela interação com outros factores de risco. Adams e Victor (1996) referem que os doentes diabéticos são duas vezes mais susceptíveis ao AVC (citados por Salgueiro, 2008).

O tabagismo constitui um dos principais factores de risco modificáveis independentes para a doença cerebrovascular, sendo a incidência dos AVCs o dobro em fumadores, pelo facto dos cigarros acelerarem a aterosclerose (Lépori, 2006). Segundo Ferreira et al (2006) citados por Menoita et al (2012), o tabagismo aumenta o risco de AVC duas a quatro vezes.

O alcoolismo pode precipitar um AVC embólico (na presença de fibrilhação auricular paroxística), trombótico (se desidratação e aumento de hematócrito) ou hemorrágico (perturbação da fibrinólise) (Ferro e Verdelho, 2000). Verificamos no nosso exercício profissional que uma grande parte dos doentes

adultos jovens com AVC tem como factor de risco o alcoolismo crónico e o tabagismo.

Os factores cardíacos, como a insuficiência cardíaca congestiva ou a fibrilhação auricular, aumentam cinco vezes o risco de AVC embólico (Ferro e Verdelho, 2000).

O excesso de peso é o sexto factor de risco que contribui para o aparecimento de doenças em geral no mundo, sendo uma das principais consequências o maior risco de doença cerebrovascular. A inactividade física é um hábito intimamente relacionado com o aparecimento de AVC (Lépori, 2006).

Há autores que referem a hereditariedade como um factor predisponente para a existência de AVC. Outros acrescentam ainda que os AVCs têm uma ocorrência maior nos períodos de temperaturas extremas. Relativamente à utilização de contraceptivos orais, os estudos ainda não são consensuais, constatando-se que associado a outros factores aumenta o risco de AVC.

Nobre (2004) defende que um acidente isquémico transitório é um factor de risco importante, atendo a que 22 a 51% das pessoas vêm a sofrer um AVC no prazo de 5 anos quando não tratadas (Menoita et al, 2012).

Constatamos, assim, que quanto maior o número de factores de risco identificados na pessoa, maior será a probabilidade de ocorrência de AVC. Marques (2007), citado por Menoita et al (2012), salienta que a eficácia das medidas de intervenção sobre os factores de risco é um aspecto fulcral na redução da mortalidade cerebrovascular.

De facto, é imprescindível a identificação dos factores de risco, pois, como verificamos, existem diversos factores de risco que podem ser modificáveis e que são passíveis da nossa intervenção enquanto enfermeiros, competindo-nos a sua prevenção.

Uma vez conhecidos os factores de risco para o aparecimento de AVC é indispensável controlá-los no sentido de reduzir a mortalidade ou morbidade e a sua incidência. A prevenção pode ser primária ou secundária.

A prevenção primária relaciona-se com a mudança de estilos de vida no sentido de diminuir a incidência de AVC em indivíduos sem antecedentes conhecidos de doença cerebrovascular (assintomáticos), podendo haver dois tipos de estratégias, a populacional e a individual (Ferro e Verdelho, 2000).

Relativamente à populacional, são exemplos desta prevenção, as campanhas sobre alimentação saudável, malefícios do tabaco e do álcool, benefícios do exercício físico e do controlo da tensão arterial. A prevenção individual diz respeito à prevenção directa em pessoas com um ou mais factores de risco, sendo exemplos desta, a detecção e tratamento da HTA, o controlo dos níveis de diabetes e colesterol, estratégias de desabitação tabágica e alcoólica, substituição de contraceptivos orais por outros meios, implementação precoce de anticoagulantes orais para pessoas com fibrilhação auricular, entre outros.

A prevenção secundária pretende não só prevenir o AVC, mas também o enfarte do miocárdio e a morte de causa vascular, após um acidente isquémico transitório, ou a seguir a um primeiro AVC (Menoita et al, 2012). Esta, por sua vez, compreende a modificação dos factores de risco através de um correcto diagnóstico dos mesmos e implementação de intervenções gerais e farmacológicas.

As medidas gerais relacionam-se com a prevenção directa: controlo da HTA, redução do colesterol, abstenção de fumar, redução do consumo de álcool, adopção de estilos de vida saudáveis. Das intervenções farmacológicas fazem parte a medicação antitrombótica (anticoagulação oral ou antiplaquetária), estatina e anti-hipertensor (Salgueiro, 2008).

Segundo Lépori (2006), o tratamento anti-hipertensor reduz 35 a 40% a incidência de AVCs; a actividade física promove a redução da tensão arterial, dos triglicérides e da adesão plaquetária e ajuda a controlar o peso corporal; dieta saudável e a utilização de estatinas em doentes com hipercolesterolemia associa-se à redução da frequência de AVCs.

1.5. Tratamento

O tratamento do AVC relaciona-se com o tipo de AVC e com a fase de desenvolvimento em que se encontra. No entanto, é possível definir um conjunto de medidas globais comuns aos vários tipos de AVC.

Segundo Menoita et al (2012), citando Cambier et al (2005), na fase aguda do AVC há uma zona central designada penumbra isquémica que corresponde ao alvo de tratamentos que visa assegurar a revascularização e a neuroprotecção. Assim, o objectivo do tratamento na fase aguda é limitar ao máximo a evolução da zona da penumbra isquémica e prevenir recidivas precoces, sendo fundamental o controlo de parâmetros fisiológicos, a reperfusão e terapêutica antitrombótica. No AVC hemorrágico pondera-se a intervenção cirúrgica.

Durante a fase aguda são utilizadas medidas farmacológicas e não farmacológicas. As medidas farmacológicas passam pela utilização de antiagregantes plaquetários (prevenção secundária de acidentes tromboembólicos cerebrais) e de anticoagulantes (utilizados nos AVCs embólicos de origem cardíaca e nos AVCs em evolução, sendo contra-indicados nos AVCs hemorrágicos).

O tratamento cirúrgico tem indicações muito precisas, nos aneurismas intracranianos tem por objectivo prevenir a ruptura aneurismática e tratar as consequências, nas malformações arteriovenosas cerebrais e nos hematomas intracerebrais (Martins, 2002).

A intervenção cirúrgica está indicada nos hematomas do cerebelo, nos lobares volumosos e nos que causam hidrocefalia sintomática (Menoita et al, 2012).

Os cuidados de enfermagem para manutenção da vida passam por: monitorização e controlo de sinais vitais, vigilância e controlo da glicemia capilar, balanço hidroelectrolítico, manutenção das vias aéreas, monitorização da diurese e controlo do estado neurológico.

A tomada de decisão sobre as medidas terapêuticas está em tudo relacionada com o tipo de AVC, sendo necessário a realização de um diagnóstico baseado num exame neurológico minucioso e na execução de exames auxiliares de

diagnóstico (exemplos: tomografia computadorizada, ressonância magnética, angiografia cerebral, punção lombar).

Após a fase aguda e de manutenção da circulação cerebral, os doentes necessitam de cuidados de reabilitação, na sua maioria da competência do EEER.

Segundo Melo (2010), citando diversos autores, em geral, a reabilitação activa inicia-se nas primeiras 48 horas, se não existir progressão dos défices neurológicos e a pessoa se encontrar clinicamente estável. Acrescenta também que num estudo de Hayes e Carrol (1986), comparando dois grupos de doentes, o que iniciou reabilitação precocemente teve alta mais cedo e com maior probabilidade de andar independentemente. Cifu e Stewart (1996), numa revisão da literatura, concluíram que a demora no início ou inexistência de reabilitação correlacionou-se com resultados devastadores em inúmeros estudos.

De acordo com a DGS (2001), a partir do segundo dia após o AVC deve-se iniciar: mobilização suave em padrão anti-espástico, tendo em conta o ombro do lado plégico – prevenção da sub-luxação do ombro e do ombro doloroso; treino funcional; levantar para a cadeira de braços o mais cedo possível (habitualmente até às 72 horas) logo que clinicamente estável (estatisticamente os hemorrágicos estabilizam mais tarde que os isquémicos); treino do equilíbrio sentado; reavaliação da necessidade de algaliação; mobilização activa e deambulação, pelo menos, três vezes por dia; sessão formal de ensino à família antes da alta (individual ou de grupo) e estimulação cognitiva e sensorial.

Como sabemos o exame neurológico é indispensável para o diagnóstico do AVC, devendo iniciar-se a reabilitação o mais precocemente possível. Por este facto, torna-se essencial descrever sucintamente a neuroavaliação que o EEER deve desenvolver junto do doente com AVC, no sentido de identificar as alterações decorrentes da lesão susceptíveis de serem trabalhadas pela equipa multidisciplinar e pelo enfermeiro de reabilitação em particular.

1.6. Avaliação Neurológica

Segundo Menoita et al (2012), partindo da premissa da individualização dos cuidados de enfermagem, torna-se imprescindível a avaliação do estado clínico da pessoa, sendo que uma correcta neuroavaliação pode ser a chave do sucesso da reabilitação.

Antes da implementação de um programa de reabilitação é basilar que o EEER proceda a uma correcta recolha de informação através da aplicação de parâmetros e escalas de avaliação apropriadas, que tornem a intervenção do enfermeiro única e privilegiada.

Numa breve abordagem, e segundos diversos autores como Menoita et al (2012), Branco e Santos (2010), fazem parte da avaliação neurológica a avaliação do estado mental, a avaliação dos pares cranianos, a avaliação da motricidade, da sensibilidade e do equilíbrio e marcha.

❖ Estado mental

Da avaliação do estado mental fazem parte a avaliação do estado de consciência, do estado de orientação, da atenção, da memória, das capacidades praxicas, da linguagem e a negligencia hemiespacial unilateral.

Segundo alguns autores existem duas componentes fundamentais da consciência, o estado de vigília e o conhecimento da consciência. Outros autores atribuem estados de consciência: letargia/sonolência, estado confusional, obnubilação, estupor/torpor e coma. A escala de Glasgow é a mais utilizada para quantificar o estado de consciência.

Os estados de orientação classificam-se em autopsíquica e alopsíquica, que se concluem através da implementação de questões direccionadas para a orientação espacial, temporal e em relação ao doente.

A atenção é uma dimensão da consciência que designa a capacidade para manter o foco numa actividade e divide-se em vigilância, tenacidade e concentração. Se a pessoa apresentar diminuição da atenção nestes aspectos, apresenta hipoprosexia.

A memória divide-se em sensorial, imediata, recente e remota, existindo diversas escalas para a avaliar, como por exemplo, a *Mini-Mental State Examination*.

No âmbito da linguagem pode-se utilizar uma avaliação informal caracterizada pelo discurso espontâneo, compreensão, nomeação, repetição, leitura, linguagem elaborada e escrita, e uma avaliação formal através da implementação de uma bateria de testes. A afasia é a perda parcial ou completa das habilidades da linguagem e pode categorizar-se em afasia motora/de expressão, afasia sensorial/de recepção, afasia de condução e afasia global/total.

As capacidades práxicas incluem os gestos simbólicos, icónicos, transitivos e intransitivos. A apraxia é a perda de capacidade de executar gestos aprendidos, pode ser cinética, ideomotora, ideativa, bucofacial, construtiva, do vestir e da marcha.

A negligência hemiespacial unilateral é a alteração da atenção hemiespacial selectiva ou *neglect* caracterizada por uma incapacidade em atender, explorar, responder ou orientar-se para estímulos presentes no hemiespaço e/ou no hemicorpo contralateral, mais frequentemente pelos estímulos apresentados à sua esquerda na sequência de uma lesão no hemisfério direito. Existem algumas formas de neglect como a anosognósia, hemianomatognósia, astereognósia, estereognósia, prosopagnósia e acromotopsia. Estes défices neurológicos podem ser factores desfavoráveis à recuperação e à independência funcional da pessoa vítima de AVC. Existem diversas provas que põem em evidência a presença de *neglect*, como a prova de barragem e a prova de escrita ou de cópia de desenhos.

❖ Pares cranianos

Os pares cranianos são 12 e estão ligados ao encéfalo, cada um tem funções específicas e conduzem fibras sensitivas e/ou motoras. A avaliação do I par – olfactivo permite-nos avaliar se a pessoa mantém a percepção dos cheiros ou não (anosmia). A avaliação do II par – óptico permite-nos avaliar se a pessoa apresenta diminuição ou não da acuidade visual. Neste contexto, a

hemianópsia homónima direita é causada pela perda da metade direita do campo visual de cada olho quando há uma lesão no hemisfério esquerdo.

O exame do III par – oculomotor, IV – patético e VI – ocular externo, permite-nos avaliar a resposta pupilar ao estímulo luminoso, podendo constatar-se a presença de nistagmo.

A avaliação do V par – trigémeo, permite-nos pesquisar bilateralmente a sensibilidade táctil, térmica e dolorosa nas suas três divisões e testar os movimentos dos músculos mastigadores.

Para avaliar o VII par – facial, o enfermeiro pesquisa se há simetria facial e apagamento do sulco nasogeniano, bem como, a capacidade de reconhecer sabores.

O VIII par – acústico é composto por duas divisões que devem ser avaliadas, nomeadamente, no que se refere à acuidade auditiva e à sensação de equilíbrio, através da aplicação de diversos testes.

A avaliação do IX par – glossofaríngeo permite-nos testar a capacidade da pessoa reconhecer sabores no terço posterior da língua. Para avaliar o X par – vago, pesquisa-se a presença do reflexo de vômito e alterações do tom de voz.

No par XI par – espinhal avalia-se a força muscular do esternocleidomastoideu e do trapézio contra uma resistência. Na avaliação do XII par – grande hipoglosso pretende-se testar os movimentos da língua e se há atrofia, desvio da úvula ou acumulação de saliva.

❖ Motricidade

A avaliação da motricidade engloba a avaliação da força muscular, através da aplicação de escalas (exemplo: Lower, Council, Brain); a avaliação do tônus muscular, através da palpação e da mobilização passiva, aplicando a escala mais utilizada nos doentes com AVC para avaliar a espasticidade (Ashworth); e a avaliação da coordenação de movimentos, aplicando diferentes provas no sentido de verificar se o doente apresenta ou não ataxia (exemplos: prova dedo-nariz, prova dos movimentos alternados, prova calcanhar joelho, entre outros).

❖ Sensibilidade

A sensibilidade deve ser explorada de um modo subjectivo quando é manifestada espontaneamente e explorada por anamnese de modo objectivo. Divide-se em superficial (táctil, térmica e dolorosa) e profunda (barestesia, vibratória e postural). Devem ser avaliadas em todos os segmentos do corpo, iniciando-se do distal para o proximal, bilateralmente e com os olhos fechados.

❖ Equilíbrio e marcha

A avaliação do equilíbrio engloba o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico. Relativamente à ablação da marcha, a pessoa com AVC pode apresentar dificuldade na marcha (disbasia), sendo a alteração mais comum a marcha hemiparética. Deve-se avaliar a marcha do doente quando este tem capacidade para deambular, observando os desvios, as amplitudes dos passos e o movimento associado ao balanço dos membros.

Após avaliar o estado neurológico do doente, o enfermeiro deve implementar intervenções de enfermagem e técnicas de reabilitação que minimizem as sequelas resultantes do AVC e tornem o doente o mais independente possível nos autocuidados e consequentemente nas AVDs.

2. Reabilitar a pessoa com Acidente Vascular Cerebral numa Unidade de Cuidados Continuados

A reabilitação é uma prática que foi reconhecida nos Estados Unidos da América como especialidade de Enfermagem em 1964 e tem sido definida como o diagnóstico e tratamento da resposta humana a problemas de saúde actuais ou potenciais que originam alterações nas habilidades funcionais e no estilo de vida. Constitui um processo dinâmico e produtor projectado para facilitar o nível mais elevado de funcionalidade dos utentes, situados no seu meio, onde a sua capacidade funcional reflecte até que ponto os indivíduos podem adaptar-se em interacção com o meio envolvente (Derstine e Hargrove, 2001).

Várias são as definições de reabilitação e de reabilitar, no entanto, todas as elas têm no cerne da questão, a reabilitação como um processo contínuo, precoce, progressivo, único e individual, ou seja, adequado a cada pessoa e ao contexto onde se insere.

Segundo a OMS (2001) citada pelo *European Stroke Organization executive Committee and the European Stroke Organization Writing Committee* (2008, p. 72) “a reabilitação pretende capacitar os indivíduos com défice, para obterem e manterem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais óptimas”.

Importa neste capítulo enquadrar a RNCCI, nomeadamente, no que se refere às unidades de convalescença, abordar o papel do EEER em geral e neste tipo de unidades em particular e descrever a importância da existência de programas de reabilitação que integrem técnicas subjacentes à promoção da independência da pessoa com AVC.

2.1. Unidades de Cuidados Continuados de Convalescença

A RNCCI foi criada e implementada após a publicação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho do DR, tendo surgido das novas necessidades de

saúde e sociais que exigem respostas diversificadas face ao envelhecimento da população.

Define-se neste Decreto-Lei, cuidados continuados integrados como o “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (DR – I série - A, artigo 3.º, p. 3857).

A RNCCI contempla diversos objectivos, sendo o objectivo geral “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (DR - I série - A, artigo 4.º, p. 3858).

Os cuidados continuados integrados assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção e compreendem “a reabilitação, a readaptação e a reintegração social e a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis” (artigo 5.º, p. 3858)

Nas orientações emitidas pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2007, p.10), pode ler-se que o âmbito de intervenção dos cuidados continuados fundamenta-se no princípio dos 3 R's: “Reabilitar – melhorar a funcionalidade com vista a diminuir a dependência, Readaptar – contribuir para a promoção do autocuidado com vista a assegurar a melhor qualidade de vida possível no quadro de limitações decorrentes da doença e Reintegrar – no meio onde a pessoa vai continuar a viver”.

Como refere Melo (2010), a RNCCI, permite otimizar os cuidados hospitalares e dar continuidade aos cuidados iniciados na fase aguda da doença, dotando as pessoas de conhecimentos e estratégias que lhes permitam fortalecer a sua capacidade de autocuidado.

No artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, lê-se que a prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por unidades de internamento das quais fazem parte as unidades de convalescença.

A caracterização das unidades de convalescença que consta no diploma supracitado, no artigo 13.º (p. 3860), refere que as mesmas têm por finalidade “a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos”, destinando-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias.

O objectivo principal das unidades de convalescença é a recuperação da independência funcional, tendo como finalidade restabelecer as funções ou actividades afectadas, total ou parcialmente, por diferentes patologias (Enquadramento das Unidades de Reabilitação de AVCs da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

Não obstante, as unidades de convalescença referem-se a unidades para onde as pessoas, que já não necessitam de cuidados em hospitais de agudos, vão, pela complexidade dos cuidados que ainda necessitam, como a reabilitação da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

Na análise dos relatórios emitidos no portal RNCCI, verifica-se que a *Dependência em AVD* é, a nível nacional, o principal motivo de referenciação - 95% (90% em 2010 e 2011), seguida de *Ensino ao utente/Cuidador informal* 88% (85% em 2010 e 65% em 2011). Os principais motivos de referenciação em 2012, relacionados com a temática em estudo, para as unidades de convalescença são a *Dependência em AVD* (94%), o *Ensino ao utente/Cuidador informal* (90%), a *Reabilitação* (89%) e a *Doença Cardiovascular* (14%) (Relatório de monitorização da RNCCI – 1º Semestre, 2012).

A idade média para admissão de utentes na RNCCI é de 73 anos e aproximadamente metade é casado (46%) (Relatório de monitorização da RNCCI, 2007).

Estes dados reflectem a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação numa unidade de cuidados continuados de convalescença, no sentido de intervirem, junto da equipa multidisciplinar como um recurso especializado, na reinserção familiar e profissional, na auto-estima da pessoa,

na reintegração social, com vista à potenciação máxima das suas capacidades e à promoção da sua independência, minimizando as sequelas resultantes da situação de saúde/doença.

2.2. Reabilitação: o papel do Enfermeiro Especialista

Reabilitar é “como que um complemento da medicina tradicional, que permite preparar o indivíduo no plano físico, moral, social, familiar e profissional para o melhor estilo de vida, compatível com as capacidades de que dispõe” (Hesbeen, 2003, p.30-31).

Conforme descrito no Regulamento n.º 125/2011 do DR - II Série (n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011), a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e a independência. Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a sua auto-estima.

“A reabilitação é um processo centrado no doente e orientado por objectivos, que começa no dia após o AVC, com a finalidade de melhorar a funcionalidade e alcançar o maior nível de independência possível, física e psicologicamente, mas, também, social e economicamente” (Norma da DGS, 2011,p. 6).

Deste modo, segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (DR – II Série, n.º 35 de 18/02/2011), este concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permite-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

Neste Regulamento pode ler-se que, a intervenção do EEER visa, de uma forma global:

- Promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação;
- Assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes;
- Prevenir complicações;
- Evitar incapacidades;
- Proporcionar intervenções terapêuticas que visem melhorar as funções residuais e manter ou recuperar a independência nas actividades de vida;
- Minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente);
- Educar os clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade.

As competências específicas do EEER, conforme este regulamento (artigo 4.º, p. 8658), são as seguintes:

- a) “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”

Cada uma destas competências é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

O enfermeiro de reabilitação deve desenvolver estratégias conjuntas com o doente, tendo em conta os projectos de vida do mesmo, e face às suas particularidades, ajudá-lo a alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela optimização dos recursos externos, quer pela ajuda na descoberta, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual capaz de contribuir para a efectivação do seu projecto de saúde, com o menor nível de dependência.

Podemos afirmar que o EEER é a pessoa mais indicada para instituir programas capazes de influenciar a reabilitação do doente, uma vez que na complementaridade da sua licenciatura com a sua especialidade, atinge um

nível de conhecimento que o torna qualificado para ensinar, instruir, treinar, assistir, orientar e incentivar a pessoa para o autocuidado, tornando-o o independente. Junto da equipa multidisciplinar, o enfermeiro de reabilitação desempenha, assim, um papel pivot e determinante no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no seu ambiente familiar e social.

As três principais metas da enfermagem de reabilitação são maximizar a determinação própria, restaurar funções e otimizar as escolhas do estilo de vida do doente (Derstine e Hargrove, 2001).

A nível dos cuidados continuados integrados o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde reais e potenciais resultantes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa e /ou alteração do estilo de vida resultante da deficiência/incapacidade ou doença crónica. Compete ao enfermeiro de reabilitação tomar decisões relativas á promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (Referencial do Enfermeiro, 2009).

Como descreve o Conselho de Enfermagem no Referencial supracitado, as unidades de convalescença devem estar dotadas de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação “porque se dirigem essencialmente á recuperação e á adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objectivo de preparar o regresso a casa, de que resultam ganhos em saúde significativos, sendo essenciais nas unidades de convalescença, média e longa duração” (p. 22-23).

Concomitantemente, promove a máxima independência nas AVDs, identifica barreiras arquitectónicas e elabora propostas de eliminação das mesmas, cria e gere bolsas de produtos de apoio, envolvendo os recursos da comunidade.

2.2.1. A importância de um Programa de Reabilitação

Como referem diversos autores, o enfermeiro, no âmbito da reabilitação, deve instituir/implementar programas específicos que tenham como objectivos: ajudar a pessoa a melhorar o seu desempenho nos autocuidados, estimular e prolongar a sua autonomia/independência nas AVDs, maximizar as funções intactas, aumentando os recursos das funções que, embora diminuídas, não estejam totalmente perdidas. A intervenção deve ser realizada com o doente individualmente e, em alguns momentos, com a sua família e/ou prestadores de cuidados. A avaliação inicial é um ponto-chave em todo este processo, uma vez que é de extrema importância reconhecer quais as pessoas que necessitam de reabilitação e qual o seu potencial para beneficiar dela.

Após a realização de uma avaliação inicial pormenorizada, o programa de reabilitação deve ser adequado a cada pessoa vítima de AVC, de acordo com as alterações apresentadas.

A hemiplegia é uma das consequências/alterações motoras mais frequentes nos doentes com AVC. Neste contexto, existem dois modelos principais para o desenvolvimento do programa de reabilitação do doente hemiplégico, o de Jonhstone (1979) e o de Bobath (1978). Refira-se que estes modelos também podem ser implementados em doentes paréticos e não somente em doentes hemiplegicos.

De forma muito sucinta, os métodos de tratamento de ambos são semelhantes, variam as técnicas. Jonhstone (1979) centra a sua atenção nos vários factores que interferem na função motora e nos dados que existem sobre o processo de desenvolvimento motor da criança, estabelecendo técnicas de tratamento orientadas para o lado afectado, reduzindo a assimetria entre as duas partes do corpo. Para Bobath (1978) os objectivos são dar o máximo de independência nas AVDs através do desenvolvimento de destreza e força muscular do lado são, mantendo as amplitudes articulares e a força muscular do lado afectado (Branco e Santos, 2010).

Estes modelos potenciam a reabilitação na sua vertente física, no entanto, o enfermeiro de reabilitação, integrado no seio de uma equipa, deve envolver os

familiares e a educação da família no seu campo de actuação, dignificando a pessoa, de forma a fazê-la sentir-se útil e capaz de viver com a sua incapacidade, bem como, promover a independência nos autocuidados.

Desta forma, o EEER utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades.

Destas técnicas fazem parte, entre muitas outras, os posicionamentos em padrão anti-espástico, as mobilizações activas e /ou passivas dos diferentes segmentos corporais, as actividades terapêuticas (como a ponte, as auto-mobilizações, o rolar, a facilitação cruzada, a carga no cotovelo, indução de restrições), a estimulação sensorial, o treino do equilíbrio, o treino da marcha e o treino das vastas actividades relacionados com o autocuidado.

Logo, como refere Martins (2002, p. 89), “não é suficiente recuperar a função motora, sensitiva ou de comunicação. É necessário levar o sujeito a ser independente no seu autocuidado e no seu meio familiar e social, ou simplesmente aceitar as suas incapacidades ou desvantagens”.

Neste sentido, compete ao enfermeiro de reabilitação ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar os doentes para as actividades do autocuidado, no sentido de alcançarem níveis máximos de independência.

As intervenções do EEER, junto do doente com AVC, contemplam as actividades relacionadas com o autocuidado banho e higiene pessoal, vestuário, alimentação, uso de sanitário, eliminação intestinal e vesical e com a mobilidade (transferências, posicionamentos, subir/descer escadas, deambulação).

É fundamental que o enfermeiro de reabilitação proceda a uma avaliação criteriosa e continua que lhe permita instituir programas de reabilitação individualizados e personalizados, em que planeie as intervenções a implementar e defina os objectivos.

Como referido na Norma da DGS (2011), a reabilitação é um processo contínuo, durante o qual os doentes devem receber um programa de reabilitação com a intensidade e duração conforme as suas necessidades e

tolerância. Ou seja, os programas de reabilitação devem ser aplicados tendo em conta as características pessoais de cada doente.

De acordo com os estudos desenvolvidos por Paolucci et al (2000) e Salter et al (2006) citados pelo *European Stroke Organization executive Committee and the European Stroke Organization Writing Committee* (2008, p.73), “os ensaios que compararam início precoce e tardio da reabilitação revelaram melhor prognóstico se o tratamento for iniciado dentro dos primeiros 20-30 dias após o AVC. Muitas das complicações imediatas dos AVCs (trombose venosa profunda, escara, contractura, obstipação e pneumonia de aspiração) estão relacionadas com a imobilidade e, assim, a mobilização é um componente fundamental da reabilitação precoce”.

Após a reabilitação inicial, há alguma evidência que a reabilitação de qualquer tipo de AVC reduz a incidência da deterioração funcional e mantém ou melhora as AVDs, o que foi constatado no estudo efectuado por Legg L. et al em 2004 (citados no *The European Stroke Organization executive Committee and the European Stroke Organization Writing Committee*, 2008).

São vários os autores que classificam as fases de recuperação após o AVC, segundo a OMS (2003), a fase de recuperação decorre em quatro estágios: 1 – persistência da hipotonia (estagio flácido), 2 – evolução para tónus normal (estagio de recuperação), 3 – evolução para a hipertonia (estagio espástico) e 4 – Ataxia. Existem autores que caracterizam a fase de recuperação de outras formas, no entanto a flacidez e a espasticidade são comuns a todos os autores.

Brunnstrom (segundo Cailliet, 1981 citado por Martins, 2002) classifica a recuperação após AVC em seis fases. A fase I – flacidez; fase II – desenvolvimento gradual de espasticidade com inicio de sinergias; fase III – aumento da espasticidade com algum controlo voluntário das sinergias, se o doente cooperar; fase IV – diminuição da espasticidade com um aumento do controlo dos componentes sinérgicos; fase V – sinergias já não controlam os actos motores; fase VI – desenvolvimento do movimento articular individual com inicio de coordenação.

Apesar das diferentes fases da evolução natural dos AVCs, existem factores que a podem influenciar, nomeadamente a qualidade do tratamento de reabilitação, a motivação do doente e da família, a idade do doente e outros factores de risco associados, a persistência do estágio da flacidez e o atraso no tratamento (OMS, 2003).

Martins (2002) refere como factores que influenciam a reabilitação da pessoa após o AVC, nomeadamente, a espasticidade, os padrões de sinergia reflexas primitivas, as apraxias dominantes, as alterações intelectuais, o envolvimento perceptivo, os défices sensoriais, as contracturas e o retorno sequencial à função normal.

De acordo com o estudo de Almeida e Albuquerque (2004), a realização do programa de reabilitação influencia de uma forma estatisticamente significativa a capacidade funcional três meses após a alta e a dimensão autocuidados três e seis meses após a alta. Resultados estes que concordam com a opinião de Meschia (2001) e Canhão (2000), para quem a relação existente entre a realização do programa de reabilitação e o nível de independência funcional é tal, que os doentes dependentes melhoram mais o seu estado funcional após o estabelecimento do programa de reabilitação.

Como refere Branco e Santos (2010), o sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC depende de uma evolução lenta, repetitiva, persistente e com rotinas de exercícios que não devem evoluir para além da capacidade individual da pessoa.

Para Ramires (1997), citado nas recomendações para o desenvolvimento das unidades de AVC emitidas pela DGS (2001, p. 7), “80% dos doentes que sofreram um AVC atingem o melhor nível funcional às seis semanas, 90% atingem-no às 12,5 semanas (3 meses). Não é de esperar grande melhoria funcional ou neurológica após os 3 meses, pois só 5% dos doentes farão algum progresso a partir desta altura. Quando completam o programa de reabilitação, 20% vão ficar com incapacidade grave, 8% com incapacidade moderada, 26% com ligeira incapacidade e 46% ficam independentes. Uma percentagem próxima dos 50% retomará uma profissão ou manterá as actividades habituais”.

Segundo o *The European Stroke Organization executive Committee and the European Stroke Organization Writing Committee (2008)*, os doentes quando tratados com um programa de reabilitação diário, apresentam uma evolução funcional favorável e diminuem o nível de dependência nas AVDs, referindo que a reabilitação deve continuar após a alta durante o primeiro ano pós-AVC.

A reabilitação em pessoa que sofreram AVC é vital para as ajudar a readquirir a função psíquica, psicossocial e profissional, o que permitirá às pessoas serem participantes activas nas suas vidas e nos seus projectos de saúde.

O exercício profissional do EEER requer sensibilidade para lidar com a diferença e a mobilização de um conjunto de conhecimentos centrados na individualidade do doente, minimizando os factores que possam interferir na recuperação do doente, garantindo uma reabilitação eficaz.

3. A independência no Autocuidado

Como temos constatado na literatura consultada e como a prática evidencia, os cuidados de enfermagem de reabilitação tem como finalidade ajudar as pessoas a usufruir ao máximo das suas capacidades. O enfermeiro de reabilitação deve desenvolver, no âmbito das suas competências específicas, um programa de reabilitação que mobilize todas as capacidades da pessoa, favorecendo o seu autocuidado e por consequência a sua independência/autonomia.

Como refere Petronilho (2012), o autocuidado é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal. Citando Hoy et al (2007), Wilkinson e Whitehead (2009), Clarck (2009) e Sidani (2011), acrescenta que o autocuidado é um fenómeno complexo e multidimensional, que pode ser conceptualizado como um processo de saúde e bem-estar dos indivíduos, inato mas também aprendido

Neste capítulo, iremos abordar o autocuidado como conceito central da enfermagem, a independência versus autonomia nas actividades do autocuidado e fazer uma breve referência a alguns instrumentos utilizados na avaliação do nível de dependência das pessoas vitimas de AVC, mais especificamente ao Índice de Barthel (IB).

3.1. O Autocuidado como conceito central da Enfermagem

O autocuidado encontra-se desenvolvido por diversos autores associado à disciplina de enfermagem. Como o nosso estudo tenta perceber de que modo um programa de reabilitação contribui para a independência das pessoas no autocuidado, importa referenciar alguns conceitos de autocuidado e abordar um modelo conceptual de referência, o de Orem.

De acordo com Baltés e col. (1999), citado por Sequeira (2010), as AVDs são definidas como um conjunto de actividades quotidianas essenciais, que devem ser realizadas regularmente para manter a independência da pessoa no seu meio habitual, ou seja, são um conjunto de actividades primárias, relacionadas com o autocuidado e com a mobilidade que permite à pessoa viver sem precisar de ajuda ou com ajuda mínima, autonomia e independência elementares. Estas actividades são imprescindíveis para que a pessoa viva de forma independente.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o autocuidado é definido como a “actividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as AVDs” (International Council of Nurses, 2005, p. 46). Define os seguintes autocuidados: tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto-elevar-se, usar o sanitário, transferir-se, virar-se, lavar-se e usar a cadeira de rodas.

Sendo o autocuidado um foco de atenção da CIPE correspondente à actividade que permite à pessoa lidar com as suas AVDs, optei neste estudo pela terminologia autocuidado, apesar de intimamente relacionado com as AVDs.

Petronilho (2012) refere que as AVDs são, frequentemente, utilizadas para avaliar o autocuidado, e que deve ser visto não apenas como uma forma racional para promover a saúde, mas também de forma mais abrangente, como a preocupação da pessoa consigo mesma face às actividades do dia-a-dia.

O autocuidado predispõe, assim, um controle por parte do indivíduo sobre o seu próprio padrão de vida. Já em 1980 Poletti descreve que autocuidar-se consiste num conjunto de acções que o indivíduo adopta no sentido de conservar a saúde, ultrapassando possíveis efeitos de doenças e/ou feridas.

De acordo com Foster e Bennett (2000), Orem define o processo de cuidados de enfermagem como um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou do enfermeiro para satisfazer as exigências e as necessidades de autocuidado. Assim, deve

ser estabelecido um plano de assistência de enfermagem que permita ajudar a pessoa a encontrar estratégias adaptativas para colmatar os défices. Fazem parte do processo de enfermagem os seguintes passos: a fase de diagnóstico e prescrição, que determina a necessidade de cuidados de enfermagem; a fase do planeamento dos sistemas de enfermagem e planeamento e execução das intervenções de enfermagem; e a última fase que inclui a produção e execução dos sistemas de enfermagem, em que o enfermeiro avalia a evolução da pessoa no autocuidado.

Verifica-se assim, a importância do enfermeiro fazer uma avaliação inicial pormenorizada e adequar as intervenções às características individuais de cada pessoa.

A promoção do autocuidado é desenvolvida pela Dorothea E. Orem na sua teoria geral de enfermagem, onde esta desenvolve o conceito de autocuidado como a capacidade do indivíduo levar a cabo todas as actividades necessárias para manter a vida, a saúde e o bem-estar (Cavanagh, 1993).

O autocuidado, segundo Dorothea Orem, é “o desempenho ou a prática de actividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é efectivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano” (George e colaboradores., 2000, p. 84 citando Orem, 1991).

O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou com a ajuda de alguém, é um sistema de acção que tem de ser aprendido e executado, em conformidade com as necessidades das pessoas (Taylor, 2004).

Assim, as actividades do autocuidado encontram-se interligadas com a experiência individual de cada pessoa (Backman e Hentinen, 1999).

Para esta teórica, a teoria geral de enfermagem é constituída por três bases teóricas relacionadas: a teoria do autocuidado, que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias; a teoria do défice de autocuidado, que descreve e explica porque razão as pessoas podem ser ajudadas através da

enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Taylor, 2004).

Na Teoria do autocuidado, Orem define que o autocuidado “é uma função reguladora que os indivíduos têm de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles (...), é um sistema de acção (...), tem que ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente” (Taylor, 2004, p.218).

Foster e Bennett (2000) associam a esta teoria conceitos como acção do autocuidado, factores condicionantes básicos e requisitos do autocuidado. A teoria do défice do autocuidado constitui a essência da teoria de Orem, quando a enfermagem passar a ser uma exigência a partir das necessidades de um adulto ou quando o mesmo se encontra incapacitado para o autocuidado.

O défice de autocuidado surge quando a pessoa deixa de ser capaz, por si só, de satisfazer o seu próprio autocuidado, isto é, quando surge uma exigência maior para a qual a pessoa não consegue sozinha dar resposta adequada, necessitando de assistência ou ajuda de alguém qualificado. Taylor (2004, p. 217) acrescenta que “a ideia central desta teoria é que as condições necessárias das pessoas para a enfermagem estão associadas à subjectividade da maturidade e do amadurecimento das pessoas em relação às limitações da acção relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde”. Estas limitações implicam a assistência para os autocuidados.

Segundo Martins (2002), a intervenção primária da equipa de enfermagem visa a identificação do tipo de ajuda que a pessoa necessita, a análise das suas capacidades para a realização do autocuidado, organizando os cuidados a prestar ao doente com base na sua própria opinião.

Orem identifica cinco métodos de proporcionar ajuda ou assistência para o autocuidado: agir ou substituir a pessoa; orientar e dirigir a pessoa; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e promover a educação (Foster e Bennett, 2000).

A mesma autora, na Teoria dos sistemas de enfermagem, refere que o enfermeiro tem um papel preponderante na assistência ou ajuda para o autocuidado, quando a pessoa se vê incapaz ou com limitação na sua satisfação. Daí a importância que os enfermeiros implementem programas vocacionados para a promoção da independência, após transições geradoras de dependência, no sentido de compensar o défice/dependência no autocuidado com os seus planos e intervenções, ajudando a pessoa a potenciar as suas capacidades para cuidar de si própria.

Melo (2010), acrescenta que se a pessoa alvo do autocuidado não for avaliada de forma adequada, os enfermeiros ficam sem base racional para julgar o défice de autocuidado, seleccionar métodos de ajuda válidos e confiáveis e prescrever intervenções de enfermagem adequadas.

“O enfermeiro de reabilitação deve estimular a pessoa em situação de dependência a fazer tudo o que lhe seja possível e fornecer a ajuda necessária. A participação nos cuidados pessoais é uma forma de exercício que ajuda a manter a mobilidade e a promover a independência. Não importa a dimensão da actividade (segurar o sabonete, ajeitar a frente do cabelo) o que é importante é que a pessoa seja capaz de participar, proporcionando se necessário ortoses ou outras ajudas técnicas” (Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007, p. 26).

Por vezes a pessoa é vista como um conjunto de sinais e sintomas, no entanto, para além do diagnóstico e tratamento das doenças é necessário promover a independência das pessoas e dos familiares face ao autocuidado, assegurar o bem-estar e a qualidade de vida e ver a pessoa como um ser bio-psico-social.

Os objectivos e os resultados esperados pelos enfermeiros decorrentes das suas intervenções são o desempenho apropriado das acções e comportamentos por parte dos indivíduos com vista a obterem ganhos em saúde. Assim, o autocuidado, também é considerado um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Petronilho, 2012 citando Sidani 2011).

3.2. A independência/autonomia

Na promoção da independência no autocuidado deve ter-se em conta que a pessoa deve ser ensinada, instruída e treinada. Nos casos em que não é possível, pela incapacidade do doente, o enfermeiro deve executar, mas tendo o cuidado de o informar sobre todas as suas intervenções. Assim, o enfermeiro deve mobilizar todas as capacidades do doente, favorecendo o seu autocuidado e por consequência a sua autonomia e independência.

Neste sentido, no que se refere à reabilitação da pessoa com AVC, para além da recuperação da função motora, sensitiva, proprioceptiva, cognitiva e emocional, é necessário promover a autonomia e a máxima independência do doente.

Segundo a OMS (2003) os primeiros seis meses são críticos na recuperação de algumas funções alteradas, pois após este período apenas ocorre uma adaptação às sequelas do AVC. Durante este período (primeiros seis meses) o objectivo *major* da equipa multidisciplinar passa por promover a independência da pessoa de forma a facilitar a sua transição saúde/doença.

A dependência é a situação em que a pessoa se encontra por falta ou perda de autonomia física, psíquica e/ou intelectual e que a incapacita de satisfazer as suas necessidades humanas básicas, necessitando de ajuda e assistência. Incorpora três factores: a limitação física, psíquica e ou intelectual, a incapacidade da pessoa em realizar por si só as AVDs e a necessidade de assistência por parte de outra pessoa (Conselho da Europa, 1998).

Segundo o Decreto-Lei nº 101/2006 (artigo 3.º, p. 3857) a dependência é caracterizada pela “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica (...), ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as AVDs”.

De literatura consultada, podemos concluir que a dependência está relacionada com a ajuda necessária para o desempenho das AVDs, actividades estas que se diferenciam em: actividades básicas de vida diária, referentes às actividades

do autocuidado, tais como: banho, vestuário, alimentação, continência urinária e fecal, transferência e locomoção; actividades instrumentais de vida diária que se referem a actividades de maior complexidade, como utilizar o telefone, gerir o dinheiro, gerir terapêutica, utilizar transportes e cuidar da casa; e as actividades avançadas de vida diária que compreendem actividades de âmbito social como trabalhos voluntários, participação em grupos e actividades intelectuais.

De acordo com a Classificação Internacional para a Incapacidade e Funcionalidade, a dependência está relacionada com as “estruturas e funções do corpo (défices), as actividades que a pessoa realiza (limitações e restrições) e o contexto de interacção (barreiras e ajudas técnicas/pessoais)” (Sequeira, 2010, p. 45).

Por sua vez, a autonomia segundo a OMS (2002), citada por Sequeira (2010), refere-se à capacidade percebida para controlar, lidar com situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias preferências, é a capacidade de cada um para cuidar de si e ser responsável pelas suas acções.

Não obstante, a autonomia está relacionada com a capacidade da pessoa para gerir a sua vida, ou seja, tomar decisões sobre si própria. A independência, por sua vez, está relacionada com a capacidade de desempenho de AVDs e de autocuidado (Sequeira, 2010).

Podemos ser autónomos mas dependentes, por exemplo quando fisicamente temos uma limitação que nos impede de cuidar de nós, apesar de termos capacidade de saber e determinar o que queremos fazer. Por outro lado, podemos ser independentes, mas não autónomos, por exemplo, quando após um AVC se fica com alterações cognitivas que não permitem as pessoas tomar decisões razoáveis, apesar de funcionalmente serem capazes de o fazer (Melo, 2010).

A dependência é uma situação que pode ser recuperável, que é transitória, decorrente de um episódio de saúde-doença que limita a pessoa no seu autocuidado, mas que a maioria das vezes há uma adaptação e evolução

positiva para a independência. O nível de dependência refere-se, assim, á incapacidade da pessoa para cuidar de si própria no contexto em que vive.

Resultante dos factos supra-citados, versou a minha decisão por abordar os dois conceitos, justificando assim a escolha pelo termo independência. De facto, a independência e a autonomia são termos que definem situações complementares, mas não idênticas.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (artigo 5.º, p. 8-9), os cuidados de enfermagem devem englobar, de acordo com o grau de dependência da pessoa, as seguintes formas de actuação:

- “Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;
- Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;
- Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;
- Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
- Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados.”

Victor (2000) e Procter et al (2001), citados por Melo (2010, p. 73), identificam como alguns dos factores responsáveis pelo atraso na recuperação de independência/autonomia:

- “O início tardio da recuperação funcional;
- O fazer pelo doente em vez de o ensinar a fazer por si;
- A ausência de apoio e afectos familiares;
- A falta de conhecimentos e de capacidades para o autocuidados;

- A indisponibilidade da equipa de saúde;
- Os ensinamentos efectuados nos hospitais, relativamente ao autocuidado, desajustados da realidade do domicílio das pessoas”.

Não obstante, é imprescindível a adequação dos cuidados prestados à realidade da pessoa, meio social, poder económico, seio familiar e às próprias perspectivas e motivação para a sua recuperação. Compete ao enfermeiro, e mais propriamente ao EEER, realizar uma avaliação árdua e constante, ao longo do internamento do doente, de forma a identificar a necessidade de intervenção de outros profissionais da equipa multidisciplinar, na assistência à pessoa/família.

3.2.1. A avaliação do nível de dependência nos autocuidados utilizando o Índice de Barthel

Sempre que implementamos intervenções de enfermagem, mais especificamente, técnicas de reabilitação, devemos monitorizar os cuidados prestados através da avaliação do doente e da sua evolução funcional usando escalas validadas.

A aplicação de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico rigoroso, privilegiando-se os estudados e devidamente validados. Os mais utilizados na prática clínica para o diagnóstico do comprometimento nas AVDs são o IB e o Índice de Lawton. Importa neste estudo abordar o IB.

Desde a sua publicação (Mahoney e Barthel, 1965) que o IB tem sido amplamente utilizado com o objectivo de quantificar e monitorizar a (in)dependência dos doentes para a realização das AVDs (Paixão e Reichenheim, 2005).

O IB é um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica para o diagnóstico dos comprometimentos nas actividades relacionadas com o autocuidado: banho, higiene pessoal, vestuário, alimentação, controlo de esfíncteres, uso de sanitário, transferência, deambulação, subir/descer escadas. É, assim, composto por 10 AVDs, cada actividade apresenta entre

dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação zero corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com cinco, dez ou quinze pontos (Mahoney e Barthel, 1965 e Wade e Colin, 1988, citados por Sequeira, 2010).

Assim, a sua cotação global varia entre 0 e 100 pontos, sendo a pontuação inversamente proporcional ao nível de dependência (quanto menor a pontuação, maior o nível de dependência).

Por ser amplamente utilizado na investigação, têm sido desenvolvidas algumas versões do IB que se distinguem da original por aumentarem ou diminuírem as actividades avaliadas ou ainda por alterarem o sistema de pontuação. A versão desenvolvida por Wade e Collin (1988) propõe uma pontuação dos itens em 0,1,2 ou 3, obtendo uma pontuação total do índice entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente) em oposição à versão original (0-100) (Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007). Estes autores validaram e adaptaram o IB para a população portuguesa, obtendo uma consistência interna elevada o que sugere uma boa fidelidade deste instrumento.

Após análise do IB, Sequeira (2010) concluiu que este apresenta uma boa consistência interna e que todos os itens de autocuidado têm uma correlação estatisticamente significativa com o somatório do índice. Significando que este permite a identificação dos determinantes do comprometimento nas AVDs de forma global e parcelar, pois permite conhecer as incapacidades específicas da pessoa e adequar os cuidados às suas necessidades.

Paixão e Reichenheim (2005), num estudo de revisão sobre 30 instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso confirmaram que o IB é o que possui resultados de fidelidade e validade mais consistentes.

Araújo et al (2007) acrescentam que a fácil aplicação e interpretação, o baixo custo de aplicação, o facto de poder ser repetido periodicamente (o que permite monitorizações longitudinais), o consumir pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida, construída sobre bases empíricas, uma das mais utilizadas na clínica e na investigação para avaliar o nível de dependência das pessoas.

Segundo os mesmos autores, citando Ellul, Watkins e David (1998) e Sainsbury (2005), as qualidades psicométricas do IB estão essencialmente documentadas em estudos de doentes com AVC.

Num estudo desenvolvido por Caneda, Fernandes, Almeida e Mugnol (2006), com a finalidade de avaliar a confiabilidade da versão em português do IB (entre outras escalas) em doentes com AVC, concluíram que o IB exibiu maior concordância, mostrando ser um instrumento de óptima confiabilidade, não havendo discrepância entre os seus grupos de itens e também valioso na avaliação e planeamento de terapias auxiliares na reabilitação dos doentes. Este estudo demonstrou, ainda, que esta escala apresenta uma boa aplicabilidade na sua versão em português.

Os estudos feitos no âmbito do *McGill Stroke Rehabilitation Research Program*, utilizando o IB, demonstraram que no primeiro mês 37% das pessoas com AVC precisavam de alguma assistência nas AVD e 29% estavam totalmente incapacitadas para estas actividades (Mayo et al, 1999).

Um estudo desenvolvido por Balaban, Tok, Yavuz, Yasar e Alaca (2011) concluiu que os doentes que foram sujeitos a menos de um mês de reabilitação hospitalar tiveram resultados semelhantes na aplicação do IB àqueles que tiveram mais de um mês de reabilitação hospitalar.

“No sentido de facilitar a interpretação da escala, alguns autores (Matos e Azeredo, 2003; Duncan, Jorgensen e Wade, 2000; Hu et al., 1989; Imaginário, 2002) têm proposto a subdivisão do escore total do IB em diferentes categorias (habitualmente quatro ou cinco), embora difiram nos pontos de corte cut-off, o que dificulta a posterior comparação dos resultados” (Araújo et al, 2007, p.61). Apesar desta variabilidade, no âmbito da prática clínica, parece consensual a proposta de Granger e colaboradores, citados por Sulter, Steen e Keyser (1999), que referem que a pontuação 60 corresponde ao ponto de viragem entre a independência e a dependência, com uma pontuação de 60 a maioria dos doentes era independente para a higiene pessoal, mobilidade, controlo de esfíncteres e alimentação e a uma pontuação de 85 correspondia uma assistência mínima.

Assim, com uma pontuação acima de sessenta, a maioria dos doentes são independentes para cuidados pessoais essenciais como deambular, alimentar-se, higiene pessoal e controle de esfíncteres; e com valores iguais ou superiores a oitenta e cinco, os doentes são habitualmente independentes necessitando apenas de uma assistência mínima.

Na monitorização da capacidade funcional dos idosos no âmbito dos programas de reabilitação nas unidades de convalescença e reabilitação, alguns autores utilizam o valor que resulta da diferença entre a pontuação do IB na alta e a pontuação do IB na admissão, sendo que um valor positivo corresponde a uma melhoria na capacidade funcional e um resultado negativo, a uma deterioração no estado funcional da pessoa idosa (Vilarmau, Diestre e Guirão, 2000). Estes autores, no seu estudo, desenvolvido com o objectivo de avaliar a evolução funcional dos doentes vítimas de AVC numa unidade de convalescença e reabilitação de Espanha, concluíram que, na entrada, em média os doentes pontuaram 41.8 pontos no IB e na alta 62.5.

Mandic e Rancic (2011), num estudo desenvolvido com o objectivo de avaliar a recuperação da função motora em pessoas após AVC, envolvendo 30 doentes internados numa clínica de medicina física e de reabilitação da Sérvia, concluíram que a média da pontuação do IB na admissão foi de 57 (de 0 a 100) e na alta de 79, sendo a diferença estatisticamente significativa. Todos os doentes obtiveram um aumento na pontuação do IB, o que revela que a sua capacidade funcional melhorou após a implementação da reabilitação.

No estudo efectuado por Matos e Azeredo (2003, p. 202), com o objectivo de avaliar o grau de dependência em doentes que sofreram AVC utilizando o IB, numa lista de doentes de um médico de família, revelou que 19,2% dos doentes são independentes; 57,7% apresenta uma dependência ligeira a moderada; 11,6% apresentam uma dependência grave e 11,5% estão totalmente dependentes. A pontuação global apresentou um valor mínimo de 0 (totalmente dependente) e um valor máximo de 100 (independente), sendo a mediana observada em 90 (dependência ligeira a moderada).

Sequeira (2010) concluiu na sua tese de doutoramento, realizada em 2007, em que avaliou o nível de dependência dos idosos nas AVDs, através da utilização do IB, que os idosos apresentam uma maior dependência ao nível do banho (81.2%), higiene corporal (75.2%), no vestir (83.2%), na utilização da casa de banho (71.3%) e no subir escadas (97.1%).

Ainda Soares et al (2010), num estudo desenvolvido com 32 doentes que sofreram AVC e que estiveram internados numa unidade de AVC e num serviço de Medicina, com o objectivo de verificar ganhos em saúde nos doentes com acesso a cuidados de enfermagem de reabilitação na fase aguda e sub-aguda após AVC, concluíram que 100% dos doentes apresentava dependência moderada a total no dia de admissão e que no momento da alta 56% mantiveram-se na classificação de dependência moderada a total e 44% obtiveram classificação de dependência leve/independente.

Verificaram, ainda, ganhos em saúde em todas as categorias do IB e que houve diferenças nos maiores e menores ganhos conseguidos quando analisados os doentes independentes e os totalmente dependentes, nos diferentes momentos de avaliação. Os doentes totalmente dependentes tiveram menores ganhos no controlo de esfíncter fecal e maiores ganhos no controlo de esfíncter vesical, na alimentação, banho, deambulação/escadas. Os doentes totalmente independentes tiveram menores ganhos no banho e subir/descer escadas e maiores ganhos no controlo vesical e fecal, na deambulação, transferências e uso de sanitário. Tais factos podem ser justificados pela complexidade de alguns autocuidados (banho, vestir/despir, escadas) que requerem muita coordenação motora e força muscular.

PARTE II – METODOLOGIA

Numa época em que se vivem rápidas mudanças de informação, os enfermeiros precisam de tomar decisões e atitudes baseadas em raciocínios lógicos e coerentes. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2006, p.1), “a enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas será assegurado pela investigação”.

Para Silva (2006, p.107), “a investigação pode contribuir para uma melhoria dos cuidados (...), orientar o sentido da prática e prevenir ou resolver as dificuldades quotidianas geradas pela doença ou deficiência, tornando acessíveis a compreensão e o domínio dos fenómenos implicados no processo de saúde e doença, tanto para os que prestam cuidados como para os utilizadores”.

A metodologia constitui um instrumento de trabalho imprescindível, que contribui para assegurar a qualidade e a viabilidade dos resultados de investigação. É ao longo da fase metodológica, que segundo (Fortin, 2003), o investigador determina os métodos que utiliza para dar resposta às questões de investigação formuladas e escolhe um desenho apropriado ao estudo, ou seja, nesta fase são definidos os alicerces que vão suportar construção do estudo.

Nesta segunda parte, apresentamos a problemática/pertinência do estudo, a sua finalidade, as questões de investigação definidas e os objectivos que pretendemos com a pesquisa. Neste seguimento abordamos o desenho do estudo, no que se refere ao meio e tipo de estudo, à população e amostra e aos procedimentos e instrumentos de colheita de dados. Fazemos também uma breve referência às implicações éticas.

1. Problemática do estudo

Como refere Fortin (2003,p.48) “ (...) qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno estudado”.

Embora não se verifique alteração significativa na incidência dos AVCs, a sua prevalência, na população, é crescente devido ao aumento da sobrevivência e do crescimento da população idosa. Como esta patologia aparece, sobretudo, nas idades mais avançadas e as tendências demográficas caminham no sentido do envelhecimento da população, é possível que a quantidade e a qualidade de cuidados de saúde sejam mais necessárias (DGS, 2001).

Dos cuidados de saúde, fazem parte a intervenção dos enfermeiros especialistas em reabilitação. O objectivo fundamental da reabilitação é ajudar o doente a fazer o máximo possível dentro das suas limitações e para que este objectivo seja alcançado, o início do treino das actividades de autocuidado deve ser o mais precoce possível.

Desde a instalação do AVC, toda a AVD deve ser incorporada no plano de tratamento e o progresso no programa de reabilitação deve ser realizado de acordo com a capacidade do doente (OMS, 1999 citada por Sequeira, 2010).

A grande maioria das pessoas com AVC confronta-se com inesperadas e repentinas mudanças no seu “modus vivendi” que os impedem de realizar com independência as actividades do autocuidado.

Neste âmbito, como refere Branco e Santos (2010), a ênfase da reabilitação está voltada para a restauração da independência do doente ou a recuperação do seu nível de função pré-lesão ou pré-incapacidade, sendo o campo de actuação da reabilitação tornar a habilitar, aproveitar a capacidade máxima de funções de modo a permitir que o doente se adapte à nova etapa da vida.

Numa época em que se vivem rápidas mudanças de informação, os enfermeiros em geral e os de reabilitação em particular precisam de tomar decisões e atitudes baseadas em raciocínios lógicos e coerentes, assentes num corpo de conhecimentos baseados na evidência.

Com base neste facto, é necessário demonstrar cada vez mais a importância dos enfermeiros de reabilitação no contexto de ganhos em saúde. E só investigando é que se consegue demonstrar a real necessidade da existência de enfermeiros de reabilitação em todas as unidades de saúde.

Silva (2006, p.107) acrescenta que “a investigação pode contribuir para uma melhoria dos cuidados (...), orientar o sentido da prática e prevenir ou resolver as dificuldades quotidianas geradas pela doença ou deficiência, tornando acessíveis a compreensão e o domínio dos fenómenos implicados no processo de saúde e doença, tanto para os que prestam cuidados como para os utilizadores”.

A nossa experiência profissional, no decorrer da prática de cuidados, suscita inúmeras questões que nos inquietam. O confronto diário com pessoas nas quais a condição de saúde está afectada por patologias, que irão condicionar a sua autonomia por um período de tempo mais ou menos prolongado, faz-nos reflectir sobre a importância dos enfermeiros e dos enfermeiros de reabilitação em particular, para assistirem estas pessoas a atingir as suas capacidades funcionais máximas com as mínimas limitações possíveis.

De acordo com a DGS (2001), em média, há entre 20 000 e 25 000 internamentos por AVC por ano, com uma demora média distribuindo-se num intervalo de variação entre 11 e 15 dias. Em média morrerão durante o internamento 2 250 doentes e até aos três meses após o AVC cerca de 4 950. Se a situação em termos de capacidade funcional for semelhante à encontrada nos estudos já realizados, previsivelmente teremos aos três meses após o AVC, em cada ano: 5 400 indivíduos com uma incapacidade muito grave (0-4 no Índice de Barthel); 2 745 com incapacidade grave (5-9); 3 330 com incapacidade moderada (10-14); 4 095 com incapacidade ligeira e 6 930 independentes.

Estes dados revelam a problemática associada ao AVC no que se refere à incapacidade gerada pelas suas sequelas. O facto de ser impreterível demonstrar a importância dos enfermeiros de reabilitação, também fez com que a problemática do nosso estudo se debruçasse sobre os contributos de um programa de reabilitação, especificamente o treino do autocuidado, para a promoção da independência da pessoa com AVC.

Acresce ao supracitado, o facto de que associado à diminuição do nível de dependência está a diminuição da necessidade de produtos de apoio muitas vezes subsidiados pelos hospitais ou a custos próprios para o doente, está uma menor necessidade dos doentes em serem assistidos por familiares e/ou apoio domiciliário e está uma maior auto-estima do doente e motivação em recuperar o mais rapidamente possível.

Porque o autocuidado é realizado pela pessoa, para si mesma, se depender de outrem, será dependente para determinado autocuidado e essa dependência limitará a pessoa na evolução da sua independência após o episódio de AVC. Como partilhamos e vivenciamos a necessidade dos doentes em se tornarem independentes na satisfação do seu autocuidado, esta temática despertou ainda mais vontade em conhecer o estado da arte e aplicar a metodologia de investigação.

A opção pelo estudo das pessoas após ocorrência do AVC resultou, primeiramente, por se tratar de uma patologia do nosso interesse uma vez que cuidamos diariamente de doentes com sequelas de AVC, para dar continuidade ao trabalho desenvolvido na disciplina de Metodologia de Projecto I e porque o AVC é uma das principais causas de incapacidade prolongada na Europa, sendo necessário investigar se os recursos disponíveis podem ou não reduzir esta incapacidade/nível de dependência.

Como enfermeira em geral, e por ter conhecimentos de reabilitação em particular, sabendo que o treino das actividades relacionadas com o autocuidado é de primordial importância na promoção da independência da pessoa com AVC, torna-se necessária a criação de um programa de reabilitação adequado às suas necessidades.

Para Hoeman (2000), o enfermeiro de reabilitação tem a competência de ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar os doentes nas AVDs, para níveis máximos de independência, promovendo o autocuidado.

Neste âmbito, as finalidades do presente estudo são obter resultados que demonstrem os contributos do treino do autocuidado no nível de (in)dependência dos doentes após AVC, decorrente da aplicação de um programa de reabilitação e permitir que esses resultados sejam um instrumento de reflexão das práticas de enfermagem de reabilitação.

1.1. Questões de investigação

A questão de investigação é definida por Fortin (2003, p.51) como “ (...) um enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população - alvo e sugere uma investigação empírica”.

Deste modo, com a intencionalidade de aprofundar o conhecimento sobre a temática e aferir resultados válidos, centrámo-nos na seguinte questão de investigação: Quais os contributos de um programa de enfermagem de reabilitação relativo ao treino do autocuidado no nível de (in)dependência da pessoa com AVC, numa unidade de convalescença?

Esta foi a questão que orientou o estudo e que ditou o aparecimento de outras questões mais específicas:

- Qual o nível de dependência dos doentes em cada autocuidado na entrada na unidade?
- Qual o nível de dependência dos doentes em cada autocuidado no momento da alta da unidade?
- Qual o autocuidado em que se verifica menor e maior ganho no nível de independência dos doentes?
- Qual o autocuidado em que se verifica menor e maior ganho no nível de dependência total dos doentes?

- Quais os nível de dependência em todos os autocuidados na entrada e na alta?
- Qual a relação da variação do nível de dependência nos autocuidados da entrada à alta, com as características da amostra?

1.2. Objectivos

Das questões orientadoras decorrem directamente os objectivos que especificam os aspectos a estudar, sendo neles que os resultados do estudo se irão reflectir.

Segundo Fortin (2003), o objectivo do estudo indica o porquê da investigação e precisa a sua orientação. Melo (2010), citando Pais Ribeiro (2007), acrescenta que os objectivos de investigação representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação.

O objectivo geral é identificar a evolução do nível de (in)dependência nos autocuidados da pessoa com AVC, desde a entrada até à alta de uma unidade de convalescença, após implementação de um programa de reabilitação relativo ao treino do autocuidado, utilizando o Índice de Barthel.

Assim, para a concretização do estudo elaboramos os seguintes objectivos específicos:

- Caracterizar a amostra em estudo;
- Avaliar o nível de dependência dos doentes em cada autocuidado, na entrada e na alta;
- Comparar os níveis de dependência dos doentes em cada autocuidado, da entrada à alta;
- Avaliar o nível de dependência dos doentes em todos os autocuidados, na entrada e na alta;
- Comparar os níveis de dependência dos doentes em todos os autocuidados, da entrada à alta;

- Identificar o autocuidado em que os doentes apresentam maior e menor ganho de independência;
- Relacionar a variação do nível de dependência nos autocuidados da entrada à alta, com as características da amostra.

2. Desenho do estudo

Uma vez esboçada a problemática do estudo, as questões e os objectivos da investigação, importa abordar o desenho do estudo propriamente dito e as implicações éticas.

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

Vários são os elementos que auxiliam o estabelecimento de um desenho de investigação apropriado, de forma a responder às questões levantadas pela problemática do estudo: o meio ou local onde o estudo vai ser realizado, o tipo de estudo, a população alvo e a amostra, os instrumentos utilizados para a colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados e o tratamento estatístico.

2.1. Meio e tipo de estudo

Este estudo foi inserido no contexto do estágio final relativo ao Mestrado em Cuidados de enfermagem de reabilitação, em que já estava preconizado previamente que iria estar associado um relatório de estágio. Este foi direccionado para uma área do interesse de cada aluno.

O estudo foi, assim, realizado num meio natural, num contexto em que foi possível implementar o treino do autocuidado em doentes com AVC, no sentido de avaliar os seus contributos no nível de (in)dependência. O local escolhido foi uma unidade de cuidados continuados de convalescença da RNCCI.

Atendendo à problemática, o estudo inseriu-se numa abordagem quantitativa, de carácter exploratório, permitindo, assim, a compreensão de um fenómeno dentro do seu contexto natural, analisando comportamentos e tentando reflectir nas razões dos mesmos. Como refere Sequeira (2010), citando Trivinos (1987),

os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar a sua experiência relativa a um determinado problema.

Dado que fornece informação sobre características de uma população (Ribeiro, 1999), este estudo assume-se como descritivo. Como refere Fortin (2003, p.164), “o estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população”.

2.2. População e Amostra

Numa investigação, definir a população e a amostra são passos fundamentais, na medida em que é delas que a prossecução do estudo depende. Fortin (2003, p. 202) considera população como “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Também Tuckman (1999, p. 338) diz “que é o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões”. A nossa população contemplou as pessoas que deram entrada na unidade de cuidados continuados de convalescença com diagnóstico principal de AVC.

A pesquisa é, no entanto, realizada apenas com uma parte representativa da população, ou seja, a amostra. As características da população devem estar presentes na amostra seleccionada, assim, a selecção da amostra deve ser representativa da população em estudo e os elementos devem partilhar características em comum, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo (Tuckman, 1999).

Para Fortin (2003, p.41) a amostra “é uma réplica, em miniatura, da população-alvo” e “é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso” (p. 208).

Tendo em conta as duas grandes categorias de amostras, as probabilísticas e as não probabilísticas, a categoria da nossa amostra insere-se na não probabilística com uma amostragem do tipo acidental. Assim, cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a

amostra, sendo esta formada por doentes que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, como por exemplo, as pessoas hospitalizadas (Fortin, 2003).

Deste modo, a amostra foi formada por doentes que foram incluídos no estudo à medida que deram entrada na unidade, ou seja, tratou-se de uma amostra não aleatória por conveniência, em que, a amostra foi escolhida num local que convinha ao investigador (unidade de convalescença) e que respeitasse as características e os critérios de inclusão.

A amostra do estudo foi, assim, constituída pelos doentes que apresentavam os seguintes critérios de inclusão: que o AVC fosse o motivo do internamento, que o doente desse entrada na unidade entre a 1^a e a 10^a semana de Estágio e, ainda, que o doente apresentasse na primeira avaliação referente à aplicação do IB valor inferior a 100.

Os critérios de exclusão foram: apresentar alterações da função cognitiva e do comportamento que pudessem condicionar o desempenho nos autocuidados e repetirem AVC durante o internamento com alteração do nível de dependência inicial.

2.3. Instrumentos de colheita de dados

Foram aplicados dois instrumentos de colheita de dados, num primeiro momento de avaliação (designado T1) foi utilizado um instrumento composto pelas variáveis sócio-demográficas (idade, género, estado civil, habilitações literárias e profissão), os antecedentes pessoais/factores de risco cardiovascular, a tipologia territorial e etiológica do AVC e as manifestações clínicas/alterações resultantes do AVC (Anexo 1). No T1 foi ainda aplicado o IB para avaliar o nível de dependência nos autocuidados à entrada dos doentes na unidade.

No segundo momento de avaliação (designado T2), foi empregue apenas o IB, um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica para o diagnóstico do comprometimento nas AVDs. Optamos pela sua utilização para a colheita dos

dados pois é um instrumento que permite a avaliação do nível de dependência nas AVDs, bem como, identificar o tipo de dependência em cada actividade do autocuidado.

A aplicação deste índice no nosso trabalho constitui uma mais valia pois permite-nos verificar a diferença entre o nível de dependência nos dois momentos de avaliação (T1 e T2), de forma a tirar conclusões quanto à evolução do nível de (in)dependência do doente nos respectivos autocuidados desde a entrada até à alta da unidade, após aplicação de um programa de reabilitação.

Deste modo, a escolha por esta escala prendeu-se com o facto das pontuações parciais para cada autocuidado avaliado nos permitirem conhecer quais as incapacidades específicas de cada doente e, conseqüentemente, adequar as intervenções do programa de reabilitação.

Para além deste facto, a nossa preferência incidiu pelo IB, atendendo às suas características e vantagens já referidas no enquadramento teórico, no que se refere à consistência interna, fácil aplicabilidade e interpretação, fidelidade, validade e confiabilidade da versão em português.

Verifica-se na prática clínica, uma variabilidade da categorização da pontuação do IB, bem como, dos diferentes itens que compõem cada autocuidado, no entanto, cada autor encontrou elevada fiabilidade e consistência na utilização das diferentes versões e categorizações, como tem vindo a ser descrito.

A versão do IB utilizada neste trabalho consta no Anexo 2, sendo que a cada nível de dependência para cada autocuidado corresponde uma pontuação entre 0 e 15, 0 e 10 ou 0 e 5. A pontuação do IB por nível de dependência nos autocuidados em geral consta no Anexo 3.

2.4. Procedimentos na colheita de dados e tratamento estatístico

A colheita de dados foi realizada em dois momentos, o T1 na entrada do doente na unidade e o T2 no momento da alta, ou seja, 4 semanas após a

admissão, uma vez que o número de dias de internamento preconizado para as unidades de convalescença é de 30 dias, salvo algumas excepções. A recolha dos dados foi realizada num período de 14 semanas.

Para a recolha de dados, no T1, aplicamos um instrumento que engloba as variáveis sócio-demográficas e algumas características do AVC e o IB. No T2 aplicamos apenas o IB. Os dados colhidos foram introduzidos numa base de dados do *Statistical Program for Social Science* (SPSS versão 20) e posteriormente tratados e apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

Entre os dois momentos de avaliação, ou seja, entre a entrada e a alta foi implementado um programa de reabilitação pré-elaborado baseado no treino dos autocuidados contemplados no IB: alimentação, banho, higiene pessoal, vestuário, uso de sanitário, controlo de esfíncteres, transferência, deambulação e subir/descer escadas (Anexo 4).

O programa de reabilitação relativo ao treino do autocuidado foi individual, pois cada pessoa tem características específicas, ou seja, foi susceptível a ser alterado e a sofrer oscilações de acordo com as características do doente vítima de AVC, refira-se alterações resultantes do AVC, características pessoais e de personalidade e níveis de dependência nos autocuidados.

Assim, antes da implementação do programa de reabilitação foi realizado o acolhimento do doente na unidade e a avaliação neurológica, no sentido de serem identificadas as alterações decorrentes do AVC e de se adaptar o programa às individualidades de cada pessoa. Como refere Hoeman (2000), antes do programa de reabilitação, é necessário fazer uma avaliação inicial, em que o enfermeiro de reabilitação recolhe dados da pessoa, utilizando parâmetros de avaliação apropriados.

Como refere Branco e Santos (2010), o sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC depende de um desenvolvimento lento, repetitivo, persistente, com exercícios contínuos que não devem evoluir para além da capacidade individual da pessoa. Mais do que uma série de exercícios isolados, realizados numa ordem estabelecida, deverão ser uma

sequência de actividades de preparação para uma função real, e encaradas como um tratamento ou modo de vida durante 24 horas.

O programa de reabilitação foi desenvolvido com base em pesquisa bibliográfica, nas definições da CIPE e nos conteúdos programáticos leccionados nas aulas.

2.5. Implicações Éticas

A realização de pesquisas de investigação é actualmente inquestionável, nomeadamente em enfermagem, conduzindo a um melhor reconhecimento da profissão pela população, pelos parceiros profissionais e pelos poderes políticos e assegura o desenvolvimento científico em benefício do ser humano (Silva, Oliveira e Muccioli, 2005).

A investigação faz parte do crescimento de qualquer profissão e no que se refere à enfermagem, permite-nos gerar e adquirir conhecimentos.

Streubert e Carpenter (2002, p. 37) referem que “comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos e qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral”.

Este trabalho surgiu no âmbito do estágio final relativo ao Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, com a supervisão de um enfermeiro orientador e especialista em enfermagem de reabilitação.

No sentido de serem asseguradas as questões éticas necessárias para a realização de qualquer trabalho de investigação deve haver sempre respeito pelos princípios éticos associados aos seres humanos. As considerações éticas asseguram que as pessoas sejam respeitadas nos termos da sua dignidade, integridade e valores, evitando que sejam usadas apenas como instrumentos para a obtenção de resultados (Schneider, 2008).

Fortin (2003) descreve cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, que foram determinados pelos códigos de ética: o direito à auto-determinação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à

confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo, e o direito a um tratamento justo e leal.

Neste contexto foram asseguradas todos estes princípios, tendo sido colocada aos doentes a possibilidade de fazerem questões que dessem resposta às suas dúvidas. Todos os doentes, após estarem devidamente esclarecidos, aceitaram participar no programa de reabilitação relativo ao treino do autocuidado, não tendo nenhum abandonado o programa. A confidencialidade e a privacidade foram asseguradas, não só do doente, mas também dos resultados obtidos, pela atribuição, por exemplo, de números a cada doente.

Tal como referem Streubert e Carpenter (2002), a obtenção do consentimento informado, a reserva de confidencialidade e anonimato dos participantes, o teor circunspecto da relação participante-investigador e a forma de análise dos dados obtidos constituem formas de garantir a preservação dos princípios éticos ao longo de uma investigação.

Deste modo, foi sempre questionado aos doentes se aceitariam participar no programa de reabilitação delineado e ajustado individualmente às características de cada um, assim como se deve questionar qualquer intervenção de enfermagem.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 87), “o consentimento significa que os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa; compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação”.

PARTE III- DA APRESENTAÇÃO À DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Descrita a metodologia utilizada, procedemos à apresentação e discussão dos resultados do estudo. Como refere Fortin (2003), os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita de dados e são apresentados de forma a irem de encontro ao problema de investigação.

Deste modo, nesta terceira parte apresentamos os resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados após o tratamento estatístico efectuado no SPSS, e discutimo-los, face às questões orientadoras colocadas, em dois capítulos distintos para facilitar a apreensão da informação. Terminamos com as considerações finais em resposta aos objectivos formulados.

1. Apresentação dos resultados

A apresentação dos resultados é considerada um procedimento básico, que se inclui normalmente em todas as investigações e que serve para apresentar a “fotografia” do grupo estudado (Ribeiro, 1999).

Assim, vamos proceder numa primeira fase à caracterização da amostra em estudo e, posteriormente, à caracterização e comparação do nível de dependência em cada autocuidado à entrada e à alta da unidade, bem como, nos autocuidados de forma global e à apresentação de algumas relações.

1.1. Caracterização da amostra

No período em que decorreu o estágio opcional do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, vários foram os diagnósticos de admissão na unidade. Ainda assim, o meu universo temporal foi de 16 pessoas que cumpriam os critérios de inclusão. Os elementos da amostra vão ser caracterizados quanto à idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão, antecedentes pessoais/factores de risco cardiovascular, tipologia territorial e etiológica do AVC, manifestações clínicas/alterações resultantes do AVC e N.º (número) de dias de internamento.

❖ Idade

A média de idades dos elementos da amostra é de 78.88 anos cujo desvio padrão é de ± 7.544 anos, variando entre os 65 (idade mínima) e os 91 anos de idade (idade máxima). Existem várias idades que são mais observadas, o primeiro quartil localiza-se nos 73 anos e o terceiro nos 86 anos, sendo que 50% dos doentes têm idade igual ou superior e igual ou inferior a 78.5 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil estatístico da amostra relativamente à idade

N	Válidos	16
	Perdidos	0
Média		78,88
Mediana		78,50
Moda		73 ^a
Desvio padrão		7,544
Amplitude		26
Mínimo		65
Máximo		91
Percentil	25	73,00
	50	78,50
	75	86,00

a. Existem múltiplas modas, é apresentado o valor mais baixo.

A faixa etária compreendida entre os 71-80 anos corresponde a uma percentagem de 50% da amostra, seguida da faixa etária dos 81-90 com 31.25% e da faixa etária dos 61-70 anos com 12.5%. Apenas um elemento da amostra tinha mais de 90 anos, como presente na Tabela 2.

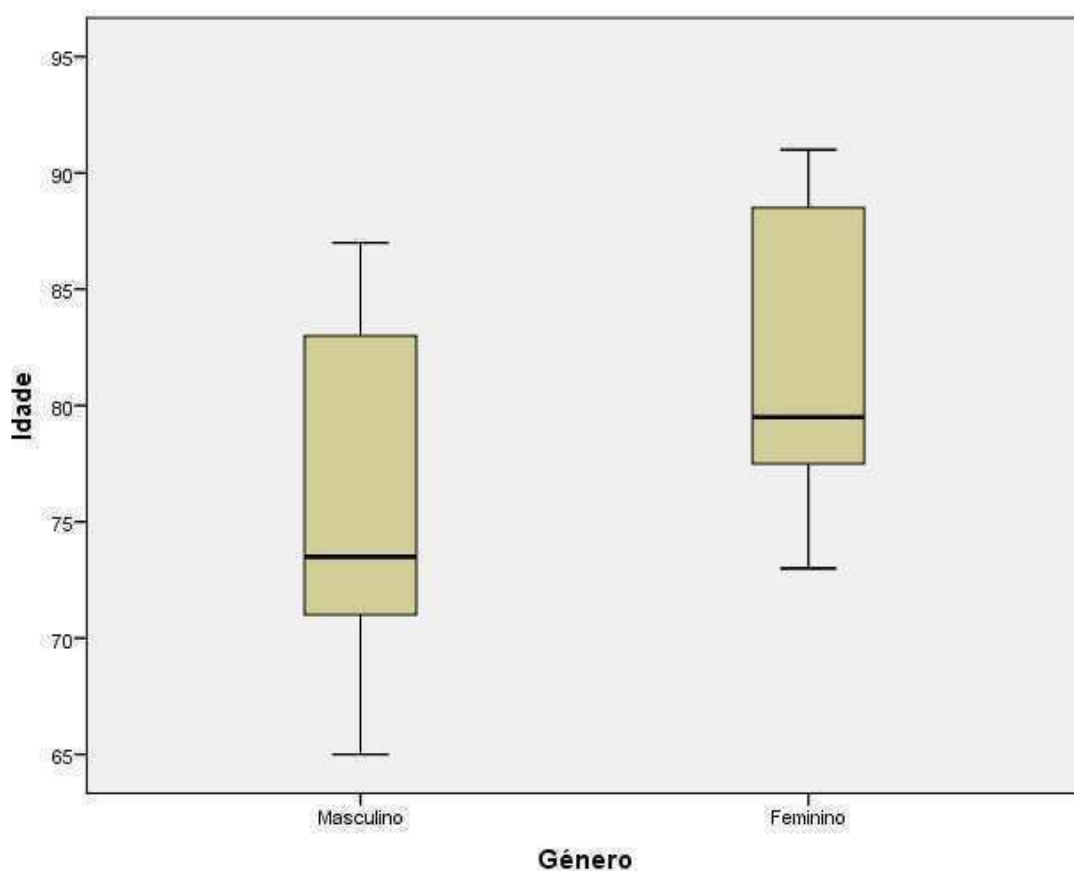
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual da idade

Faixa etária	N	%
61-70	2	12,50
71-80	8	50,00
81-90	5	31,25
> 90	1	6,25
Total	16	100,00

❖ Género

Relativamente ao género, a nossa amostra é composta por 8 pessoas do género masculino e 8 do género feminino e verificámos, pelo Gráfico 1, que os doentes do género masculino são mais novos do que os do género feminino, que a média de idades das pessoas do género masculino é mais baixa e que os doentes do género feminino atingem idades mais altas.

Gráfico 1 – Relação do gênero com a idade



Constatamos, ainda, como se pode ver na Tabela 3 que, para o gênero feminino predomina a faixa etária dos 71-80 anos (31.25%) e para o gênero masculino a faixa etária dos 71-80 anos (18.75%) e dos 81-90 anos (18.75%).

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual da faixa etária com discriminação do gênero

			Faixa etária				Total
			61-70	71-80	81-90	> 90	
Gênero	Masculino	N	2	3	3	0	8
		%	12,50	18,75	18,75	0,00	50,00
	Feminino	N	0	5	2	1	8
		%	0,00	31,25	12,50	6,25	50,00
Total		N	2	8	5	1	16
		%	12,50	50,00	31,25	6,25	100,00

❖ Estado Civil

No que se refere ao estado civil, conforme se pode verificar na Tabela 4, a amostra é equitativamente do estado civil casado/a e viúvo/a (43.75%) ou solteiro/a e divorciado/a (6.25%).

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual do estado civil

Estado Civil	N	%
Solteiro/a	1	6,25
Casado/a	7	43,75
Divorciado/a	1	6,25
Viúvo/a	7	43,75
Total	16	100,00

No que concerne à faixa etária, como se pode ver na Tabela 5, ao grupo de doentes dos 81-90 anos corresponde uma percentagem de 18.75% de doentes viúvos e à faixa etária > 90 anos uma percentagem de 6.25%. Os doentes mais novos, dos 61-70 anos são todos casados (12.50%) e dos 71-80 anos os doentes são em igual percentagem casados e viúvos (18.75%) ou solteiros e divorciados (6.25%).

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual do estado civil com discriminação da faixa etária

			Estado civil				Total
			Solteiro/a	Casado/a	Divorciado/a	Viúvo/a	
Faixa etária	61-70	N	0	2	0	0	2
		%	0,00	12,50	0,00	0,00	12,50
	71-80	N	1	3	1	3	8
		%	6,25	18,75	6,25	18,75	50,00
	81-90	N	0	2	0	3	5
		%	0,00	12,50	0,00	18,75	31,25
	> 90	N	0	0	0	1	1
		%	0,00	0,00	0,00	6,25	6,25
	Total	N	1	7	1	7	16
		%	6,25	43,75	6,25	43,75	100,00

Na relação do estado civil com o género (Tabela 6), constatamos que a maioria dos doentes do género masculino são casados (43.75%), enquanto a maioria do género feminino são viúvas (37.50%).

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual do estado civil com discriminação do género

			Estado civil				Total
			Solteiro/a	Casado/a	Divorciado/a	Viúvo/a	
Género	Masculino	N	0	7	0	1	8
		%	0,00	43,75	0,00	6,25	50,00
	Feminino	N	1	0	1	6	8
		%	6,25	0,00	6,25	37,50	50,00
Total		N	1	7	1	7	16
		%	6,25	43,75	6,25	43,75	100,00

❖ Habilitações Literárias

Relativamente às habilitações literárias, segundo a Tabela 7, aferimos que a maioria possui o 1º ciclo de ensino (56.25%), seguindo-se o analfabetismo (25%) e, por último, o 3º ciclo (18.75%).

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual das habilitações literárias

Habilitações literárias	N	%
Sem escolaridade	4	25,00
1º ciclo	9	56,25
3º ciclo	3	18,75
Total	16	100,00

❖ Profissão

No que se refere á profissão antes da reforma, a actividade de agricultor e a de doméstica ocupam igual percentagem (18.75%), seguindo-se a actividade de costureira e de comerciante com 12.5% (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual da actividade profissional

Profissão	N	%
Doméstica	3	18,75
Joalheiro	1	6,25
Bancário	1	6,25
Jardineiro	1	6,25
Costureira	2	12,50
Mecânico	1	6,25
Agricultor/a	3	18,75
Comerciante	2	12,50
Inspector chefe	1	6,25
Operário/a fabril	1	6,25
Total	16	100,00

❖ Antecedentes Pessoais/Factores de Risco Cardiovascular

Relativamente aos antecedentes pessoais/patologias associadas, verificámos que todos os doentes apresentam outros antecedentes. Maioritariamente apresentam obesidade (93.75%), seguidamente a HTA (81.25%), a patologia cardíaca e a dislipidemia (equitativamente 56.25%), a Diabetes e o síndrome depressivo (com igual percentagem de 31.25%) e o tabagismo (18.75%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual dos antecedentes pessoais/patologias associadas

Antecedentes Pessoais	N	% de casos
HTA	13	81,25%
Diabetes	5	31,25%
Patologia cardíaca	9	56,25%
Dislipidemia	9	56,25%
Obesidade/Excesso de peso	15	93,25%
Outros	16	100,00%
Tabagismo	3	18,75%
Síndrome Depressivo	5	31,25%

❖ Tipologia Etiológica e Territorial do AVC

Quanto aos tipos de AVC, verificamos que maioritariamente os AVCs foram isquémicos (81.25%) e em menor percentagem hemorrágicos (12.5%). Apenas um AVC não foi classificado (Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual da tipologia etiológica dos AVCs

Tipologia etiológica do AVC	N	%
Isquémico	13	81,25
Hemorrágico	2	12,50
Mal definido/Não classificado	1	6,25
Total	16	100,00

No que se refere à tipologia territorial dos AVCs isquémicos, conforme mostra na Tabela 11, maioritariamente ocorreram no território da artéria cerebral média direita (ACMD) representando 31.25% dos doentes, seguindo-se a artéria cerebral média esquerda (ACME) com 18.75%. Relativamente aos subtipos de AVC, a hemorragia intracerebral ocupa 12.50% dos doentes. Aferimos, também, que 25% dos AVCs não tiveram tradução imagiológica.

Tabela 11 – Distribuição numérica e percentual da tipologia territorial dos AVCs

Tipologia territorial	N	%
ACMD	5	31,3
ACME	3	18,8
Artérias Perfurantes	2	12,5
Hemorragia intracerebral	2	12,5
Sem tradução Imagiológica	4	25,0
Total	16	100,0

❖ Manifestações Clínicas/Alterações resultantes do AVC

Pela análise dos nossos resultados, verificámos que todos os doentes apresentavam desequilíbrio dinâmico, seguindo-se a parésia esquerda que afectou 68.75% dos doentes, a parésia facial central esquerda (56.25%) e o desequilíbrio estático e a urgência urinária/incontinência esporádica (com igual percentagem de 50%), conforme a Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição numérica e percentual das manifestações clínicas/alterações resultantes do AVC

Manifestações clínicas/Alterações resultantes do AVC	N	% de casos
Parésia Direita	7	43,75
Parésia Esquerda	11	68,75
Disartria	7	43,75
Parésia Facial Central Direita	5	31,25
Parésia Facial Central Esquerda	9	56,25
Hipostesia Direita	2	12,50
Hipostesia Esquerda	6	37,50
Desequilíbrio estático	8	50,00
Desequilíbrio dinâmico	16	100,00
Afasia	3	18,75
Negligencia hemiespacial unilateral Esquerda	3	18,75
Disfagia	6	37,50
Hemianopsia Homonima Esquerda	3	18,75
Urgência Urinária/Incontinência esporádica	8	50,00
Incontinência Urinária	4	25,00
Hipertonia	4	25,00

❖ N.º de Dias de Internamento

Na amostra em estudo aferimos que a média do n.º de dias de internamento foi de 29.31, com um desvio padrão de ± 9.864 dias, um limite mínimo de 6 dias de internamento na unidade e um máximo de 42 dias. O n.º de dias de internamento mais frequente foi 30 (Tabela 13).

Tabela 13 – Perfil estatístico da amostra relativamente ao n.º de dias de internamento

N	Válidos	16
	Perdidos	0
Média		29,31
Mediana		30,00
Moda		30
Desvio Padrão		9,864
Amplitude		36
Mínimo		6
Máximo		42
Percentil	25	30,00
	50	30,00
	75	36,00

De acordo com a Tabela 14, a maioria dos doentes tiveram os 30 dias de internamento preconizados para as unidades de convalescença (56.25%), dois doentes permaneceram 6 dias na unidade e os doentes com mais de 30 dias de internamento correspondem a 31.25% da amostra.

Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual do n.º de dias de internamento

N.º de dias de internamento	N	%
6	2	12,50
30	9	56,25
33	1	6,25
37	2	12,50
38	1	6,25
42	1	6,25
Total	16	100,00

1.2. Caracterização do nível de dependência em cada autocuidado na entrada

Pela análise dos nossos resultados relativos ao nível de dependência na entrada, conforme a Tabela 15, constatámos que, em média, os doentes apresentaram 4.38 de pontuação para o autocuidado **alimentação**, com um limite mínimo de 0 (dependência total) e um limite máximo de 8 (dependência leve). O valor que mais se repetiu foi 5 (dependência moderada).

No autocuidado **vestuário**, em média os doentes pontuaram 2.88. Este valor situa-se entre a dependência severa e a moderada. No máximo apresentaram pontuação de 5 (dependência moderada), o valor central e o valor que mais se repetiu foi o 2 (dependência severa). Nenhum doente era independente para o autocuidado vestuário na entrada.

No que se refere ao autocuidado **banho**, a pontuação mais frequente na entrada foi de 1 (dependência severa), 50% dos doentes apresentavam níveis de dependência superiores ou iguais a esse valor e no máximo pontuaram 3 (dependência moderada).

Relativamente ao autocuidado **higiene pessoal**, a pontuação que ocupa o valor central e o valor mais vezes verificado corresponde à pontuação 1 (dependência severa), em média pontuaram 1.94 e no máximo obtiveram a pontuação 5 (independência).

No que concerne ao autocuidado **uso de sanitário**, em média os doentes pontuaram 2.88, situando-se entre a dependência severa e a moderada. A pontuação mais frequente foi de 5 (dependência moderada), 50% dos doentes apresentavam pontuação superior ou igual a 2 (dependência severa) e no máximo os doentes apresentaram a pontuação 8 (dependência leve).

Quanto ao **controlo intestinal**, a pontuação mais frequente e o máximo que os doentes apresentaram na entrada foi de 10 (independência). Em média pontuaram 7.06, valor próximo da dependência leve, cujo desvio padrão foi de ± 4.008 .

Relativamente ao **controle vesical**, no máximo apresentaram pontuação de 10 (independência), em média pontuaram 5.56 e existiram vários valores igualmente observados, mas no mínimo pontuaram 0 (dependência total).

No que se refere ao **subir/descer escadas**, em média os doentes apresentaram 0.56 de pontuação (valor compreendido entre a dependência total e a severa). O valor mais frequente, o valor central e o mínimo observado corresponderam à pontuação de 0 (totalmente dependente). No máximo obtiveram a pontuação 5 (dependência moderada).

No autocuidado **transferência** um dos valores mais observados corresponde ao valor central de 3 (dependência severa). Em média pontuaram 4.88, cujo desvio padrão foi de ± 3.667 . No máximo os doentes apresentaram à entrada a pontuação de 12 (dependência leve).

Relativamente ao autocuidado **deambulação**, o valor mais observado e o valor central corresponderam a uma pontuação de 3 (dependência severa) e no máximo observámos a pontuação de 8 (dependência moderada). Nenhum doente apresentava dependência leve ou era independente.

Tabela 15 – Perfil estatístico da amostra relativamente a cada autocuidado, à entrada dos doentes na unidade

	Alimentação	Vestuário	Banho	Higiene Pessoal	Uso de Sanitário	Controlo Intestinal	Controlo Vesical	Subir/ Descer Escadas	Transferência	Deambulação
N Válidos	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
N Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média	4,38	2,88	1,38	1,94	2,88	7,06	5,56	0,56	4,88	2,50
Mediana	5,00	2,00	1,00	1,00	2,00	10,00	6,50	0,00	3,00	3,00
Moda	5	2	1	1	5	10	0 ^a	0	3 ^a	3
Desvio Padrão	2,553	1,821	1,204	1,731	2,553	4,008	4,258	1,365	3,667	2,582
Amplitude	8	5	3	5	8	10	10	5	12	8
Mínimo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Máximo	8	5	3	5	8	10	10	5	12	8

a. Existem múltiplas modas, é apresentado o valor mais baixo.

1.3. Caracterização do nível de dependência em cada autocuidado na alta

Relativamente à alta, como constatámos na Tabela 16, no que se refere ao autocuidado **alimentação**, em média, os elementos da amostra apresentaram pontuação de 7.81 (valor compreendido entre a dependência moderada e a leve). A pontuação mais observada foi de 10 (independência), no mínimo os doentes pontuaram 0 (dependência total) e no máximo 10 (independência) e 50% dos doentes apresentava pontuação superior ou igual a 8 (dependência leve).

No que se refere ao autocuidado **vestuário**, em média apresentaram valores de 6.13 e a pontuação mais observada foi de 8 (dependência leve). No mínimo pontuaram 2 (dependência severa) e no máximo 10 (independente). Nenhum doente apresentava dependência total, à alta, no autocuidado vestuário.

Quanto ao autocuidado **banho**, vários foram os valores frequentemente observados, no mínimo pontuaram 1 (dependência severa) e no máximo 4 (dependência leve). Em média pontuaram 2.88, cujo desvio padrão foi de 1.204. Nenhum elemento da amostra era totalmente dependente ou independente no banho, à alta.

No autocuidado **higiene pessoal**, o valor mais observado e o valor máximo obtido foi de 5 (independente). No mínimo os doentes pontuaram 1 valor (dependência severa) e 50% dos elementos da amostra apresentavam valores superiores ou iguais a 4 (dependência leve).

No que concerne ao **uso de sanitário**, em média os doentes apresentaram pontuação de 6.63 (valor compreendido entre a dependência moderada e a leve). A pontuação 10 (independência) foi a que mais se repetiu e a que correspondeu ao máximo obtido.

Relativamente ao **controlo intestinal**, a pontuação mais observada foi de 10 (independente), correspondendo ao máximo atingido e ao valor central. No controlo vesical observamos a mesma situação.

A média da pontuação obtida no autocuidado **subir/descer escadas** foi de 4.69 (valor compreendido entre a dependência moderada e a severa). A pontuação mais frequente foi de 8 (dependência leve) e no máximo os doentes eram independentes na alta.

Na **transferência**, em média os doentes pontuaram 10.06, com um desvio padrão de 4.343. O valor central foi de 12 (dependência leve) correspondendo ao valor mais observado. No máximo os doentes atingiram a pontuação 15 (independência) e no mínimo a pontuação 3 (dependência severa).

Relativamente à **deambulação**, em média os doentes pontuaram 9, cujo desvio padrão foi de 6.197. Um dos valores mais observado corresponde ao valor central de 12 (dependência leve) e o limite máximo obtido foi de 15 (independência).

Tabela 16 – Perfil estatístico da amostra relativamente a cada autocuidado, à alta dos doentes da unidade

	Alimentação	Vestuário	Banho	Higiene Pessoal	Uso de Sanitário	Controlo Intestinal	Controlo Vesical	Subir/ descer Escadas	Transferência	Deambulação
N Válidos	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
N Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Média	7,81	6,13	2,88	3,75	6,63	7,94	7,56	4,69	10,06	9,00
Mediana	8,00	6,50	3,00	4,00	8,00	10,00	10,00	6,50	12,00	12,00
Moda	10	8	3 ^a	5	10	10	10	8	12	12 ^a
Desvio Padrão	2,810	3,008	1,204	1,390	3,594	3,838	3,705	3,911	4,343	6,197
Amplitude	10	8	3	4	10	10	10	10	12	15
Mínimo	0	2	1	1	0	0	0	0	3	0
Máximo	10	10	4	5	10	10	10	10	15	15

a. Existem múltiplas modas, é apresentado o valor mais baixo.

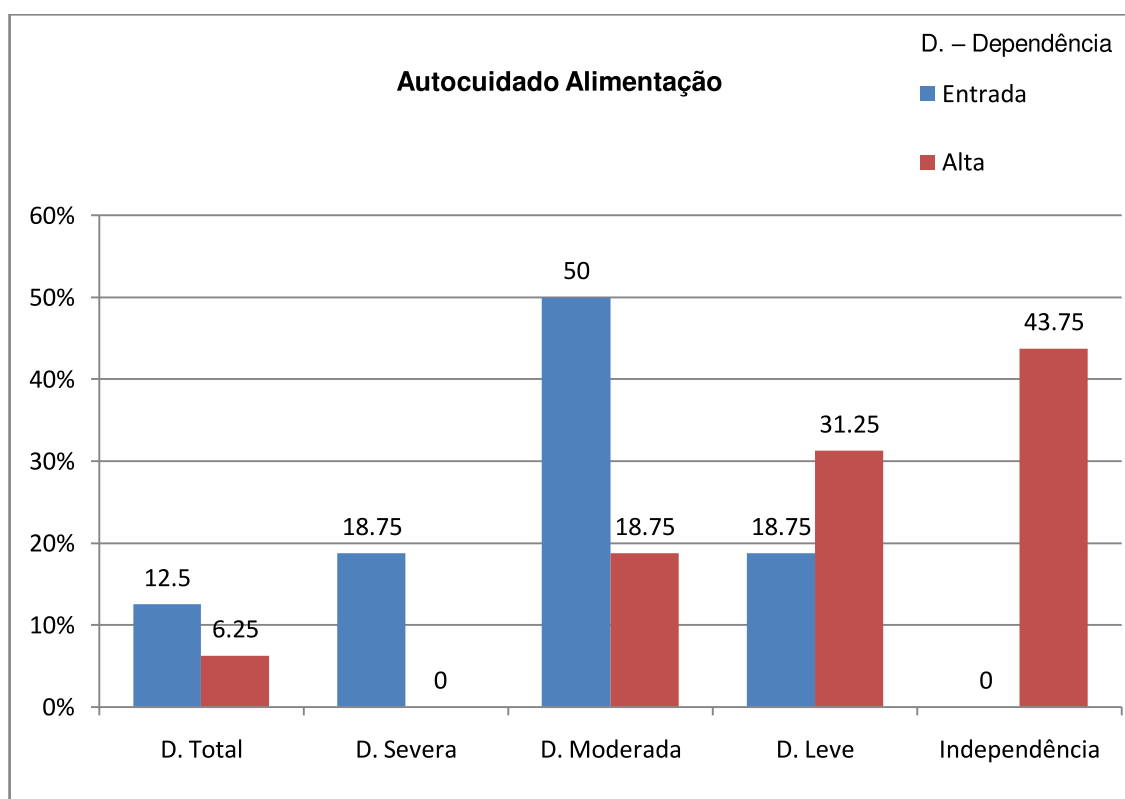
1.4. Comparação dos níveis de dependência em cada autocuidado, da entrada à alta

Para além da apresentação do perfil estatístico da amostra relativamente a cada autocuidado na entrada e na alta, importa apresentar a comparação dos níveis de dependência em cada autocuidado sob a forma de gráficos, para uma melhor percepção da evolução dos elementos da amostra.

❖ Alimentação

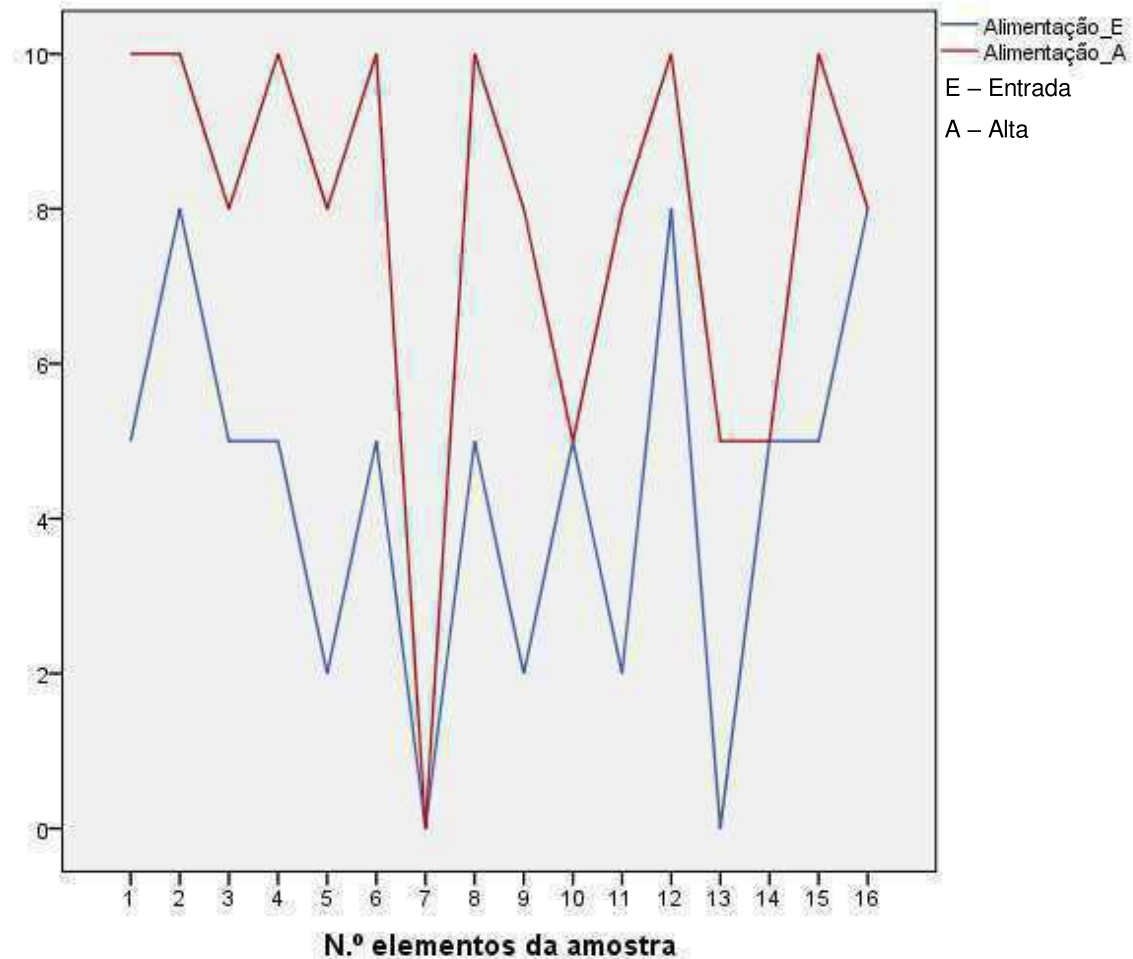
Da análise dos resultados, conforme o Gráfico 2, constatámos que no autocuidado alimentação houve uma diminuição dos níveis de maior dependência (total, severa e moderada) e um aumento do nível de dependência leve e independência, sendo que quase metade dos elementos da amostra se tornaram independentes (43.75%) na alta. Mantiveram-se incapazes para este autocuidado 6.25% dos doentes.

Gráfico 2 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado alimentação



Pela observação dos dados do Gráfico 3 podemos verificar que 4 doentes mantiveram o nível de dependência inicial e que dos doentes com dependência severa, nenhum permaneceu neste nível de dependência à alta (pontuação 2).

Gráfico 3 – Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado alimentação, à entrada e à alta

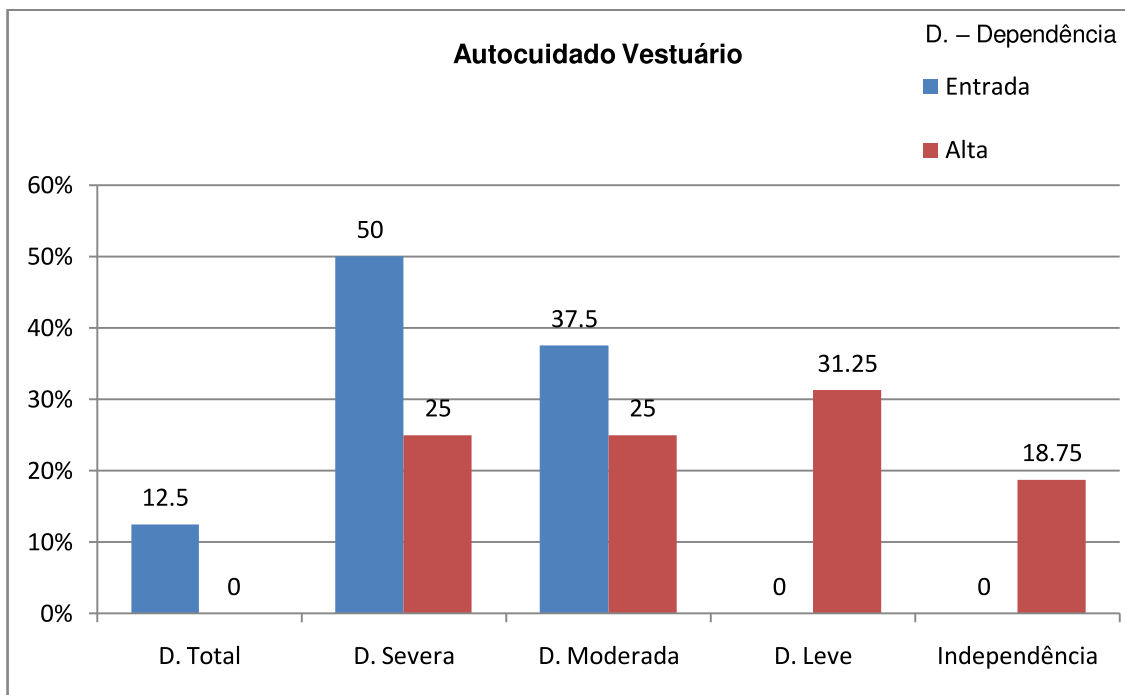


❖ Vestuário

Relativamente a este autocuidado verificámos, conforme os dados do Gráfico 4, que na alta, os níveis de maior dependência diminuem de percentagem relativamente à entrada. Passaram a apresentar dependência leve 31.25% dos doentes e independência 18.75%. A percentagem de doentes com dependência severa diminuiu de 50% para 25% e de doentes com

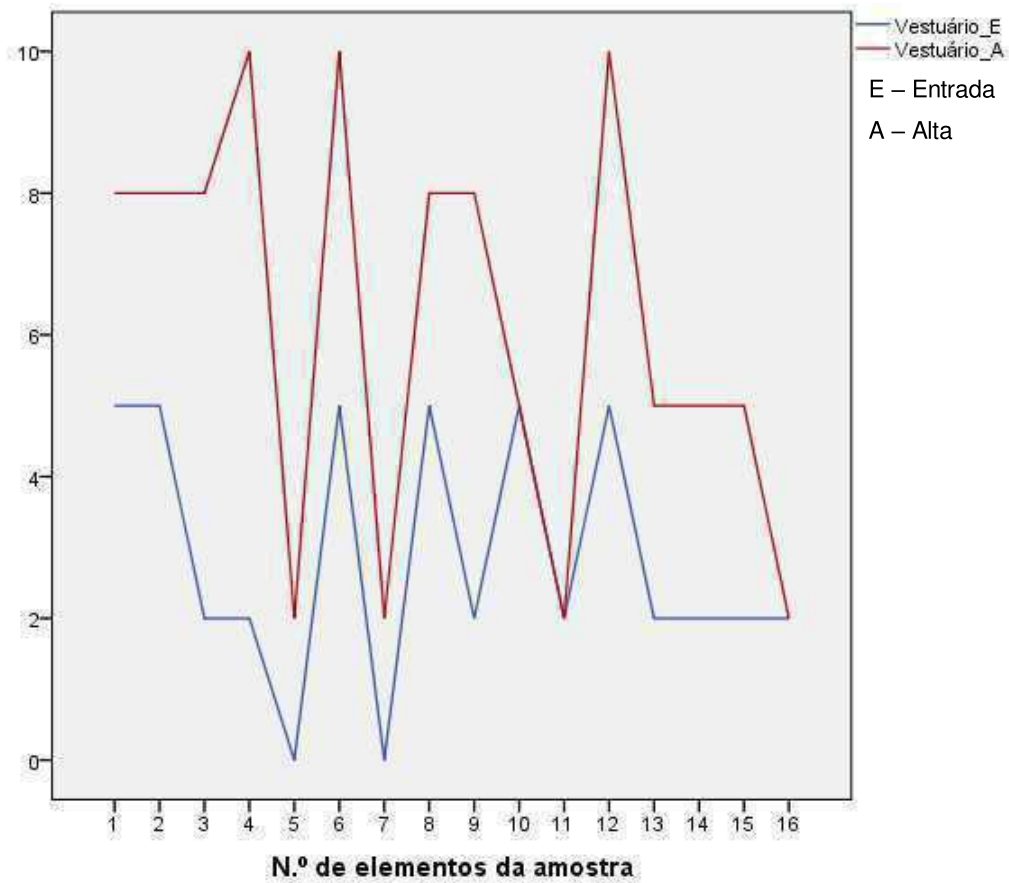
dependência moderada de 37.5% para 25%. Nenhum doente apresentava dependência total na alta.

Gráfico 4 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado vestuário



De acordo com os dados do Gráfico 5, três doentes mantiveram o nível de dependência inicial no autocuidado vestuário, sendo que 2 mantiveram o nível de dependência severa (pontuação 2) e um o nível de dependência moderada (pontuação 5).

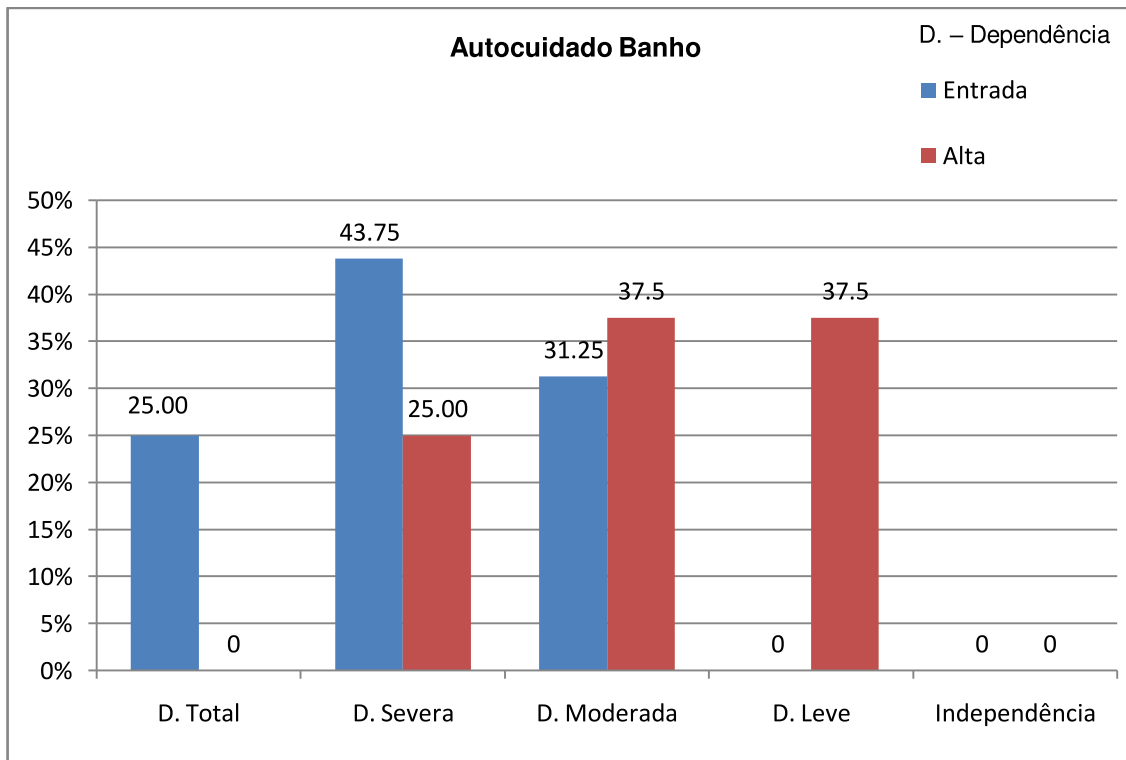
Gráfico 5 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado vestuário, à entrada e à alta



❖ Banho

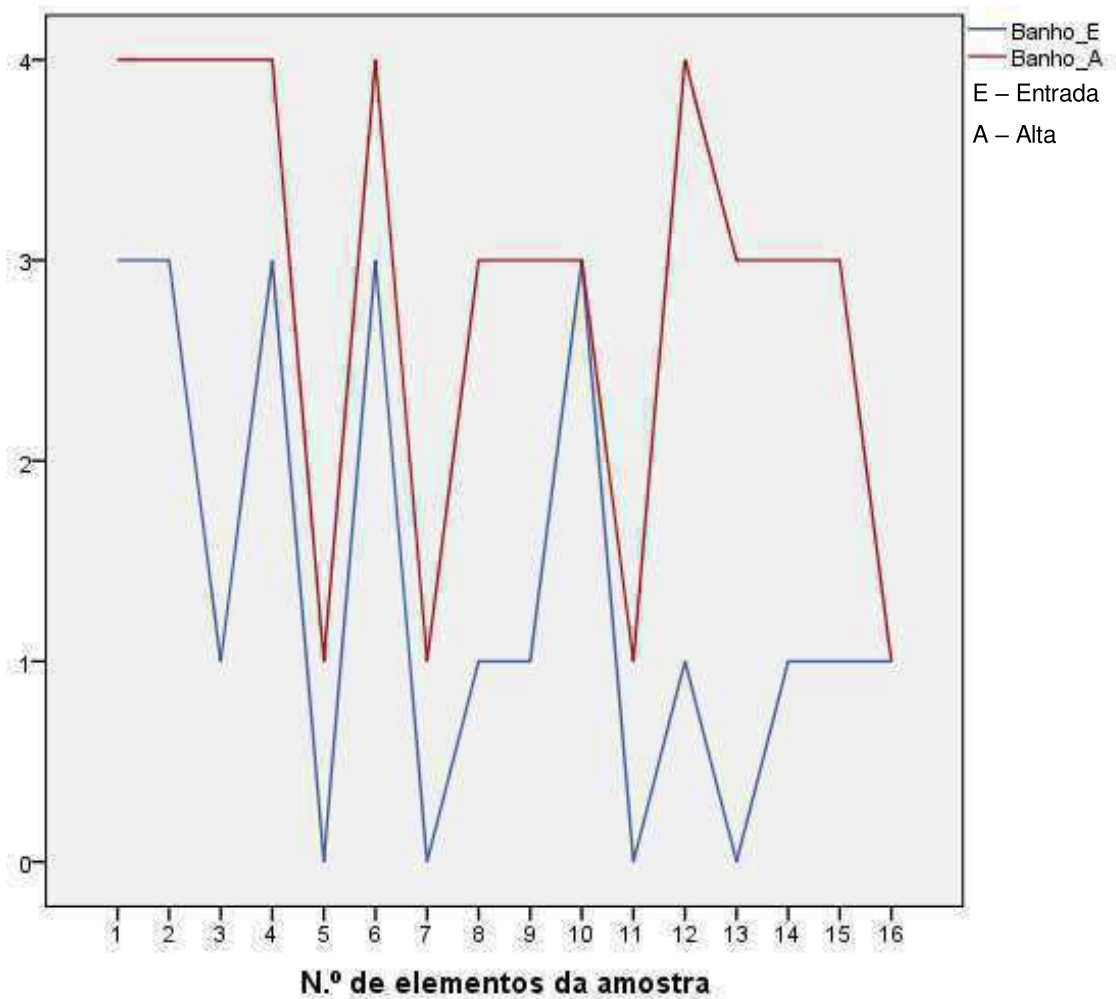
No que se refere ao autocuidado banho (Gráfico 6), verificámos que nenhum doente recuperou para o nível da independência, sendo que necessitavam de supervisão neste autocuidado, à alta, 37.5% dos doentes. Na entrada, demonstraram dependência total 25% dos elementos da amostra, no entanto, nenhum permaneceu neste nível de dependência à alta. O nível de dependência severa diminuiu de 43.75% para 25% e o de dependência moderada aumentou de 31.25% para 37.5%, revelando que os doentes diminuíram os níveis de maior dependência na alta (total e severa).

Gráfico 6 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado banho



Constatámos, também, no Gráfico 7 que dois doentes mantiveram o nível de dependência inicial, um referente ao nível de dependência severa (pontuação 1) e outro referente ao nível de dependência moderada (pontuação 3). Todos os outros doentes transitaram positivamente, pelo menos, um nível de dependência.

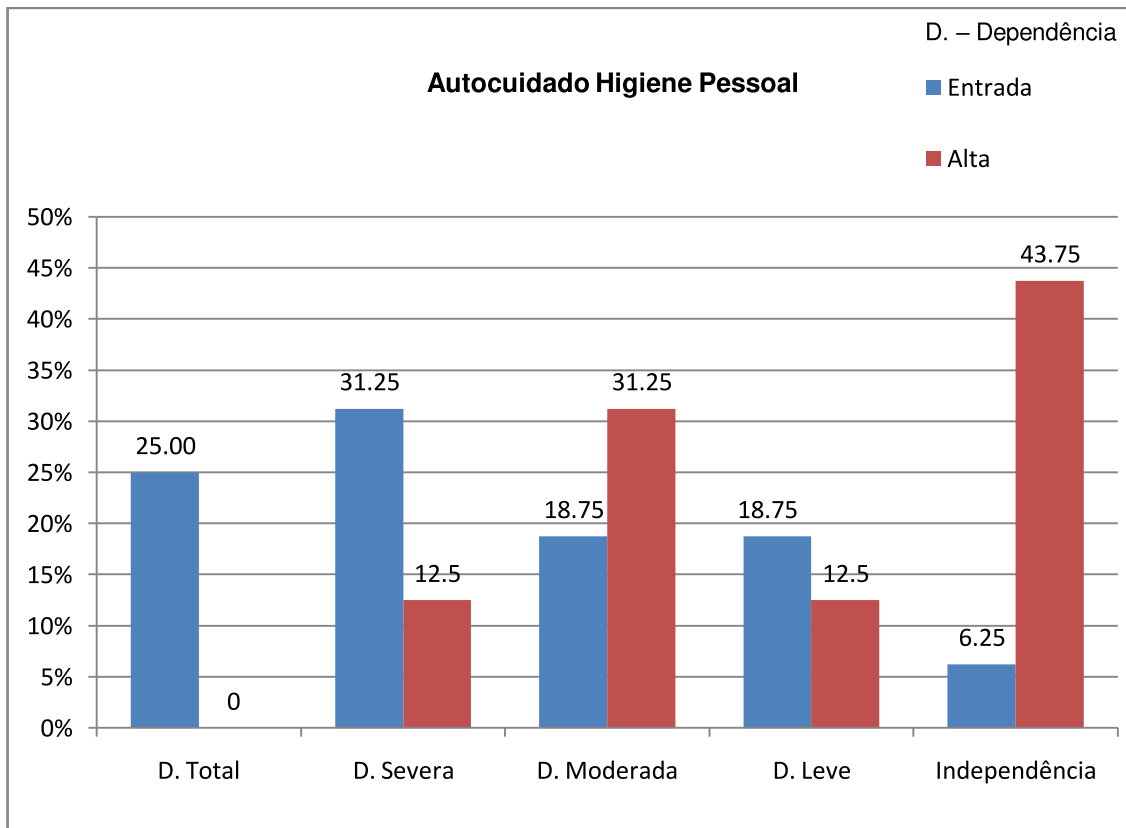
Gráfico 7 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado banho, à entrada e à alta



❖ Higiene Pessoal

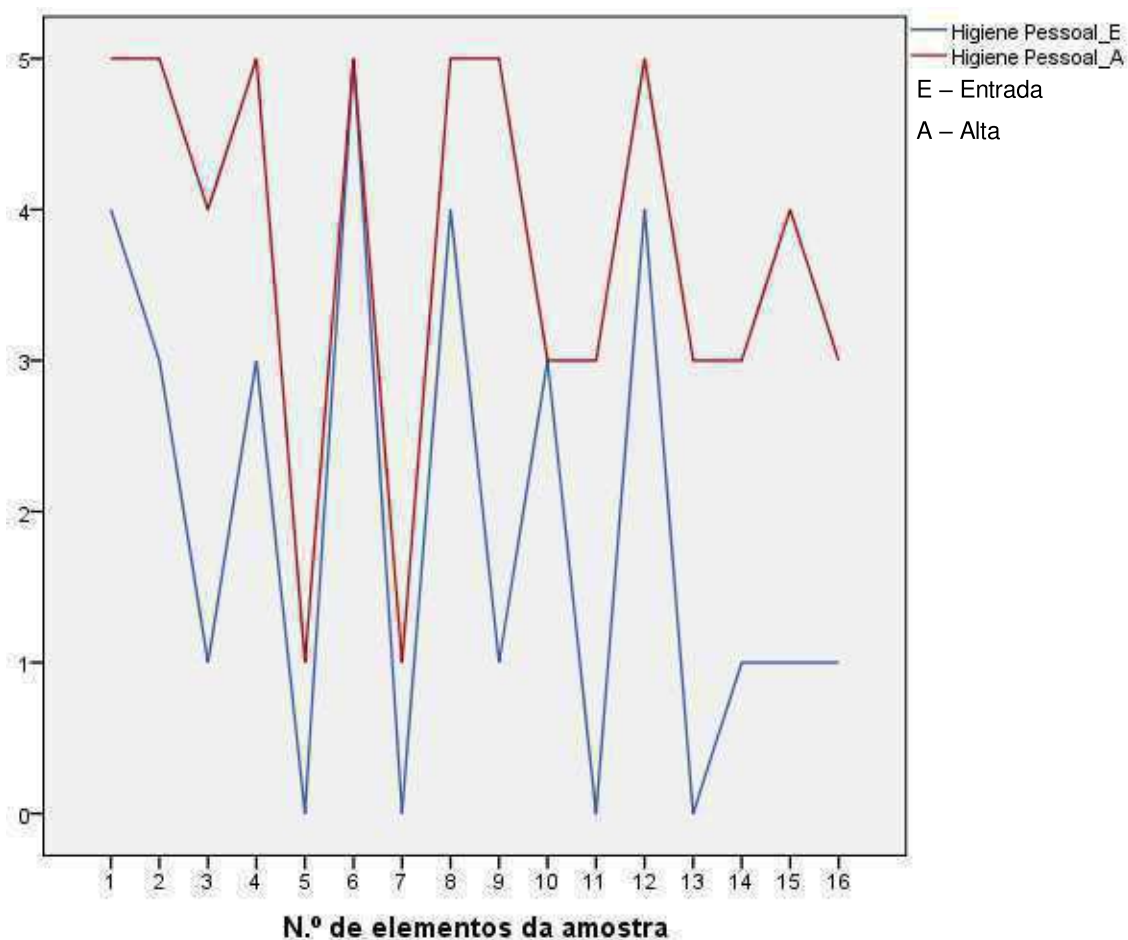
No que concerne a este autocuidado aferimos, pela observação do Gráfico 8, que quase metade dos elementos da amostra eram independentes (43.75%) no momento da alta e que nenhum elemento apresentava dependência total. A percentagem de doentes com dependência moderada aumentou de 18.75% para 31.25%, a de doentes com dependência severa diminuiu de 31.25% para 12.5% e a de doentes com dependência leve de 18.75% para 12.5%.

Gráfico 8 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado higiene pessoal



Observámos no Gráfico 9 que dois doentes mantiveram o nível de dependência inicial, um doente que apresentava dependência leve (pontuação 4) e outro dependência moderada (pontuação 3). Todos os outros recuperaram favoravelmente no sentido da independência.

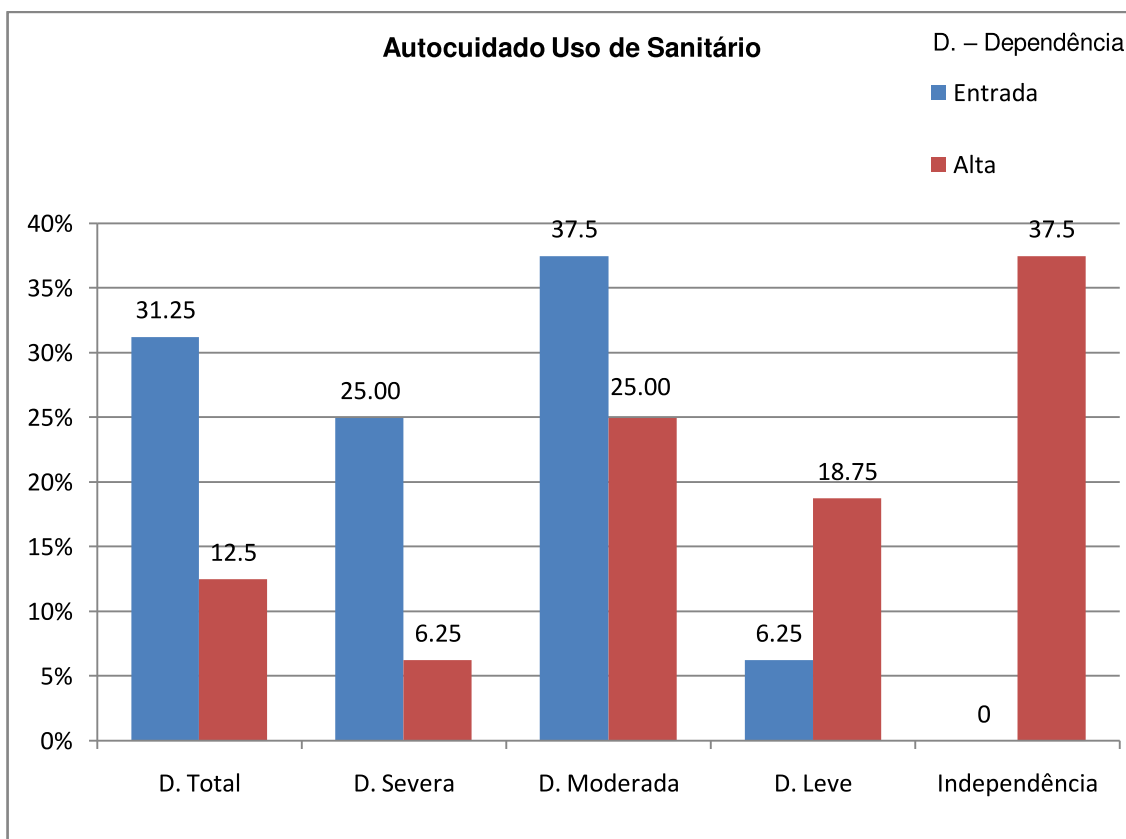
Gráfico 9 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado banho, à entrada e à alta



❖ Uso de Sanitário

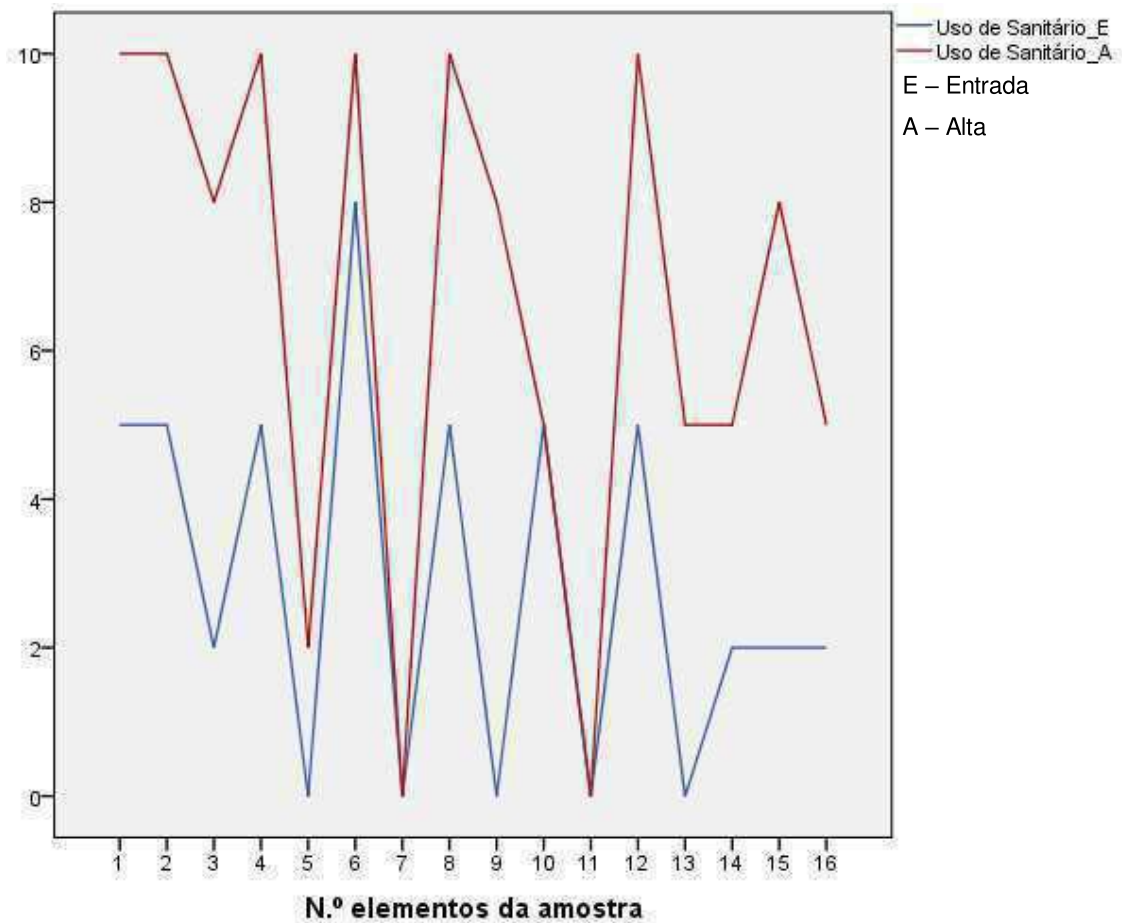
No Gráfico 10, relativamente a este autocuidado, podemos observar que, na alta, 37.5% dos doentes se tornaram independentes para este autocuidado, sendo que o nível de dependência se inverte quase completamente. A % de doentes com dependência total diminuiu de 31.25% para 12.5%, a de doentes com dependência severa de 25% para 6.25% e a de dependência moderada de 37.5% para 25%. A dependência leve passou de 6.25% para 18.75%. Assim, mais de 50% dos doentes necessitava de ajuda mínima e/ou supervisão e/ou era independente no autocuidado uso de sanitário na alta.

Gráfico 10 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado uso de sanitário



Pela observação dos dados do Gráfico 11, aferimos que 3 doentes mantiveram o nível de dependência inicial no autocuidado uso de sanitário, sendo que dois doentes mantiveram o nível de dependência total e um manteve o nível de dependência moderada (correspondentes aos 12.5% e aos 6.25%, respectivamente, verificados no Gráfico 10).

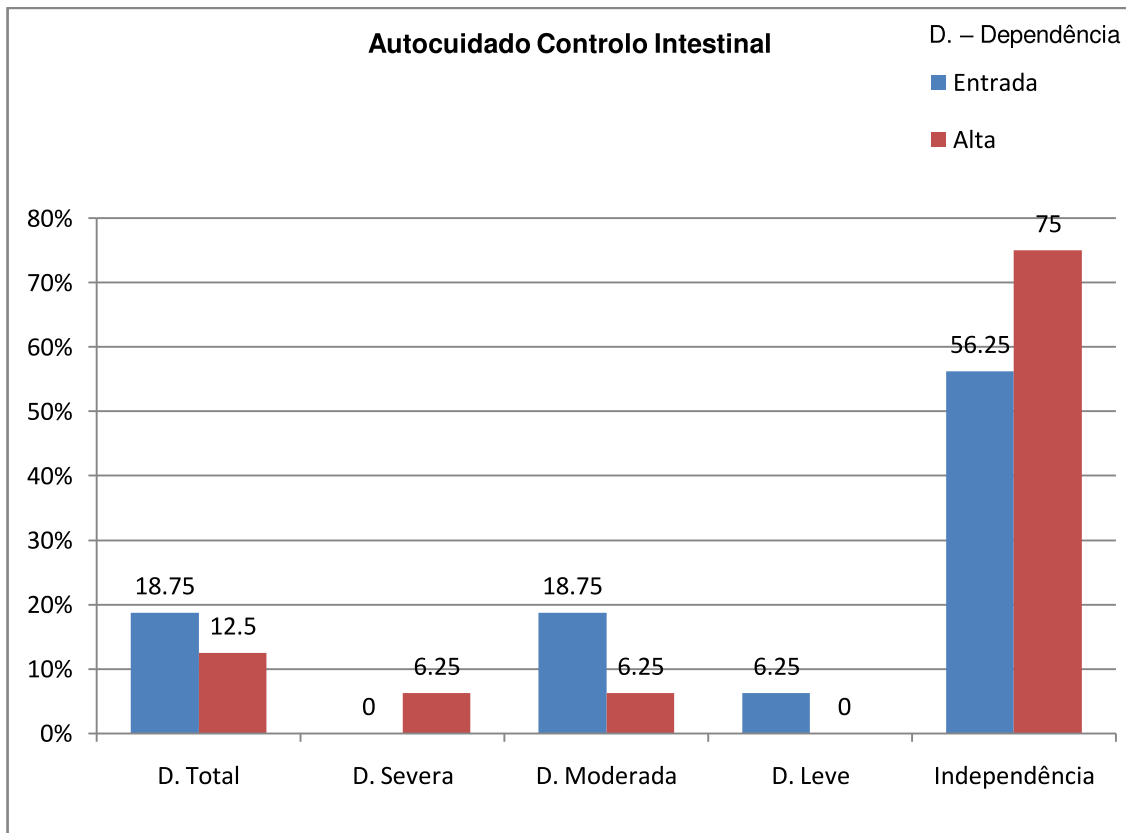
Gráfico 11 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado uso de sanitário, à entrada e à alta



❖ Controlo Intestinal

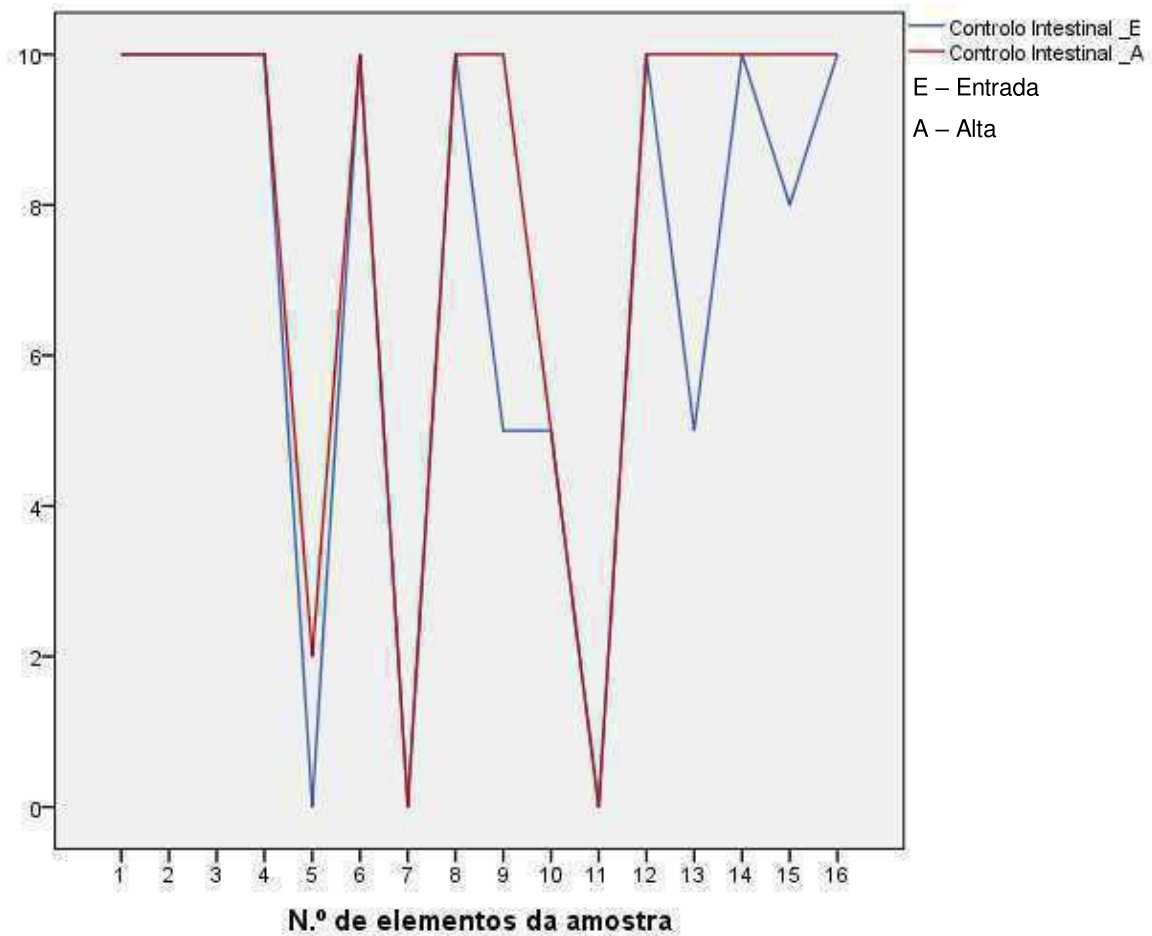
Relativamente a este autocuidado constatámos que a percentagem de doentes totalmente dependentes passou de 18.75% para 12.5%, a de dependência moderada passou de 18.75% para 6.25% e a de dependência leve de 6.25% para 0. Verificamos um aumento no nível de dependência severa para 6.25% e de independência de 56.25% para 75% (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado controlo intestinal



Como se pode ver no Gráfico 13, mantiveram o nível de dependência da entrada 12 doentes, sendo que a maioria se tornou independente (pontuação 10). Destes doentes, 9 mantiveram o nível de independência, 2 mantiveram o nível de dependência total (correspondente aos 12.5% do Gráfico 12) e um o nível de dependência moderada (pontuação 5).

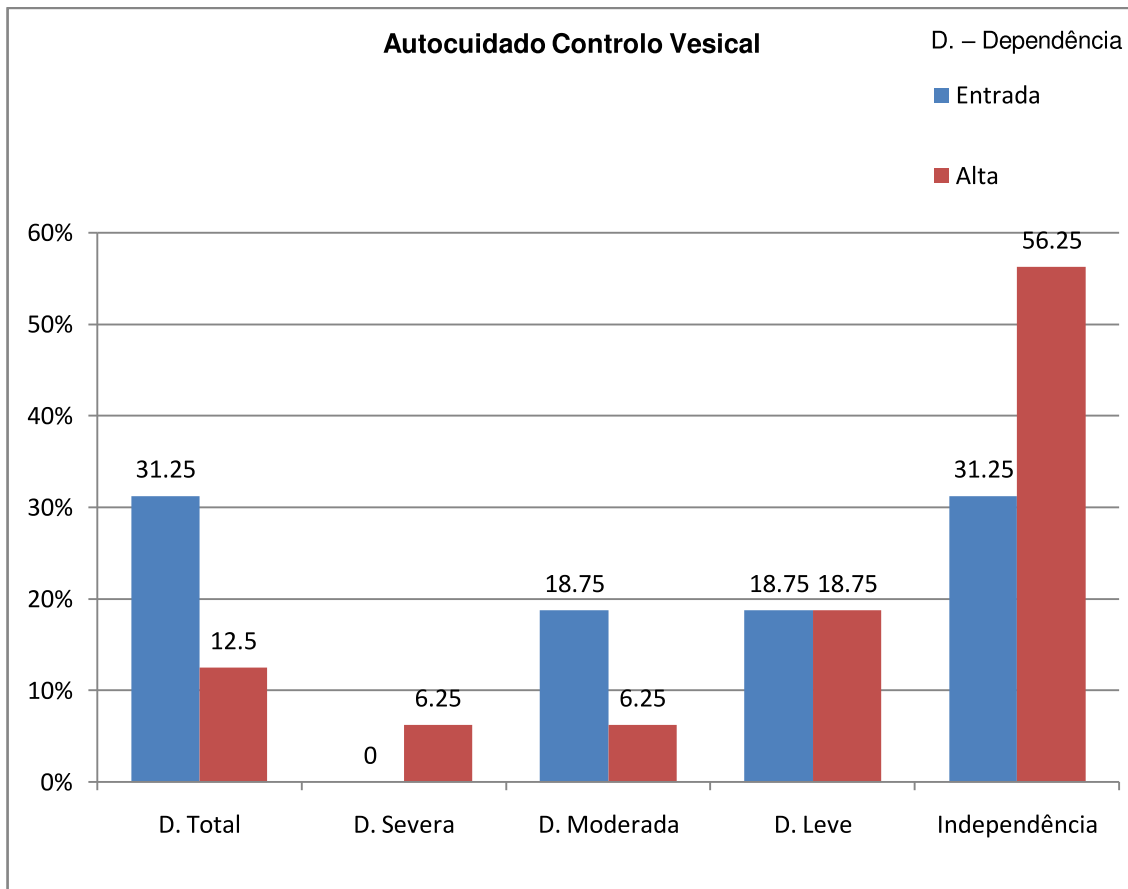
Gráfico 13 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado controlo intestinal, à entrada e à alta



❖ Controlo Vesical

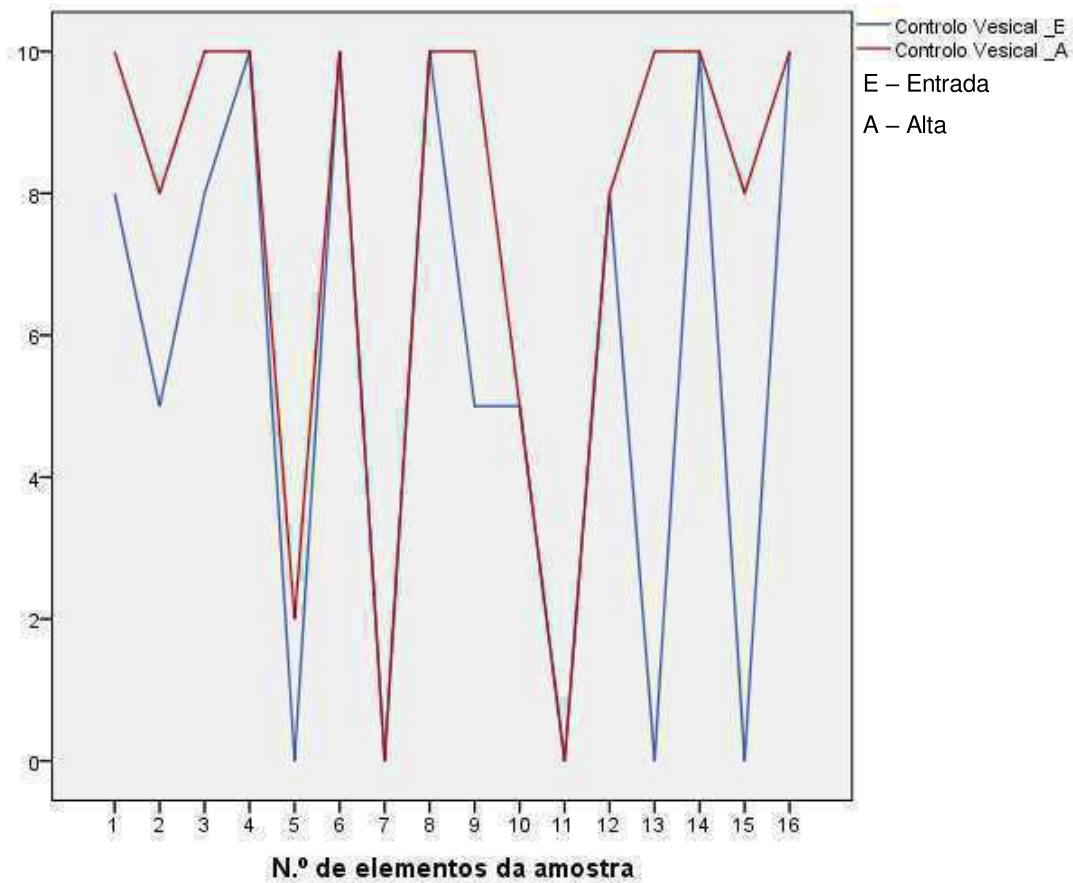
Relativamente ao controlo vesical verificámos uma redução de 31.25% de doentes totalmente dependentes na entrada para 12.5% na alta e de 18.75% de doentes com dependência moderada para 6.25%. Verificámos um aumento de doentes com dependência severa para 6.25% e de doentes independentes de 31.25% para 56.25%. O nível de dependência leve manteve-se nos 18.75%, que corresponde a doentes com incontinência esporádica e necessidade de supervisão neste autocuidado (Gráfico 14).

Gráfico 14 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado controlo vesical



O Gráfico 15 mostra-nos que 9 doentes mantiveram o nível de dependência da entrada, que nenhum regrediu no nível de dependência e que os restantes melhoram o nível de dependência neste autocuidado. Destes doentes, 5 mantiveram o nível de independência (pontuação 10), 2 mantiveram o nível de dependência total (pontuação 0), um manteve o nível de dependência moderada correspondente aos 6.25% do Gráfico 14 (pontuação 5) e outro manteve o nível de dependência leve (pontuação 8).

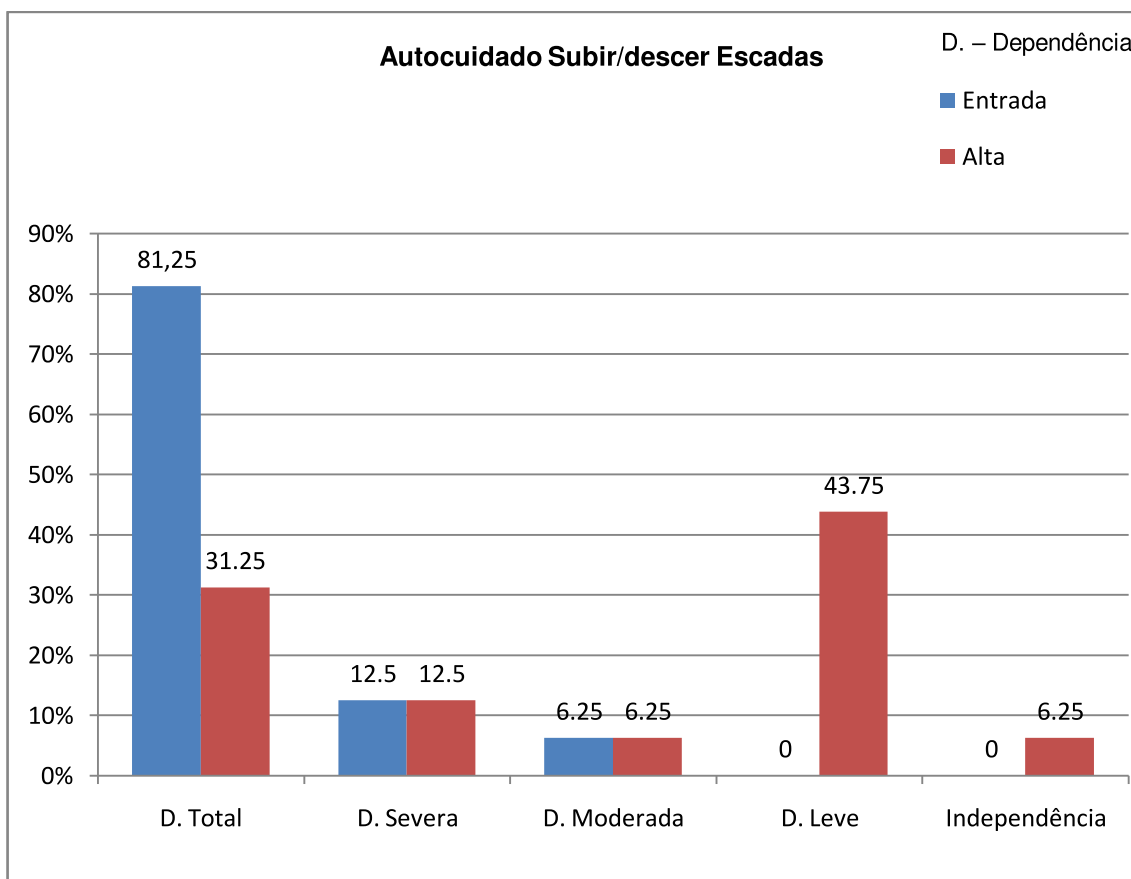
Gráfico 15 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado controlo vesical, à entrada e à alta



❖ Subir/Descer Escadas

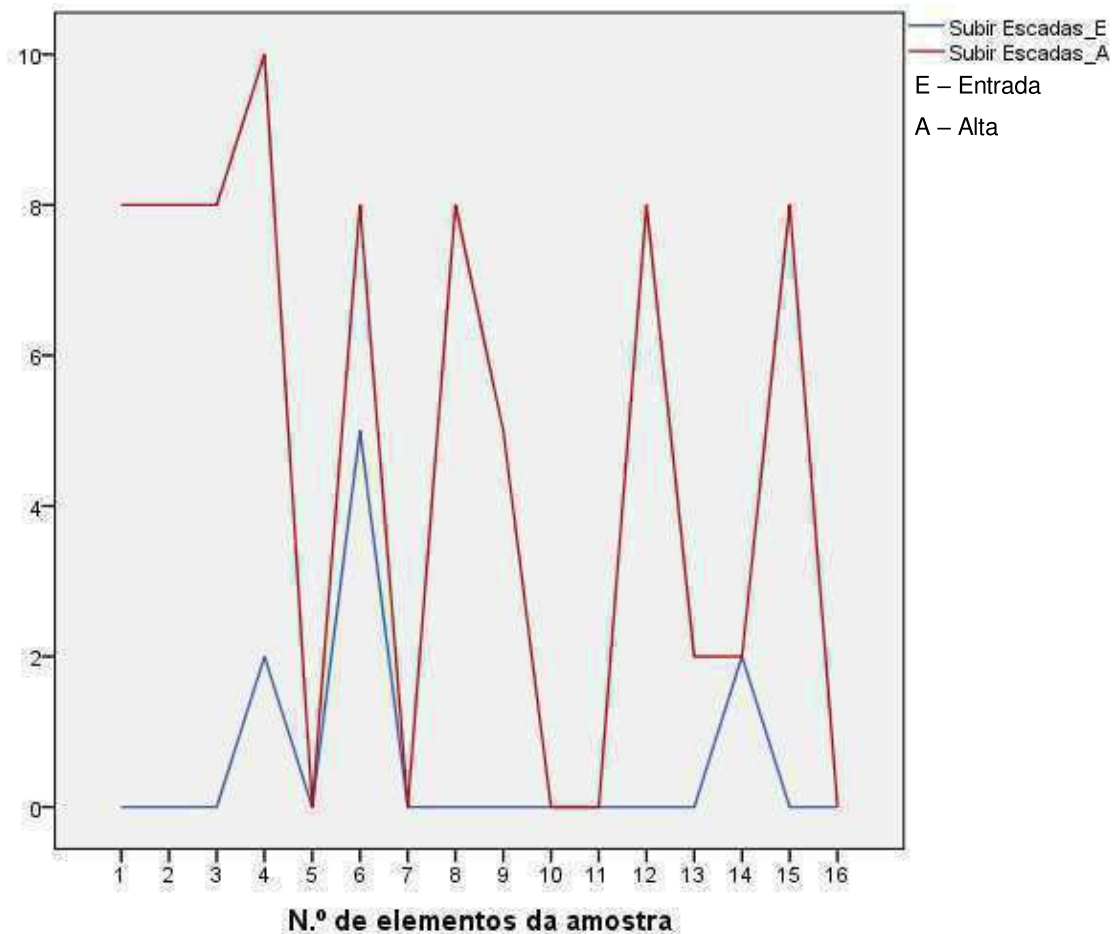
Quanto ao autocuidado subir/descer escadas, podemos constatar que, à entrada, 81.25% dos doentes apresentava dependência total, mas na alta apenas 31.25%. Verificámos uma manutenção nos níveis de dependência severa e moderada, 12.5% e 6.25% respectivamente e um aumento de 43.75% dos doentes com dependência leve e de 6.25% de independentes (Gráfico 16).

Gráfico 16 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado subir/descer escadas



Metade dos elementos da amostra evoluiu do nível de dependência total (pontuação 0) para dependência leve (pontuação 8) ou independência (pontuação 10). Apenas 6 doentes mantiveram o nível de dependência inicial, 5 dos quais mantiveram dependência total e um dependência severa (pontuação 2), como podemos observar no Gráfico 17.

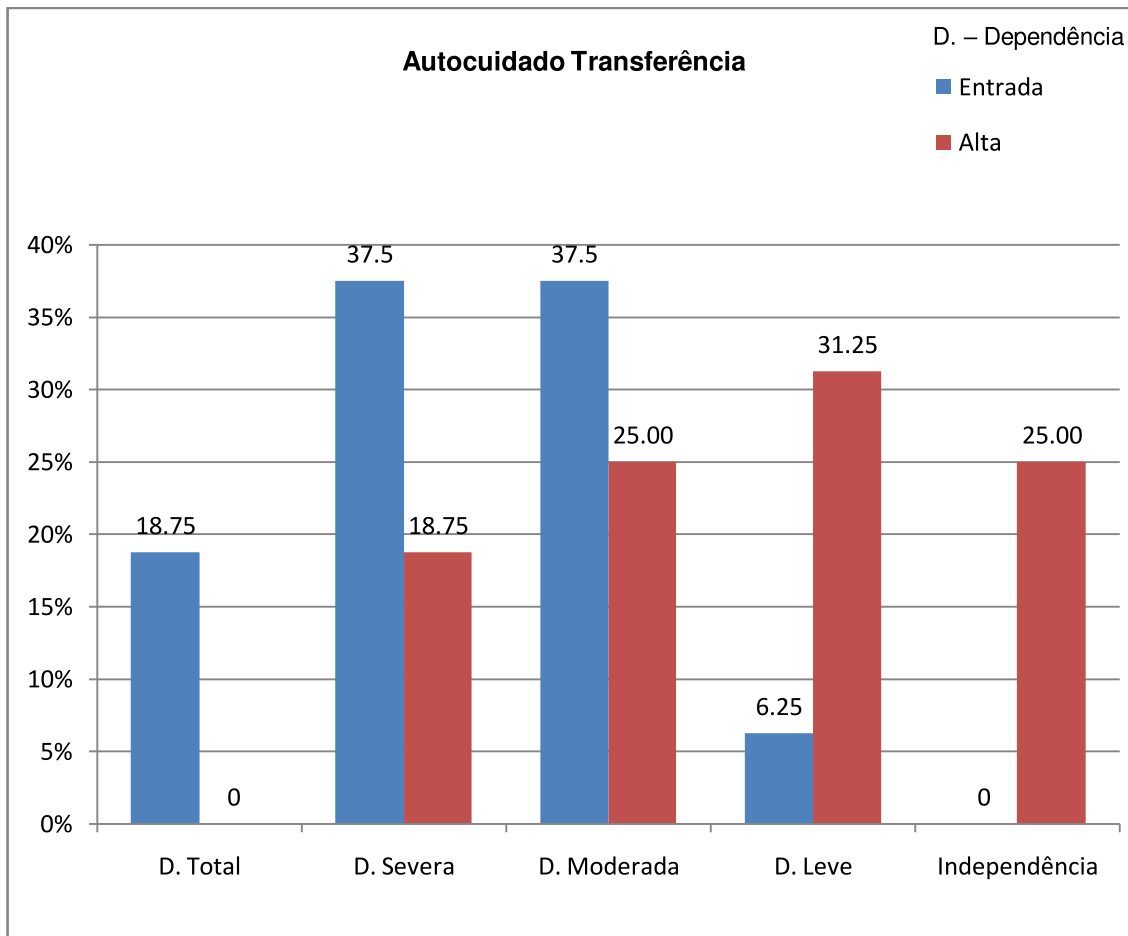
Gráfico 17 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado subir/descer escadas, à entrada e à alta



❖ Transferência

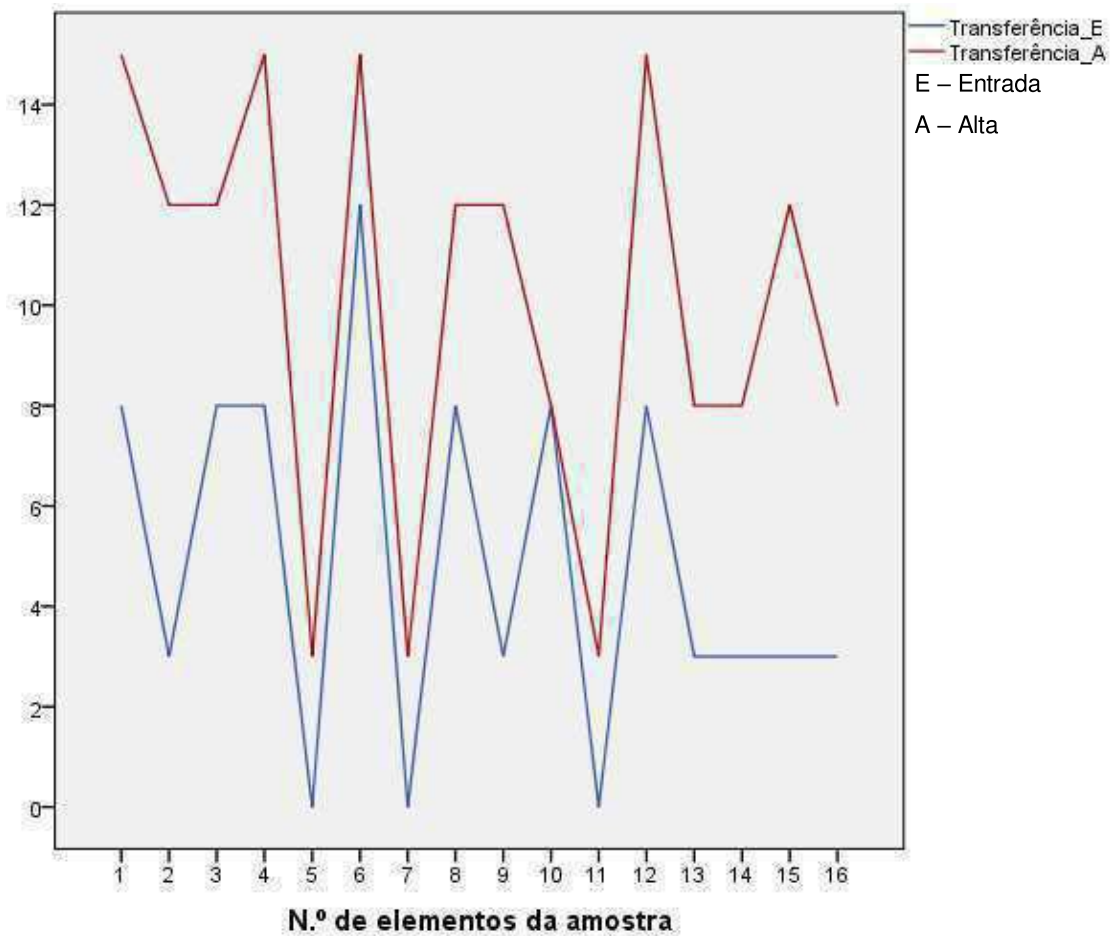
No que concerne à transferência, como consta no Gráfico 18, verificou-se uma diminuição da percentagem relativa a níveis de maior dependência (total de 18.75% para 0, severa de 37.5% para 18.75% e moderada de 37.5% para 25%) e um aumento do nível de dependência leve de 6.25% para 31.25%. Nenhum doente era independente na entrada e 25% dos doentes passaram a ser independentes na transferência na alta.

Gráfico 18 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado transferência



Pela observação dos resultados do Gráfico 19, verificámos que, na alta, apenas um doente manteve o nível de dependência inicial (correspondente ao nível de dependência moderada) e que todos os outros aumentaram consideravelmente a pontuação neste autocuidado relativamente à entrada. Os 3 doentes com dependência total na entrada, correspondentes aos 18.75% do Gráfico 18, evoluíram para dependência severa (pontuação 3) na alta.

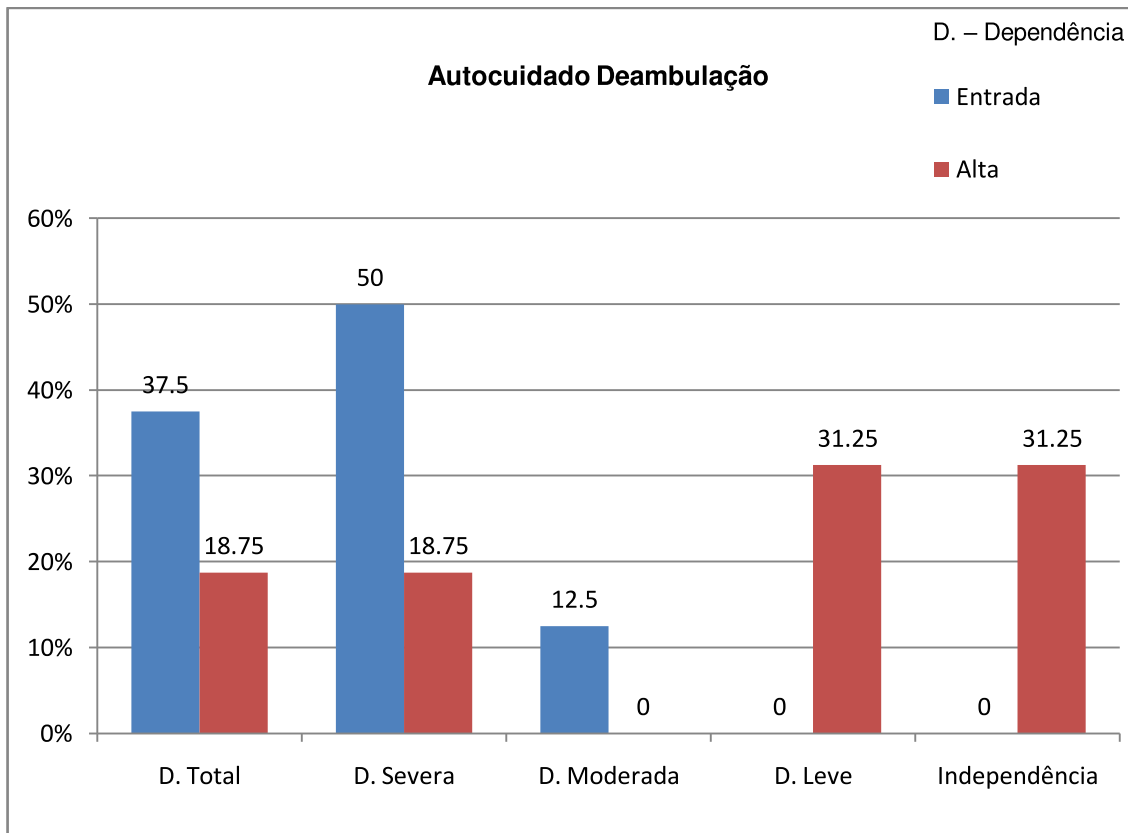
Gráfico 19 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado transferência, à entrada e à alta



❖ Deambulação

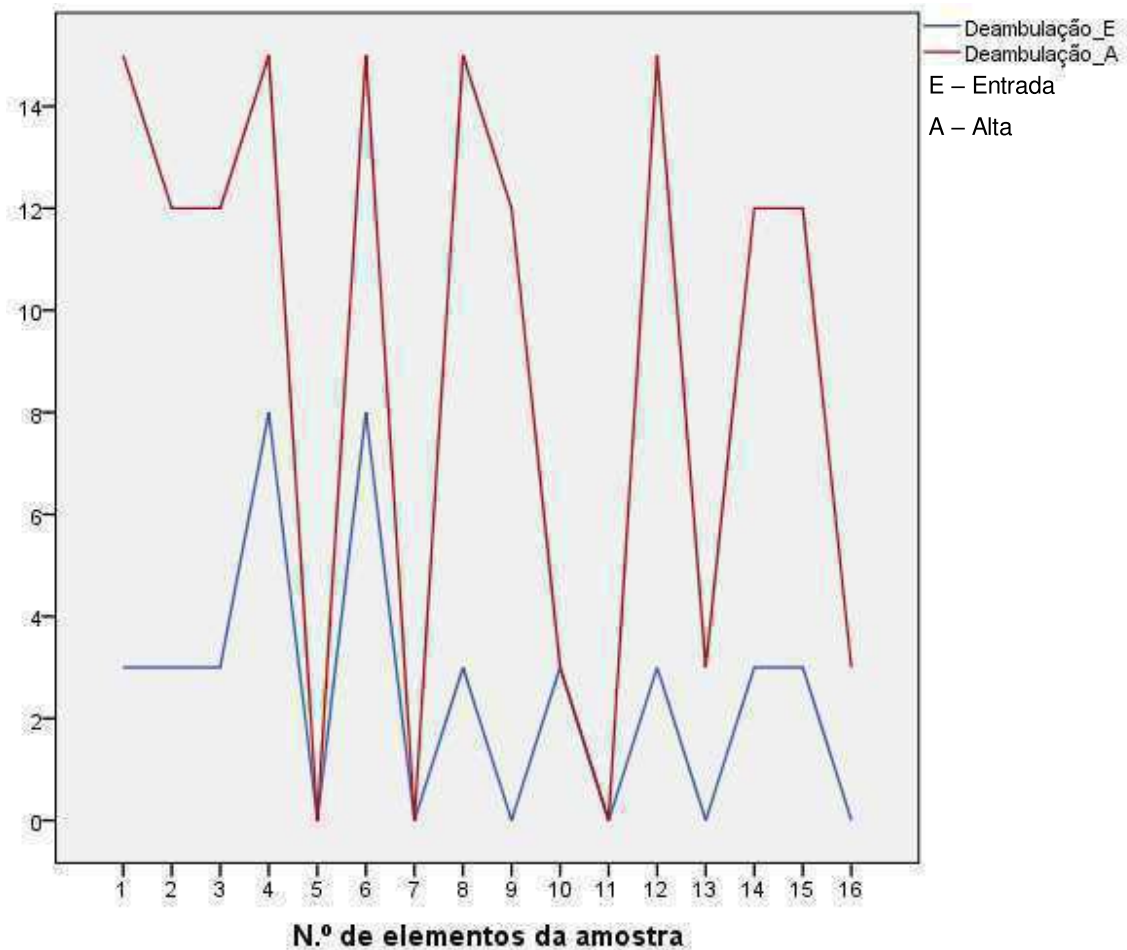
Relativamente à deambulação mais de 60% dos doentes apresentavam dependência leve (31.25%) ou independência (31.25%) na alta, recuperando de níveis de dependência mais elevados. A percentagem de doentes totalmente dependentes diminuiu para metade (de 37.5% para 18.75%), a percentagem de doentes com dependência severa passou de 50% para 18.75% e a de doentes com dependência moderada passou de 12.5% para 0 (Gráfico 20).

Gráfico 20 – Comparação dos níveis de dependência na entrada e na alta relativamente ao autocuidado deambulação



Apenas 4 doentes mantiveram o nível de dependência da entrada, 3 referentes ao nível de dependência total e 1 referente ao nível de dependência severa (pontuação 3), todos os outros evoluíram consideravelmente no sentido da independência no autocuidado deambulação (Gráfico 21).

Gráfico 21 - Distribuição linear comparativa dos doentes relativamente à pontuação no autocuidado deambulação, à entrada e à alta



No sentido de sumariar a evolução verificada em cada autocuidado e comparar os valores de percentagem obtidos para cada nível de dependência na entrada e na alta, procedemos à apresentação dos resultados conforme a Tabela 17.

Quanto ao autocuidado alimentação, observou-se uma diminuição da dependência total (6.25%), severa (18.75%) e moderada (31.25%), um aumento de 12.5% no nível dependência leve e de 43.75% no nível independência.

No autocuidado vestuário, constatámos uma diminuição da % de casos relativos ao nível de dependência total (12.5%), severa (25%) e moderada (12.5%) e um aumento de 31.25% de casos relativos à dependência leve e de 18.75% relativos à independência.

Relativamente ao autocuidado banho verificámos uma diminuição de doentes totalmente dependentes (25%) de e de doentes com dependência severa (18.75%), um aumento de casos de dependência moderada (6.25%) e de dependência leve (37.5%) e manutenção no nível de independência (0%). Nenhum doente era independente no autocuidado banho na entrada nem na alta.

No autocuidado higiene pessoal houve diminuição no nível de dependência total (25%), severa (18.75%) e leve (6.25%) e aumento no nível de dependência moderada (12.5%) e na independência (37.5%).

No autocuidado uso de sanitário, obteve-se uma diminuição dos níveis de maior dependência, no nível de dependência total de 18.75%, igual % no nível de dependência severa e 12.5% no nível de dependência moderada. Houve aumento no nível de dependência leve (12.5%) e de independência (37.5%).

Quanto ao autocuidado controlo intestinal, constatámos uma diminuição do nível de dependência total (6.25%), moderada (12.5%) e leve (6.25%) e um aumento do nível de dependência severa (6.25%) e de independência (18.75%).

No controlo vesical, verificou-se um aumento do nível de independência maior do que no controlo intestinal, de 25%. Nenhum elemento da amostra evoluiu no nível de dependência leve (manutenção dos 18.75% da entrada na alta). Existiu uma diminuição da % de casos no nível de dependência total (18.75%) e moderada (12.5%) e um aumento no nível de dependência severa (6.25%).

Relativamente ao autocuidado subir/descer escadas, diminuíram o nível de dependência total 50% dos doentes, aumentaram o nível de dependência leve 43.75% e o nível de independência 6.25% dos elementos da amostra.

No que se refere à transferência constatámos uma diminuição no nível de dependência total (18.75%), severa (18.75%) e moderada (12.5%) e um aumento de 25% na dependência leve e igual percentagem na independência.

Na deambulação verificámos, também, uma diminuição nos níveis de maior dependência, na dependência total de 18.75%, na severa de 31.25% e na moderada de 12.5% e um aumento no nível de dependência leve e de independência de 31.25%.

Tabela 17 – Evolução da percentagem relativa a cada nível de dependência para cada autocuidado, desde a entrada à alta

Auto cuidados	Alimentação			Vestuário			Banho			Higiene pessoal			Uso de sanitário		
Níveis de dependência	E (%)	A (%)	V (%)	E (%)	A (%)	V (%)	E (%)	A (%)	V (%)	E (%)	A (%)	V (%)	E (%)	A (%)	V (%)
Dependência total	12.5	6.25	(-) 6.25	12.5	0	(-) 12.5	25.0	0	(-) 25	25.0	0	(-) 25	31.25	12.5	(-) 18.75
Dependência severa	18.75	0	(-) 18.75	50.0	25.00	(-) 25	43.75	25	(-) 18.75	31.25	12.5	(-) 18.75	25.0	6.25	(-) 18.75
Dependência moderada	50.0	18.75	(-) 31.25	37.5	25.00	(-) 12.5	31.25	37.5	(+) 6.25	18.75	31.25	(+) 12.5	37.5	25.00	(-) 12.5
Dependência leve	18.75	31.25	(+) 12.5	0	31.25	(+) 31.25	0	37.5	(+) 37.5	18.75	12.5	(-) 6.25	6.25	18.75	(+) 12.5
Independência	0	43.75	(+) 43.75	0	18.75	(+) 18.75	0	0	(=) 0	6.25	43.75	(+) 37.5	0	37.5	(+) 37.5
Auto cuidados	Controlo intestinal			Controlo vesical			Subir/descer escadas			Transferência			Deambulação		
Níveis de dependência	E (%)	A (%)	V (%)	E (%)	A (%)	V (%)	E (%)	A (%)	V (%)	E (%)	A (%)	V (%)	E (%)	A (%)	V (%)
Dependência total	18.75	12.5	(-) 6.25	31.25	12.5	(-) 18.75	81.25	31.25	(-) 50	18.75	0	(-) 18.75	37.5	18.75	(-) 18.75
Dependência severa	0	6.25	(+) 6.25	0	6.25	(+) 6.25	12.5	12.5	(=) 0	37.5	18.75	(-) 18.75	50.0	18.75	(-) 31.25
Dependência moderada	18.75	6.25	(-) 12.5	18.75	6.25	(-) 12.5	6.25	6.25	(=) 0	37.5	25.00	(-) 12.5	12.5	0	(-) 12.5
Dependência leve	6.25	0	(-) 6.25	18.75	18.75	(=) 0	0	43.75	(+) 43.75	6.25	31.25	(+) 25	0	31.25	(+) 31.25
Independência	56.25	75.0	(+) 18.75	31.25	56.25	(+) 25	0	6.25	(+) 6.25	0	25.0	(+) 25	0	31.25	(+) 31.25

E – entrada; A – alta; V – variação; (+) Aumento; (-) Diminuição; (=) Manutenção

1.5. Caracterização e comparação dos níveis de dependência em todos os autocuidados, na entrada e na alta

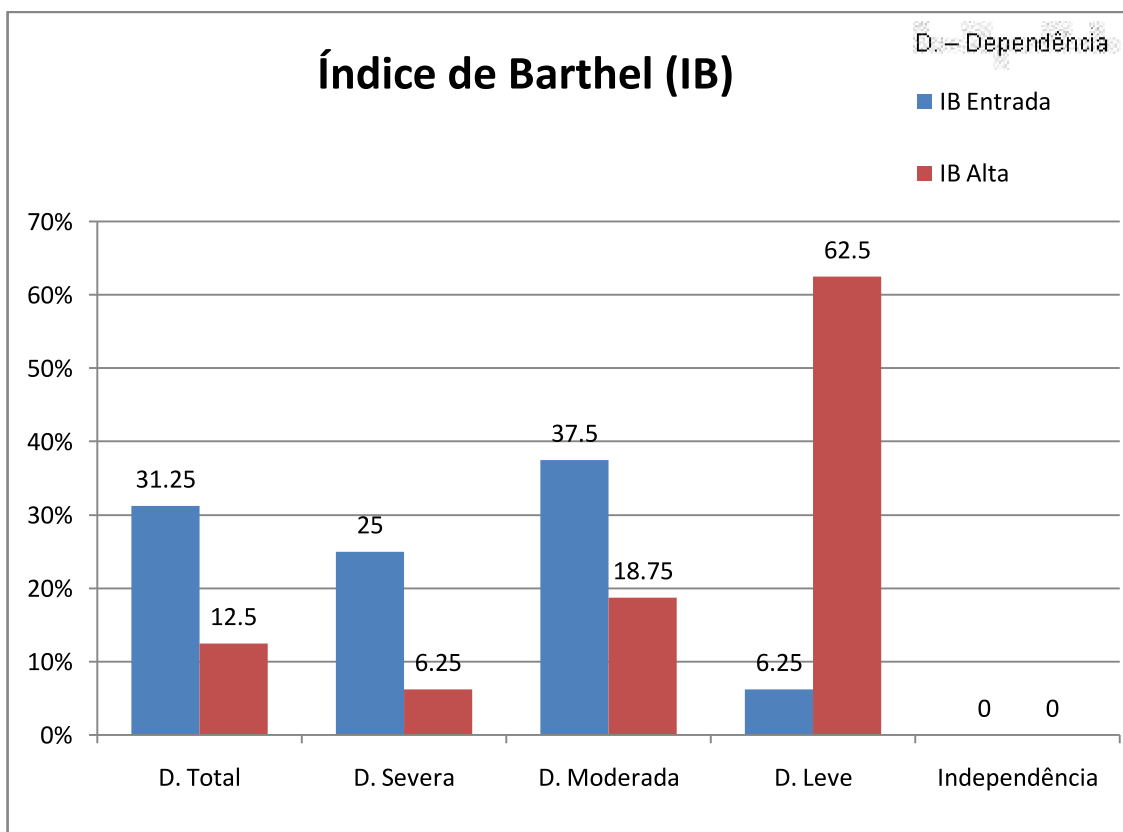
Pela análise dos nossos resultados, constatamos que para todos os autocuidados, a média da pontuação do IB na entrada foi de 34 (dependência severa) e na alta foi de 66.44 (dependência leve). A pontuação que mais se observou na entrada foi de 51 (dependência moderada) e na alta de 95 (dependência leve). O valor mínimo atribuído na entrada foi de 0 (dependência total) e na alta de 7 (dependência total), demonstrando que na alta nenhum doente manteve a pontuação de 0, verificando-se um ganho mínimo de 7 pontos no nível de dependência. O valor máximo observado na admissão foi de 71 (dependência leve) e na alta de 99 (dependência leve) (Tabela 18).

Tabela 18 – Comparação entre o perfil estatístico da pontuação do IB na entrada e na alta

	IB (entrada)	IB (alta)
N		
Válidos	16	16
Perdidos	0	0
Média	34,00	66,44
Mediana	39,50	80,50
Moda	51	95
Desvio Padrão	21,559	31,018
Amplitude	71	92
Mínimo	0	7
Máximo	71	99

Relativamente às pontuações do IB na entrada e na alta, verificámos, como consta no Gráfico 22, que houve uma diminuição no nível de dependência total de 31.25% na entrada para 12.5% na alta, no nível de dependência severa de 25% para 6.25%, no nível de dependência moderada de 37.5% para 18.75% e um aumento no nível de dependência leve de 6.25% para 62.5%. Nenhum doente entrou ou saiu da unidade independente em todos os autocuidados.

Gráfico 22 – Comparação entre os níveis de dependência nos autocuidados, à entrada e à alta



Constatamos ainda que, em igual percentagem, 18.75% dos elementos da amostra diminuíram o nível de dependência total, severa e moderada e que aumentaram o nível de dependência leve 56.25% dos doentes (Tabela 19).

Tabela 19 – Evolução da percentagem relativa ao nível de dependência nos autocuidados, desde a entrada à alta

Níveis de dependência	IB (entrada)		IB (alta)		IB alta – IB entrada
	N	%	N	%	V %
D. Total	5	31.25	2	12.5	(-) 18.75
D. Severa	4	25	1	6.25	(-) 18.75
D. Moderada	6	37.5	3	18.75	(-) 18.75
D. Leve	1	6.25	10	62.5	(+) 56.25
Independência	0	0	0	0	(=) 0

D. – Dependência; V – Variação; (+) Aumento; (-) Diminuição; (=) Manutenção

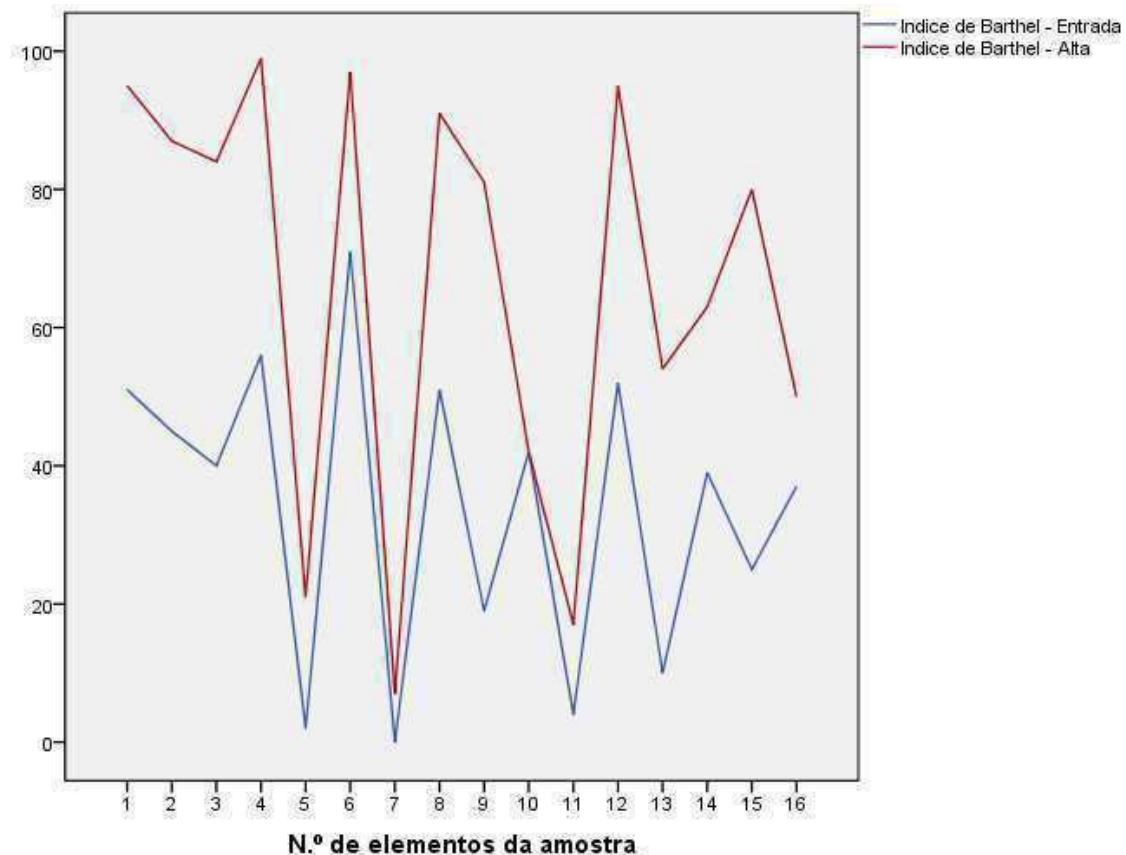
De acordo com a Tabela 20, referente ao valor numérico obtido da diferença entre o IB na alta e o IB na entrada, em média os doentes recuperaram 32.44 pontos no IB. Verificámos também que, no máximo, os doentes aumentaram 62 pontos em relação à pontuação da entrada, que a diferença das pontuações mais verificada foi de 44 e que 50% dos doentes evoluíram 41 ou mais pontos no IB.

Tabela 20 – Perfil estatístico da amostra relativamente à diferença entre o IB na alta e na entrada

N	Validos	16
	Perdidos	0
	Média	32,44
	Mediana	41,00
	Moda	44
	Desvio Padrão	18,081
	Amplitude	62
	Mínimo	0
	Máximo	62

Averiguamos que um doente manteve a pontuação do IB não evoluindo nos autocuidados e que os restantes doentes aumentaram a pontuação do IB relativamente à entrada, não significando necessariamente uma evolução nos níveis de dependência (Gráfico 23).

Gráfico 23 – Comparação linear da pontuação total do IB à entrada e à alta



1.6. Relação da variação do nível de dependência nos autocuidados, da entrada à alta, com as características da amostra

Foram comparadas algumas relações entre a variação do nível de dependência nos autocuidados, obtida pela diferença entre o IB na alta e na entrada (IB alta – IB entrada), com as características da amostra.

❖ Faixa etária

Verificámos que, dos 2 doentes com idade compreendida entre 61-70 anos, um recuperou entre 0-25 pontos e outro entre 26-50 pontos. Dos 8 doentes na faixa etária dos 71-80 anos, 3 recuperaram entre 0-25 pontos, outros 3 entre 26-50 pontos e 2 entre 51-75 pontos. Dos 5 doentes entre os 81-90 anos,

maioritariamente recuperaram entre 26-50 pontos. O único doente com idade superior a 90 anos recuperou entre 0 e 25 pontos no IB (Tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição numérica da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação da faixa etária

	IB Alta - IB entrada			Total
	0-25	26-50	51-75	
61-70	1	1	0	2
Faixa etária 71-80	3	3	2	8
81-90	1	4	0	5
> 90	1	0	0	1
Total	6	8	2	16

Já na Tabela 22 podemos observar que os 8 doentes na faixa etária dos 71-80 anos foram os que mais recuperaram no nível de dependência, com um aumento médio de 37.25 pontos na diferença entre o IB na alta e na entrada. No mínimo estes os doentes aumentaram 13 pontos e no máximo 62. Seguindo-se os 5 doentes com idades compreendidas entre os 81-90 anos que recuperaram, em média, 36.4 pontos, num limite mínimo de 7 pontos e máximo de 44 pontos. Os 2 doentes com idade compreendida entre os 61-70 anos recuperaram em média 19.5 pontos no IB, com um limite mínimo de recuperação de 13 pontos e máximo de 26 pontos. O doente com idade superior a 90 anos, não evolui no IB, mantendo a pontuação do IB da entrada.

Tabela 22 – Variação média da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação da faixa etária

Faixa etária	Média (IB alta – IB entrada)	N	Mínimo	Máximo
61-70	19,50	2	13	26
71-80	37,25	8	13	62
81-90	36,40	5	7	44
> 90	0,00	1	0	0
Total	32,44	16	0	62

Na relação do nível de dependência nos autocuidados na alta com a faixa etária, constatamos que, dos 2 doentes entre os 61-70 anos, 1 teve alta da unidade com dependência moderada e outro com dependência leve e dos 8 doentes na faixa etária dos 71-80 anos, na sua maioria saíram da unidade com um nível de dependência leve. Dos 5 doentes entre os 81-90 anos verificamos que 3 obtiveram dependência leve nos autocuidados na alta. O doente com idade > 90 anos, teve alta mantendo a dependência moderada nos autocuidados (Tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição numérica do nível de dependência nos autocuidados na alta com discriminação da faixa etária

	IB (alta)				Total
	Dependência total	Dependência severa	Dependência moderada	Dependência leve	
Faixa etária 61-70	0	0	1	1	2
71-80	1	1	0	6	8
81-90	1	0	1	3	5
> 90	0	0	1	0	1
Total	2	1	3	10	16

❖ Género

Da análise dos resultados, aferimos que os elementos da amostra do género masculino recuperaram maioritariamente entre os 26-50 pontos e os do género feminino entre os 0-25 pontos e 26-50 pontos igualmente (Tabela 24). Os doentes do género feminino recuperaram valores superiores aos do género masculino, entre 51 e 75 pontos (2 doentes).

Tabela 24 – Distribuição numérica da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação do género

	IB alta - IB entrada			Total
	0-25	26-50	51-75	
Género Masculino	3	5	0	8
Feminino	3	3	2	8
Total	6	8	2	16

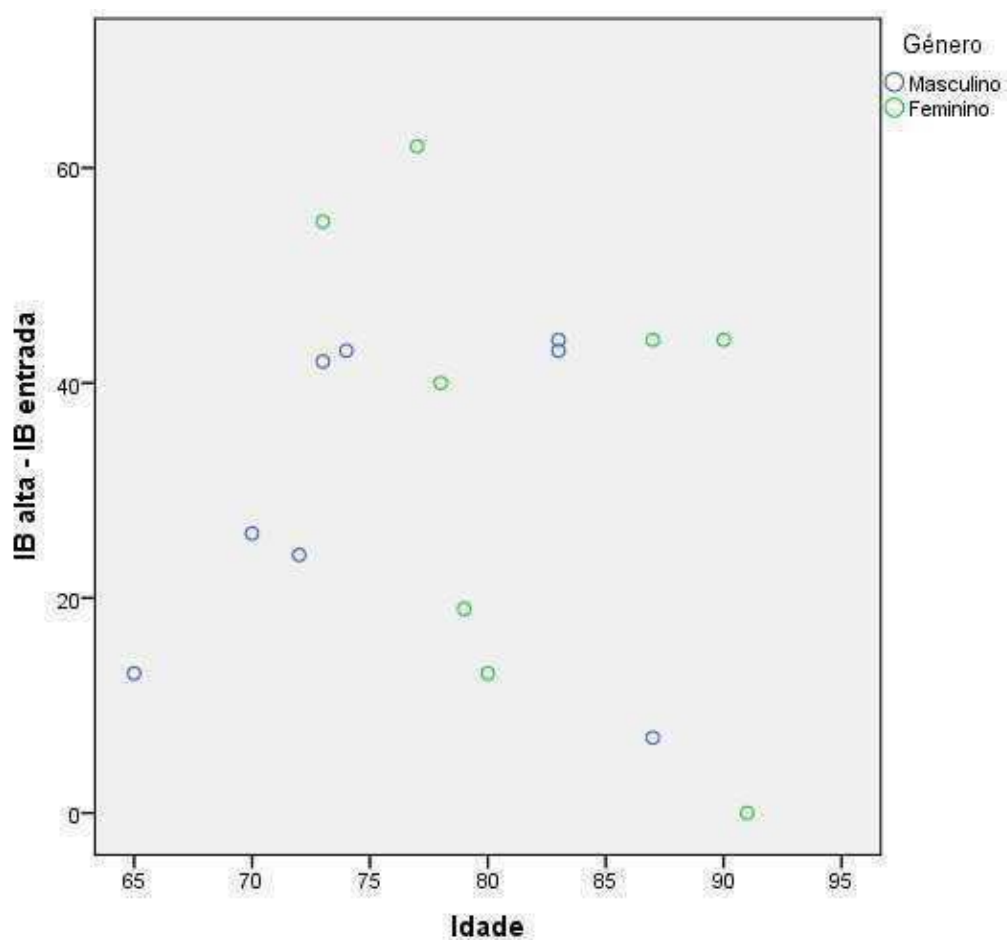
Na Tabela 25 podemos verificar que os doentes do género masculino aumentaram em média, na diferença entre o IB na alta e na entrada, 30.25 pontos, com um limite mínimo de 7 pontos de recuperação e um limite máximo de 44. Os doentes do género feminino tiveram uma variação média de 34.63 pontos tendo no máximo recuperado 62 pontos.

Tabela 25 – Variação média da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação do género

Género	Média (IB alta – IB entrada)	N	Mínimo	Máximo
Masculino	30,25	8	7	44
Feminino	34,63	8	0	62
Total	32,44	16	0	62

Constatámos, assim, que foi nos doentes do género feminino que se verificou a maior e a menor diferença entre o IB na alta e o IB na entrada. Dos 6 doentes com idade compreendida entre 65-75 anos, 5 são do género masculino e recuperaram entre 10 e 50 pontos no IB. Dos 10 doentes com idade > a 75 anos, 7 são mulheres e apresentaram uma recuperação díspar. O doente mais velho era do género feminino e foi o que não recuperou no nível de dependência nos autocuidados (Gráfico 24).

Gráfico 24 – Dispersão da idade pela diferença entre o IB na alta e na entrada, conforme o género.



❖ Tipologia etiológica dos AVCs

No que se refere a esta relação verificámos, como consta na Tabela 26, que os doentes com AVC isquémico aumentaram no IB entre 26-50 pontos e que dos 2 doentes com AVC hemorrágico, um recuperou entre 0-25 pontos e outro entre 51-75 pontos. O doente em que o AVC não foi classificado recuperou entre 0-25 pontos.

Tabela 26 – Distribuição numérica da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação da tipologia etiológica dos AVCs

		IB Alta - IB entrada			Total
		0-25	26-50	51-75	
Tipologia etiológica do AVCs	Isquémico	4	8	1	13
	Hemorrágico	1	0	1	2
	Mal definido/Não classificado	1	0	0	1
Total		6	8	2	16

❖ N.º de dias de internamento

Os doentes que mais aumentaram a pontuação do IB foram os que permaneceram 37 dias de internamento na unidade de convalescença, com uma recuperação média de 52 pontos, em que um recuperou 42 e o outro 62 ponto. Seguiram-se a estes, os doentes com 30 dias de internamento que recuperaram em média 35.67 pontos, com um limite mínimo de 13 pontos e máximo de 44 pontos. Os doentes com 6 dias de internamento aumentaram, em média, 34 pontos, em que um recuperou 13 pontos e outro 55. O doente com 33 dias de internamento recuperou 19 pontos no IB, o doente com 42 dias recuperou 7 pontos e o doente com 38 dias não recuperou (Tabela 27).

Tabela 27 - Variação média da diferença entre o IB na alta e na entrada com discriminação do n.º de dias de internamento

N.º de dias de internamento	Média (IB alta – IB entrada)	N	Mínimo	Máximo
6	34,00	2	13	55
30	35,67	9	13	44
33	19,00	1	19	19
37	52,00	2	42	62
38	0,00	1	0	0
42	7,00	1	7	7
Total	32,44	16	0	62

2. Discussão dos resultados

Neste capítulo iremos discutir os dados apresentados anteriormente, dando resposta às questões de investigação colocadas, tendo em conta o referencial teórico. Iremos discutir a caracterização da amostra e a relação destas características com a diferença entre o IB na alta e na entrada, bem como, a evolução dos níveis de dependência para cada autocuidado e para os autocuidados de forma global.

Relativamente à caracterização da nossa amostra, refira-se um universo temporal de 16 doentes vítimas de AVC, esta foi constituída na sua maioria por pessoas na **faixa etária** dos 71 aos 80 anos (50%), sendo a idade mínima de 65 anos e a máxima de 91 anos. Verificámos, assim, que esta corresponde maioritariamente a pessoas idosas (mais de 65 anos de idade), condizendo com a população para qual a RNCCI é direccionada (pessoas idosas em situação de fragilidade). Segundo o Relatório de monitorização da RNCCI (2007), a idade média para admissão de utentes na RNCCI é de 73 anos. Na nossa amostra a idade média foi de 78.88 anos.

Dados da DGS, em 2001, acerca dos doentes que sofreram um AVC, revelaram que cerca de 85% dos doentes com AVC possuem mais de 65 anos e 20% mais de 85 anos. Na nossa amostra todos os doentes tinham mais de 65 anos de idade e 37.5% dos doentes tinham mais de 81 anos, o que poderá condicionar a recuperação dos doentes ao nível dos autocuidados. Como refere Araújo et al (2007, p. 62) no seu estudo, com o objectivo de validar o IB numa amostra de idosos não institucionalizados, “quanto mais idoso maior é a probabilidade de apresentar níveis de incapacidade crescente relacionado com as AVDs”.

Na nossa amostra constatámos que, na relação da idade com a variação do IB entre a entrada e a alta, a partir dos 71 anos se verifica uma diminuição média da recuperação no nível de dependência. No entanto, não nos é possível afirmar, que quanto maior a idade, menor a recuperação do doente no nível de

dependência, uma vez que tivemos, por exemplo, doentes com 72 anos a recuperar 24 pontos no IB e doentes com 87 anos a recuperar 44 pontos. Não conseguimos saber se estes dados são uma coincidência ou se estão relacionados com o tamanho reduzido da amostra.

Acrescido do facto da nossa amostra ser desproporcional quanto à faixa etária e haver idades muito díspares representadas apenas por um doente, como podemos verificar pelo desvio padrão (± 7.544). Por exemplo, o doente mais novo, de 65 anos, foi um dos que menos recuperou, apenas 13 pontos, no entanto este doente só permaneceu 6 dias na unidade por aproximação à área de residência. O doente mais velho, de 91 anos, não recuperou, mantendo o nível de dependência inicial uma vez que teve intercorrências do foro respiratório durante o internamento, com diminuição da colaboração no programa de reabilitação devido à agudização do estado geral e posterior recuperação para o estado inicial.

Não nos podemos esquecer que são vários os factores que influenciam a reabilitação e intervêm positiva ou negativamente na recuperação dos doentes, refira-se as alterações resultantes do AVC, as patologias associadas, a motivação do doente para participar no programa de reabilitação, entre outros.

Relativamente ao **género**, a nossa amostra é constituída por 50% de pessoas do género masculino e 50% do género feminino, logo, a amostra não se diferencia quanto ao género, contrariando os autores que afirmam que há uma maior predominância de AVC no género masculino.

Constatámos, também, que a média de idades das pessoas do género masculino é mais baixa, demonstrando que os homens começam a ser vítimas de AVC mais cedo do que as mulheres e que as mulheres são vítimas de AVC em idades mais avançadas, dados concordantes com a literatura consultada. Tal facto é justificado, por exemplo, pelo tempo médio de vida ser superior nas mulheres e pelo efeito protector das concentrações elevadas de estrogénios nas mulheres pré-menopáusicas contra as doenças cerebrovasculares, ficando o homem mais exposto à incidência da doença (Branco e Santos, 2010).

Como refere Lépori (2006), quanto ao género, o AVC tem maior incidência no género masculino até aos cinquenta anos, mas a mortalidade é maior no género feminino, pelo facto do AVC ocorrer em idades mais avançadas em mulheres do que nos homens. Branco e Santos (2000) descrevem que, após a menopausa, a mulher fica mais vulnerável ao aparecimento de AVC e que o facto destas viverem mais tempo faz com que a mortalidade por AVC nas mulheres seja maior do que nos homens.

Na relação do género com a diferença entre o IB na alta e na entrada constatámos que a média desta variação é maior no género feminino do que no masculino, ou seja, as mulheres em média recuperaram mais no sentido da independência do que os homens, o que poderá estar associado à questão cultural, à capacidade destas de cuidarem dos seus filhos, dos seus netos e dos idosos dependentes a seu cargo, o que lhes permite desenvolver competências para serem capazes de cuidar de si próprias (Melo, 2010).

Reforçamos, ainda, que os dois doentes que mais evoluíram no IB foram do género feminino e, por outro lado, o único doente que manteve o IB inicial era do género feminino, o que poderá estar associado à sua idade avançada (91 anos) e ao episódio de agudização que apresentou no internamento.

Os elementos da amostra são em igual percentagem **casados/as ou viúvos/as** (43.75%), o que pode estar relacionado com a idade avançada que estes doentes apresentam. De acordo com o Relatório de monitorização da RNCCI (2007), aproximadamente metade dos utentes admitidos é casado (46%), como aconteceu na nossa amostra.

Aos doentes mais velhos (idade superior a 80 anos) corresponde uma maior percentagem de viuvez e os doentes mais novos (61-70 anos) são todos casados. Os doentes do género masculino são maioritariamente casados e os do género feminino são em igual percentagem casados ou viúvos. O que poderá estar relacionado com o facto de haver mais viúvas do que viúvos em Portugal, como consta nos Censos de 2011 (p. 26) “as mulheres predominam no estado civil viúvo, a percentagem de viúvas é de 11% contra 3% de homens viúvos”.

Quanto às **habilitações literárias**, maioritariamente os doentes têm o 1º ciclo, seguindo-se o estadió sem escolaridade. Este facto poderá estar relacionado com o facto da amostra em estudo se referir a pessoas idosas em idade avançada e ao facto de, naquela época, a escolaridade não ser obrigatória. De acordo com os Censos de 2011 (p. 40), “a população com 15 ou mais anos sem qualquer nível de escolaridade corresponde a cerca de 10% da população desse grupo etário”.

A maioria dos elementos da amostra era agricultor/a ou doméstica antes da reforma, dado este que poderá estar associado ao facto da nossa amostra se referir a pessoas idosas às quais estas actividades estavam associadas antigamente.

No que se refere aos **antecedentes pessoais** que representam factores de risco cardiovascular, maioritariamente os doentes apresentavam obesidade (93.75%). Segundo Lépori (2006) o excesso de peso/obesidade é o sexto factor de risco que contribui para o aparecimento de doenças em geral, sendo uma das suas principais consequências o maior risco de doença cerebrovascular. A inactividade física é um hábito intimamente relacionado com o aparecimento de AVC.

Seguindo-se a este antecedente a HTA que representava 81.25% dos doentes. De acordo com Nunes et al (2000) citados por Salgueiro (2008, p. 54) “estão documentados antecedentes de HTA em 25 a 40% dos doentes que sofreram AVC”. Ainda num estudo desenvolvido por Antunes e Ferro (1986) citados por Martins (2002), a HTA aumenta em pelo menos seis vezes o risco de todos os tipos de AVC. Lépori (2006) acrescenta que o risco de ocorrência das doenças cerebrovasculares é quatro vezes maior em indivíduos hipertensos.

A patologia cardíaca foi o terceiro antecedente mais representativo da amostra (56.25%), seguindo-se a dislipidemia (56.25%) e a Diabetes Mellitus (31.25%).

Dentro das patologias cardíacas, a fibrilhação auricular é a causa mais comum de embolias cerebrais e o risco de AVC alterna de acordo com a presença de outros factores de risco.

No que se refere à dislipidemia, os níveis elevados de colesterol são factores de risco para o acidente isquémico, principalmente devido à sua associação com a aterosclerose (Lépori, 2006).

Quanto à Diabetes Mellitus, Adams e Victor (1996) citados por Salgueiro (2008) referem que os doentes diabéticos são duas vezes mais susceptíveis ao AVC. Menoita et al (2012) acrescentam que a diabetes assume-se como um importante factor de risco para o desenvolvimento de AVCs isquémicos trombóticos, pela alteração da hemodinâmica cerebral, pela hiperglicemia e por interagir com outros factores de risco como a HTA e dislipidemia.

Nas directrizes da DGS (2006), pode ler-se que os principais factores de risco para o AVC são a HTA, dislipidemia, hábitos tabágicos, alimentação inadequada (por ex. excesso de sal, gordura e açúcar, ou carência de vegetais e leite), excesso de peso/obesidade, sedentarismo, Diabetes Mellitus e stresse excessivo.

O reconhecimento das doenças cardiovasculares como a principal causa de morte no País e o seu lugar cimeiro entre os internamentos hospitalares, confirma a hipótese de que a prevalência da HTA é elevada e o seu controlo é insuficiente. Como refere a DGS (2006), para além do objectivo principal de controlar a HTA, importa também considerar uma abordagem integrada de outros factores de risco de morbilidade e mortalidade cardiovascular igualmente importantes, como o tabagismo, a dislipidemia, a diabetes, o abuso de álcool, o sedentarismo ou a obesidade.

Constatámos, assim, que vários foram os factores de risco cardiovasculares que os doentes da nossa amostra apresentaram, uns em maior e outros em menor percentagem, no entanto, importa salientar que é imprescindível a intervenção dos enfermeiros na identificação atempada dos mesmos. No âmbito dos cuidados de saúde primários, os enfermeiros têm um papel preponderante na prevenção primária e secundária, de forma a controlar estes factores de risco para o aparecimento do AVC.

Como referido no enquadramento teórico, a evolução dos doentes pode variar em função da tipologia do AVC. No que se refere à tipologia etiológica,

classificámo-lo como isquémico, hemorrágico ou não classificado/mal definido. Uma vez que nem todos os doentes tinham informação relativa ao subtipo de AVC isquémico, refira-se trombótico, embólico ou lacunar, esta classificação não foi efectuada, classificando-se apenas o território cerebral atingido.

No que concerne à **tipologia etiológica**, a maioria dos doentes tiveram AVC isquémico (81.25%), o que vai de encontro ao descrito na literatura. Como se pode ler nas directrizes da *European Stroke Initiative* (2003), a prevalência do AVC isquémico é superior à do hemorrágico, 75% e 25% respectivamente. Phipps, Sands e Marek (2003) e Branco e Santos (2010) dizem-nos que cerca de 85% dos AVCs são isquémicos e os restantes 15% são subsequentes de hemorragia cerebral. No nosso estudo, os AVCs hemorrágicos correspondem todos a hemorragias intracerebrais (12.5%).

Na relação da tipologia etiológica com a variação da pontuação do IB na alta e na entrada, verificámos que os doentes com AVC isquémico evoluíram mais, em média, no nível de dependência em comparação com os doentes com AVC hemorrágico. No entanto, as diferenças verificadas não podem ser conclusivas uma vez que foi diminuta a percentagem de AVCs hemorrágicos comparativamente com os AVCs isquémicos.

Relativamente ao **território cerebral** atingido, os AVCs ocorreram maioritariamente no território da ACMD (31.25%), seguindo-se o da ACME (18.75%). Na bibliografia encontrada, pode ler-se que, segundo Phipps, Sands e Marek (2003), os dois vasos mais frequentemente afectados são a artéria cerebral média e a artéria carótida interna.

Como sabemos, o local onde o AVC acontece é determinante nas manifestações que podem ocorrer no doente. Uma vez que cada hemisfério cerebral controla e supervisiona a actividade do lado oposto do corpo, as **alterações** resultantes de um dos lados do hemisfério cerebral vai trazer alterações no lado oposto do corpo. Expomos, assim, as mais frequentes e que mereceram especial atenção por parte da enfermagem de reabilitação.

No nosso estudo, todos os doentes apresentavam desequilíbrio dinâmico, manifestavam parésia esquerda 68.75% dos doentes, parésia facial central

esquerda 56.25%, desequilíbrio estático 50%, urgência/incontinência urinária 50%, parésia direita 43.75% e disartria 43.75%. Alguns doentes apresentavam hemiparésia esquerda resultante do AVC e hemiparésia direita resultante da imobilidade e/ou astenia e vice-versa.

Os estudos desenvolvidos no âmbito do *McGill Stroke Rehabilitation Research Program*, demonstraram que 85% das pessoas com AVC, no primeiro mês, tinham limitações na velocidade da marcha e 68% evidenciavam movimentos físicos lentos (Mayo et al, 1999).

No estudo de Martins (2002) os sintomas mais frequentes nas vítimas de AVC foram a parésia esquerda (25.15%) e as parésias e disartria (20.47%) e com valores percentuais mais baixos a parésia direita (12.87%) e a plégia direita (11.7%), associando estes resultados à maior percentagem de AVCs trombóticos da sua amostra.

Apesar das alterações resultantes do AVC não estarem directamente relacionadas com o treino do autocuidado, sabemos que elas influenciam a reabilitação e a recuperação do doente após AVC, tendo sido alvo da nossa atenção, como parte integrante do programa de reabilitação. Embora não tivéssemos analisado a evolução destas alterações, podemos afirmar, com toda a certeza, que a maioria dos doentes recuperou favoravelmente a força muscular, o desequilíbrio e deambulavam com ou sem apoio e/ou supervisão.

Quanto ao **n.º de dias de internamento**, na sua maioria os doentes permaneceram 30 dias na unidade de convalescença (56.25%), o que vai de encontro ao presente no Decreto-Lei que criou e implementou a RNCCI em 2006, onde se pode ler que as unidades de convalescença se destinam a internamentos com previsibilidade até 30 dias. Os doentes que permaneceram os 30 dias na unidade recuperaram, em média, 35.67 pontos no IB.

Constatámos que três elementos da amostra permaneceram mais tempo na unidade (33, 38 e 42 dias) por diferentes motivos. O doente que aguardava transferência para uma unidade de média duração da RNCCI aumentou 19 pontos no IB da entrada até à alta, uma vez que ainda apresentava potencial de recuperação e reabilitação. Os outros dois doentes que aguardavam

transferência para unidades de longa duração com o objectivo de manutenção das suas capacidades, um não evoluiu e o outro doente evoluiu 7 pontos.

Verificamos que dois doentes obtiveram prolongamento do n.º de dias de internamento na unidade (para 37 dias). Em média recuperaram 52 pontos no IB, tendo um aumentado 62 e outro 42 pontos. Para estes 2 doentes foi elaborado um pedido de prolongamento do n.º de dias de internamento devidamente justificado à Entidade Coordenadora Local da RNCCI onde constava como objectivo, entre outros, o ganho de independência nos autocuidados. O facto da média da pontuação do IB ser superior para os doentes que tiveram prolongamento do n.º de dias de internamento, demonstra que, na verdade, se atingiu um dos objectivos propostos no pedido.

Dois doentes permaneceram na unidade apenas 6 dias por terem sido aproximados para a área de residência, no entanto, como verificámos na relação entre o n.º de dias de internamento e a variação do IB à alta e à entrada, estes doentes ainda aumentaram 13 e 55 pontos no IB. Este facto revela a importância da intervenção precoce do enfermeiro de reabilitação, na implementação imediata de programas de reabilitação que visem o treino do autocuidado e promovam a independência do doente.

Nas recomendações do *European Stroke Organization executive Committee and the European Stroke Organization Writing Committee* (2008, p.73), lê-se que “os ensaios que compararam início precoce e tardio da reabilitação revelaram melhor prognóstico se o tratamento for iniciado dentro dos primeiros 20-30 dias após o AVC.

No que se refere aos **autocuidados**, importa discutir a evolução e os ganhos verificados no nível de (in)dependência em cada autocuidado e para os autocuidados de forma global . Analisada a diferença entre o nível de dependência nos autocuidados da entrada à alta, após a implementação do programa de reabilitação relativo ao treino dos autocuidados, concluímos que houve uma recuperação, em quase todos os autocuidados, no sentido da independência.

Aferidos os níveis de dependência em cada autocuidado na entrada e na alta dos doentes da unidade, verificámos que o autocuidado em que os elementos da amostra eram maioritariamente independentes na entrada foi o controlo intestinal (56.25%), seguindo-se o controlo vesical (31.25%) e a higiene pessoal (6.25%). Vários foram os autocuidados em que nenhum doente era independente na entrada, como a alimentação, vestuário, banho, uso de sanitário, subir/descer escadas, transferência e deambulação, o que se poderá justificar pela complexidade das tarefas associadas a estes autocuidados.

O autocuidado em que os elementos da amostra eram maioritariamente independentes na alta foi o controlo intestinal (75%), seguindo-se o controlo vesical (56.25%), a alimentação (43.75%) e a higiene pessoal (43.75%).

Como podemos constatar no estudo desenvolvido por Martins (2002), mais de metade dos doentes necessitava de ajuda para a alimentação, higiene pessoal, banho completo, vestuário, para se deslocar, mover e levantar da cama, mas ao nível das continências, a situação afigurou-se um pouco melhor, apenas 12.87% era incontinente urinário.

Por outro lado, o autocuidado com menor percentagem de doentes independentes na alta foi o banho (0%) e o subir/descer escadas (6.25%), no entanto, estes foram os autocuidados com maior percentagem de doentes com dependência leve na alta, 37.5% e 43.75%, respectivamente. Assim, estes doentes necessitavam apenas de supervisão ou assistência mínima nestes autocuidados. Estes autocuidados implicam, na nossa opinião e de acordo com a literatura, uma maior supervisão e/ou uma assistência mínima na sua concretização pela complexidade das actividades associadas ao autocuidado banho e pelos factores envolvidos na capacidade de subir/descer escadas (exemplo: força muscular, ortostatismo e coordenação motora).

Os autocuidados em que os doentes apresentavam maior percentagem de dependência total na entrada eram o subir/descer escadas (81.25%), seguindo-se a deambulação (37.5%). O autocuidado em que os doentes apresentavam menor percentagem no nível de dependência total na entrada era na alimentação e no vestuário (12.5%), ou seja, apenas 2 doentes eram

totalmente dependentes para estes autocuidados na entrada, sendo que um doente era alimentado por sonda nasogástrica. Nos autocuidados vestuário, banho, higiene pessoal e transferência, os doentes apresentavam menor percentagem no nível de dependência total na alta (0%), ou seja, nenhum doente era incapaz para estes autocuidados na alta. Já nos autocuidados subir/descer escadas e na deambulação, aferimos a maior percentagem no nível de dependência total na alta, 31.25% e 18.75%, respectivamente. Este facto poderá estar relacionado com a incapacidade dos doentes em executar as actividades relacionadas com o subir/descer escadas, como anteriormente referido, e com incapacidade para deambular, sendo deslocados em cadeira-de-rodas.

Também Sequeira (2010), no seu estudo, concluiu que os idosos apresentam uma maior dependência ao nível do subir/descer escadas (97.1%), no banho (81.2%), no vestir (83.2%), na higiene corporal (75.2%) e no uso de sanitário (71.3%).

O autocuidado em que se verificou um maior ganho no nível de independência, na alta relativamente à entrada, foi o autocuidado alimentação, com um aumento de 43.75% de doentes independentes após a implementação do programa de reabilitação. Seguindo-se a este autocuidado, a higiene pessoal (37.5%), o uso de sanitário (37.5%) e a deambulação (31.25%). Estes foram os autocuidados em que os doentes se tornaram mais independentes, aumentando em maior percentagem o nível de independência inicial.

Como vimos anteriormente, apesar do controlo intestinal ser o autocuidado em que os doentes apresentaram maior % de independência na alta, não se trata do autocuidado em que os doentes se tornaram mais independentes, uma vez que a percentagem de independência na entrada já era elevada (56.25%), verificando-se apenas uma evolução de 18.75% de doentes no nível de independência no controlo intestinal.

O autocuidado em que se verificou um menor ganho no nível de independência, da entrada para a alta, foi o subir/descer escadas (com um aumento de 6.25%). No autocuidado banho constatámos uma manutenção no

nível de independência inicial (0%). No entanto, como foi referido anteriormente, os autocuidados banho e subir/descer escadas foram os autocuidados em que se verificou um maior aumento no nível de dependência leve (37.5 e 43.75%, respectivamente), sendo que no banho nenhum doente era totalmente dependente na alta. Tal facto é justificado pela necessidade dos doentes serem supervisionados ou assistidos pontualmente nestes autocuidados no momento da alta, mesmo evoluindo consideravelmente.

O autocuidado em que verificámos um maior ganho no nível de dependência total foi o subir/descer escadas (diminuição de 50% dos casos), seguindo-se os autocuidados banho e higiene pessoal (diminuição de 25% dos casos). Por outro lado, os autocuidados em que aferimos um menor ganho no nível de dependência total foram a alimentação e o controlo intestinal (com uma diminuição de 6.25% dos casos).

De uma forma sucinta, apresentamos os autocuidados em que constatámos maior e menor ganho no nível de independência e de dependência total, na alta em comparação com a entrada (Tabela 28).

Tabela 28 – Comparação dos autocuidados com maiores e menores ganhos no nível de dependência total e na independência, da entrada à alta

	Maiores ganhos	Menores ganhos
Dependência total	Subir/descer escadas Banho Higiene pessoal	Alimentação Controlo intestinal
Independência	Alimentação Higiene pessoal Uso de sanitário Deambulação	Banho Subir/descer escadas

Estes resultados vão de encontro ao estudo desenvolvido por Soares et al (2010), em que verificaram diferenças nos maiores e menores ganhos conseguidos quando analisados os doentes independentes e os totalmente

dependentes. Os doentes totalmente dependentes tiveram menores ganhos no controlo de esfíncter fecal e maiores ganhos no controlo de esfíncter vesical, na alimentação, banho, deambulação/escadas. Os doentes independentes tiveram menores ganhos no banho e subir/descer escadas e maiores ganhos no controlo vesical e fecal, na deambulação, transferências e uso de sanitário

Em suma, no nosso estudo, os menores ganhos obtidos no nível de independência são justificados sobretudo pela complexidade da realização de alguns autocuidados (como o banho e subir/descer escadas) pois requerem coordenação motora e força muscular suficiente e uma supervisão por questões de segurança (risco de queda). Os menores ganhos obtidos no nível de dependência total, podem-se relacionar com o facto da percentagem de doentes totalmente dependentes à entrada já ser baixa, verificando-se uma menor redução.

Os maiores ganhos obtidos no nível de independência podem ser justificados pelo facto de, na entrada, nenhum doente ser independente nesses autocuidados, verificando-se um aumento mais significativo na alta. Os maiores ganhos obtidos no nível de dependência total, referem-se aos autocuidados com menores ganhos de independência, ou seja, os doentes diminuem consideravelmente a % de dependência total na entrada para níveis de dependência inferiores (severa, moderada e leve) na alta, mas não atingem o nível de independência.

Relativamente ao **nível de dependência nos autocuidados em geral**, na entrada, em média, os doentes pontuaram 34 pontos tendo atingido no máximo 71 pontos. Após a implementação do programa de reabilitação, na alta, em média, os doentes pontuaram 66.44 pontos, tendo no máximo obtido 99 pontos. A diferença entre a pontuação do IB na alta e na entrada demonstrou-nos que, em média, os doentes aumentaram 32.44 pontos no IB, sendo que no máximo aumentaram 64 pontos. Houve apenas um doente que manteve a pontuação inicial. Estes dados, vão de encontro ao estudo desenvolvido por Vilarmau, Diestre e Guirão (2000) que concluíram que, na entrada, em média os doentes pontuaram 41.8 pontos no IB e na alta 62.5.

No estudo desenvolvido por Mandic e Rancic (2011), concluíram que a média da pontuação do IB na admissão foi de 57 e na alta de 79, sendo a diferença estatisticamente significativa. Todos os doentes obtiveram um aumento na pontuação do IB, o que revelou que a sua capacidade funcional melhorou após a implementação da reabilitação.

Os nossos resultados concordam com a opinião de Meschia (2001) e Canhão (2000), para quem a relação existente entre a realização do programa de reabilitação e o nível de independência funcional é tal, que os doentes dependentes melhoram mais o seu estado funcional após o estabelecimento do programa de reabilitação (Almeida e Albuquerque, 2004).

Verificámos também que apresentavam dependência moderada a total, na entrada, 93.65% dos doentes e, na alta, 37.5%. Obtiveram dependência leve 62.5% dos doentes na alta. Dados concordantes com o estudo desenvolvido por Soares et al (2010), que concluíram no seu estudo, que 100% dos doentes apresentava dependência moderada a total no dia de admissão, que no momento da alta 56% mantiveram-se na classificação de dependência moderada a total e que 44% obtiveram classificação de dependência leve/independente.

As pesquisas realizadas no âmbito do *McGill Stroke Rehabilitation Research Program*, demonstraram que, no primeiro mês, 37% das pessoas com AVC precisavam de alguma assistência nas AVDs e 29% estavam totalmente incapacitadas (Mayo et al, 1999). No nosso estudo, na alta, quase 20% dos doentes eram totalmente incapacitados ou com incapacidade severa e cerca de 20% apresentavam dependência moderada.

Discutindo a comparação percentual entre as pontuações do IB na alta e na entrada, após a implementação do programa de reabilitação, verificámos uma diminuição nos níveis de maior dependência (total, severa e moderada, 18.75% respectivamente) e um aumento na dependência leve (56.25%). Nenhum doente era independente na alta (pontuação 100), mas 62.5% dos doentes apresentavam dependência leve, necessitando apenas de supervisão e/ou assistência mínima nos autocuidados. Refira-se que os familiares foram

ensinados no sentido de assistirem os doentes nos autocuidados necessários e/ou foi efectuada a referenciação dos doentes para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados, no sentido de darem continuidade ao processo de reabilitação.

Recentemente têm sido criadas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, multidisciplinares, compostas por enfermeiros de reabilitação, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, no âmbito da RNCCI, para darem resposta a este tipo de situações, nomeadamente, para darem continuidade aos programas de reabilitação no domicílio. Como descrito no Decreto-Lei n.º 101/2006 (p. 3862), estas equipas prestam serviços domiciliários “a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença (...) cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”.

As unidades de convalescença destinam-se a internamentos de 30 dias (cerca de 4 semanas), podendo haver prolongamento do n.º de dias de internamento ou os doentes serem referenciados para unidades de Média de Duração e Reabilitação. As equipas de intervenção domiciliária constituem também uma resposta para a continuidade da reabilitação instituída nas unidades de convalescença, por períodos baseados nas necessidades identificadas pelos profissionais.

Segundo a DGS (2006), citando Ramires (1997), 80% dos doentes que sofreram um AVC atingem o melhor nível funcional às 6 semanas, 90% atingem-no às 12,5 semanas (3 meses). Quando completam o programa de reabilitação, 20% vão ficar com incapacidade grave, 8% com incapacidade moderada, 26% com ligeira incapacidade e 46% ficam independentes. Estes dados demonstram a importância da continuidade da reabilitação no pós-alta das unidades de convalescença, no sentido dos doentes se tornarem o mais independentes possível nas AVDs.

Como se pode ler nas recomendações do *European Stroke Organization executive Committee and the European Stroke Organization Writing Committee* (2008), os doentes quando tratados com um programa de reabilitação diário,

apresentam uma evolução funcional favorável e diminuem o nível de dependência nas AVDs, referindo que a reabilitação deve continuar após a alta durante o primeiro ano após o AVC.

Neste sentido, no estudo efectuado por Matos e Azeredo (2003, p. 202), acerca dos doentes de um médico de família que sofreram AVC, revelou que 19,2% dos doentes são independentes, 57,7% apresenta uma dependência ligeira a moderada, 11,6% apresentam uma dependência grave e 11,5% estão totalmente dependentes. Apesar destes dados se referirem a doentes no domicílio, podemos ainda assim verificar que ao nível da dependência total a percentagem é semelhante à do nosso estudo, em que 12,5% dos doentes tiveram alta da unidade com dependência total nos autocuidados. Este facto poderá induzir-nos a afirmar que, provavelmente, os doentes com dependência total não recuperam no sentido da independência quando têm alta para o domicílio, enfatizando ainda mais a necessidade da intervenção das equipas de cuidados continuados integrados.

Refira-se que os nossos doentes, que tiveram alta da unidade no nível de dependência total nos autocuidados, foram encaminhados para as unidades de longa duração para manutenção das suas capacidades, por não reunirem condições para serem cuidados no domicílio, decorrentes de dificuldades de apoio familiar.

Na nossa opinião, decorrente da literatura consultada, o tempo preconizado para o estabelecimento do programa de reabilitação é bastante ambíguo, pois vários são os factores que a influenciam. Os números e as estatísticas servem como pontos de referência, no entanto, o doente é cuidado individualmente como um agente activo no programa de reabilitação, que deve ter em conta as suas características pessoais. Como refere Leal (2001), o progresso do programa de reabilitação não é igual para todas as pessoas, para algumas fica completo ao fim de algumas semanas após o AVC, para outras pode implicar meses ou anos.

A discussão dos resultados, permitiu-nos comparar os dados obtidos com o estado da arte e verificar que, após implementação de um programa de

reabilitação os doentes, na sua maioria, atingem níveis de dependência leve ou independência, mostrando o quão é importante avaliar a evolução no nível de (in)dependência dos doentes, no sentido de se monitorizar os ganhos obtidos.

3. Considerações finais

O AVC é uma doença com expressão mundial que causa incapacidade funcional pelas limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão que lhe estão associadas. Estas alterações condicionam a capacidade do doente em cuidar de si próprio, conduzindo a défices nos autocuidados. Como refere Branco e Santos (2010), o AVC é a doença física e socialmente catastrófica que leva a pessoa a voltar a necessitar de depender de outrem nas AVDs.

Em resposta à crescente necessidade de saúde e social, imposta pelo envelhecimento populacional, surgiu a RNNCI, centrada na readaptação às limitações decorrentes da doença, na reabilitação com vista a promover a independência nos autocuidados e na reintegração familiar e social. No âmbito desta rede, as unidades de convalescença têm como principal objectivo a recuperação da independência funcional, tentando restabelecer, tanto quanto possível, as funções afectadas, total ou parcialmente (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Segundo a DGS (2011) a reabilitação é um processo centrado no doente e orientado por objectivos, que começa no dia após o AVC, com a finalidade de melhorar a funcionalidade e alcançar o maior nível de independência possível.

A reabilitação deve ser precoce, proporcionando à pessoa com AVC a adaptação às novas condições de vida. Como refere Menoita et al (2012), a reabilitação visa prevenir complicações secundárias ao AVC, restaurar a função alterada, promover a adaptação da pessoa ao seu ambiente, adaptar o ambiente à pessoa e promover a adaptação da família à situação. Para tal, é imperativo que o enfermeiro de reabilitação proceda a uma avaliação inicial de cada doente e estabeleça um plano de cuidados personalizado que garanta a continuidade dos cuidados. O sucesso da reabilitação também passa pelo envolvimento dos familiares em todo o processo, facilitando a reintegração do doente e o regresso a casa.

O enfermeiro, em especial o enfermeiro especialista em reabilitação, integrado numa equipa multidisciplinar, contribui com os seus conhecimentos e consegue potenciar o seu trabalho desenvolvendo-o de forma concentrada, integrada e pró-activa com o objectivo maior de tornar a pessoa capaz para o autocuidado.

O treino das actividades do autocuidado é primordial na promoção da independência, tendo presente um contínuo acompanhamento ao doente e familiares, o incentivo à participação no programa de reabilitação, ajudando o doente naquilo que ele não é capaz de fazer sozinho, no sentido de potenciar as suas capacidades. Como refere Branco e Santos (2010), o caminho da independência requer um ajuste progressivo às incapacidades e uma reaprendizagem em diferentes actividades do autocuidado, sendo necessário um programa que vise o desenvolvimento integral da pessoa, levando a restaurar a sua situação e a suprir as suas dificuldades.

Quando falamos de autocuidado, referimo-nos à dimensão de cuidados de enfermagem mais enfatizada nas teorias de enfermagem, como a de Orem, daí a sua enorme relevância para o exercício profissional dos enfermeiros. A dependência para o autocuidado ocorre quando a pessoa, decorrente de um evento crítico súbito, fica dependente de estratégias ou equipamentos adaptativos e até de terceiros. Nestes casos, a centralidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação é promover a reconstrução da independência, através do ensino, instrução e treino, com recurso a estratégias e equipamentos adaptativos (Menoita et al, 2012).

No que se refere aos resultados obtidos, face aos objectivos definidos, aferimos que o nível de dependência em cada autocuidado evolui favoravelmente no sentido de ganhos em independência, maioritariamente nos autocuidados alimentação, higiene pessoal, uso de sanitário e deambulação.

Considerando uma evolução positiva da independência quando o valor da avaliação da alta é superior ao da entrada e uma evolução negativa da independência quando o valor da avaliação da alta é inferior ao da entrada, apurámos que nenhum doente evoluiu negativamente no nível de (in)dependência nos autocuidados.

Concluimos, assim, na comparação dos resultados obtidos desde a entrada na unidade até à alta, após aplicação de um programa de reabilitação, que houve uma evolução significativa no que diz respeito ao nível de (in)dependência. Os doentes reduziram os níveis de dependência mais elevados (dependência total, severa e moderada) e aumentaram 10 vezes o nível de dependência leve. Nenhum doente era independente na entrada nem na alta, necessitando de alguma supervisão ou assistência mínima em algum autocuidado. Apenas um doente manteve a pontuação no IB total, referindo-se ao doente que teve intercorrências durante o internamento, voltando ao nível de dependência inicial.

Reforçamos que também foram observadas algumas relações entre a variação dos níveis de dependência nos autocuidados, da entrada à alta, e as características da amostra, passíveis de discussão.

O nosso programa de reabilitação foi baseado no ensino, instrução e treino das actividades do autocuidado, englobando o envolvimento dos familiares e a preparação do regresso da casa. Tornar as pessoas capazes de se autocuidarem possibilita uma reintegração no seio familiar, social e profissional ao mais alto nível e a adaptação às alterações resultantes do AVC.

A elaboração deste relatório de investigação manifestou-se como um verdadeiro desafio, apesar das dificuldades sentidas, que se prenderam com o tempo disponível para a sua concretização e com a complexidade da elaboração de uma tese de investigação associada a alguma inexperiência neste âmbito. Fica a certeza do interesse e esforço direccionado no sentido de as colmatar, juntamente com a pesquisa efectuada e com a orientação que nos foi disponibilizada.

No entanto, estas dificuldades estimularam-nos ainda mais na procura das melhores soluções, de modo a estruturar e desenvolver o relatório de forma competente. Como refere Collière (1999), cultivar a investigação em si e por si faz dela um domínio de elite, uma base para o exercício do poder.

A pesquisa, a leitura de diversos artigos de investigação e os resultados obtidos com o estudo permitiram-nos atingir, no nosso entender, com sucesso

os objectivos a que nos propusemos. A sua realização contribuiu para a aquisição de conhecimentos ao nível da temática e ao nível da investigação.

Entrando na recta final da elaboração do relatório verificámos que algumas ideias terão sido modificadas desde a fase embrionária do projecto de investigação até à fase empírica, o que nos permite inferir que a investigação científica não é estática e que com a obtenção dos resultados se pode reformular e formular novos objectivos.

Finda a realização deste trabalho, com base nos resultados obtidos, podemos concluir que o programa de reabilitação relativo ao treino do autocuidado contribuiu para o nível de (in)dependência da pessoa com AVC, tendo-se obtido ganhos em independência da entrada à alta da unidade de cuidados continuados de convalescença. Estes resultados demonstram a importância da existência de programas de reabilitação personalizados a cada doente e direccionados para o treino do autocuidado e, conseqüentemente, a importância dos enfermeiros de reabilitação para a prática da Reabilitação em Portugal.

Compete ao enfermeiro de reabilitação, implementar programas direccionados para a recuperação e reintegração do doente, inserido numa equipa multidisciplinar e destacando-se pela panóplia de conhecimentos adquiridos na prática e na teoria, tornando-o capaz de redigir e direccionar as intervenções de enfermagem no sentido da promoção da independência do doente nos autocuidados.

Para além destes factos, os resultados revelaram a necessidade de uma intervenção precoce, por parte dos enfermeiros em geral, e dos enfermeiros de reabilitação em particular, ao nível do controlo dos factores de risco cardiovasculares que aumentam a incidência de AVC em Portugal e no Mundo. Urge sensibilizar a população para a adopção de estilos de vida saudáveis e para prevenção desses factores, comportamentos e atitudes de risco cardiovascular no sentido de preservar a saúde. Reduzir estes factores de risco, permitir-nos-á diminuir as doenças cardiovasculares como o AVC e muitas outras doenças.

Como sabemos, o AVC constitui um problema de saúde pública, não apenas como importante causa de morbidade e mortalidade (é a primeira causa de morte em Portugal), como também pelo consumo de recursos e de encargos que motiva no sistema nacional de saúde e, portanto, na sociedade. A avaliação imediata e o tratamento precoce dos doentes com AVC são impreteríveis para uma diminuição deste flagelo (DGS, 2006). A reabilitação, como forma de tratamento, deve ser instituída o mais precocemente possível para que as situações de incapacidade se minimizem. Não podemos esquecer a importância do envolvimento dos familiares e das pessoas significativas no processo de reabilitação, no sentido de facilitar a reintegração do doente no seu contexto sócio-profissional e familiar.

Apesar de termos construído um universo temporal diminuto, sentimos que valeu a pena, não só pelos resultados alcançados, como também pela satisfação dos doentes e familiares ao verem a sua recuperação durante o internamento. Uma das limitações do nosso trabalho foi, assim, a existência de uma amostra pouco numerosa o que, em algumas circunstâncias, poderia ter alterado e até contrariado os resultados, para além disto, o tempo em que foi realizado o estudo não foi muito longo, o que significa que com um período de tempo maior as conclusões poderiam ser diferentes.

Foi com enorme prazer que desenvolvemos a presente tese, concluindo a mesma com o desejo de voltar a investigar e aprendendo investigando, nesta área fascinante que é a reabilitação.

Pensámos que mais estudos serão necessários no futuro para a discussão de questões relacionadas com a importância do treino dos autocuidados nos cuidados continuados e no regresso a casa, no que se refere ao ensino aos familiares, às estratégias adaptativas, aos produtos de apoio utilizados e aconselhados, demonstrando ganhos em saúde e enfatizando a importância da intervenção do enfermeiro de reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. e Albuquerque, C. (2004). Nível de independência funcional dos doentes com Acidente Vascular Cerebral no domicílio. *Percursos de Investigação*, 113-123.
- Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A. e Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Backman, K. e Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 564-572.
- Balaban, B.; Tok, F.; Yavuz, F.; Yasar, E. e Alaca, R. (2011). Early rehabilitation outcome in patients with middle cerebral artery stroke. *Neuroscience Letters*, 498 (3), 204-207. Consultado a 2 Setembro de 2012, disponível na base de dados ScienceDirect
- Branco, T. e Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Caneda, M.; Fernandes, J.; Almeida, A. e Mugnol, F. (2006). Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arquivo de neuropsiquiatria*, 64 (3-A), 690-697.
- Cavanagh, S. (1993). *Modelo de Orem: Aplicación Práctica*. Barcelona: Masson.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. (2005). Suíça: International Council of Nurses. (Castro, H. trad. para a Ordem dos Enfermeiros).
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 2.0. (2011). Suíça: International Council of Nurses. (Castro, H. trad. para a Ordem dos Enfermeiros).
- Collière, Marie-Françoise. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Conselho da Europa. (1998). *Recomendação n.º 98 (9) relativa à dependência*, adoptada pelo Comité de Ministros dos Estados Membros em 18 de Setembro de 1998.

Conselho de Enfermagem. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

Derstine, J. B., e Hargrove, S. D. (2001). *Comprehensive Rehabilitation Nursing*. Philadelphia: WB Saunders Company.

Direcção-Geral da Saúde. (2001). Direcção de Serviços de Planeamento. *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pdf>.

Direcção Geral da Saúde (2006) - *Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares*. Lisboa: Ministério da Saúde.

European Stroke Initiative. (2003). Disponível em <http://www.eso-stroke.org/recommendations.php?cid=9&sid=1>.

Ferro, J. e Pimentel, J. (2006). *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel.

Ferro, J. M. e Verdelho, A. (2000). Epidemiologia, factores de risco e prevenção primária do AVC. *Pathos: Formação Médica continua em cuidados de saúde primários*, XVI (7).

Fortin, Marie-Fabienne. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. (3ª edição). Loures: Lusociência.

Foster, P. e Bennett, A. (2000). *Dorothea E. Orem* In George, J. e colaboradores. (2000). *Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. (4.ª edição). Porto Alegre: Artmed Editora.

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, Sirley P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. (2ª edição). Loures: Lusociência,

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Censos 2011: resultados definitivos*. [versão electrónica]. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&menuBOUI=13707294&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1

Instituto Nacional de Estatística, I.P. / Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.. (2009) *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. [Versão electrónica]. Disponível em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf

Kochar, S. et al. (2005). *Tratado de medicina interna*. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Leal, F. (2001) - *Intervenções de enfermagem no acidente vascular cerebral*. In Padilha, J. [et al.] - *Enfermagem em neurologia*. Coimbra: Formasau.

Lépori, R. (2006). *Acidente Vascular Cerebral*. Miniatlas.

Mandic, M. e Rancic, N. (2011). The recovery of motor function in post stroke patients. *Medical Archives*, 65 (2), 106-108. Consultado a 1 de Agosto 2012, disponível na base de dados Scopemed

Martins, M. (2002). *Uma Crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.

Matos, E. e Azeredo, Z. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8 (4), 199-204.

Mayo, N.; Wood-Dauphinee, S.; Ahmed, S.; Gordon, C.; Higgins, J.; Mcewen, S. e Salbach, N. (1999). Disablement following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 21 (5-6), 258-268.

Melo, M. (2010). *Auto cuidado em doentes com hemiplegia: cuidados continuados de convalescença*, Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Menoita, E.; Sousa, L.; Alvo, I.; Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. Diário da República, 1.ª Série, n.º 109.

Monteiro, R. e Martins, R. (2006). Envelhecimento e AVC: Família, delegação e responsabilidade. *Servir*, 54 (4), 165-172.

Norma n.º 54/2011 da Direcção Geral da Saúde (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Departamento da Qualidade na Saúde da Direcção-Geral da Saúde e Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos.

Nunes, Lucília. (2002). A excelência do exercício: referência ético-deontológica na base da excelência. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, (5), 20-26.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa, disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/OE_InvestigEnfermPosCDTomadadePosiacao2604.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo a qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. (Magda França Lopes, Trad.). Porto Alegre: Artmed.

Paixão, C. M. e Reichenheim, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (1), 7-19.

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado conceito central da enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Coimbra: Formasau.

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de colheita de dados (T1)

Idade: _____

Género: M_____

F_____

Estado civil: Solteiro/a_____

Casado/a_____

Viúvo/a_____

Outro_____

Habilitações Literárias: Sem escolaridade_____

1º ciclo_____

2º ciclo_____

3º ciclo_____

Outro_____

Profissão: _____

Antecedentes pessoais/patologias associadas:

Tipologia etiológica do AVC: Isquémico:_____

Hemorragico:_____

Mal definido/não classificado:_____

Tipologia Territorial do AVC: _____

Manifestações clínicas/alterações resultantes do AVC:

N.º de dias de internamento: _____

(NOTA: Anexar o IB)

Anexo 2 – Índice de Barthel

Auto-cuidado	Níveis de dependência	Pontuação
Alimentação	D. Total - O doente é totalmente dependente e necessita de ser alimentado.....	10
	D. Severa – Pode manipular um talher, normalmente uma colher, mas alguém ajuda activamente durante a refeição....	8
	D. Moderada – Alimenta-se com supervisão. Requer ajuda para colocar o açúcar, leite ou outros aditivos nos alimentos, em barrar o pão com manteiga ou mesmo virar o prato.....	5
	D. Leve – Independente na alimentação desde que o tabuleiro esteja pronto, excepto para cortar carne, abrir pacotes ou garrafas ou tirar a tampa do frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.....	2
	Independência – O doente é independente, mesmo que o tabuleiro esteja previamente na mesa ou tendo necessidade de algum produto de apoio.....	0
Vestuário	D. Total - O doente é totalmente dependente para se vestir e está impossibilitado de participar.....	10
	D. Severa - O doente é dependente para se vestir mas consegue participar em certos passos relacionados com o vestuário.....	8
	D. Moderada - Necessita de ajuda para vestir-se ou despir-se.....	5
	D. Leve – Necessita de ajuda mínima, para abotoar, fechar fechos, prender o soutien, apertar os sapatos.....	2
	Independência – O doente é independente, até para colocar ortoses se for necessário.....	0
Banho	D. Total - É totalmente dependente para tomar banho.....	5
	D. Severa - Requer ajuda para todos os aspectos do banho.....	4
	D. Moderada - Requer ajuda para se transferir para o banho ou para se secar ou ainda para completar outra tarefa devido à condição física/doença.....	3
	D. Leve – Requer supervisão por segurança ou para ajustar a água ou ainda na deambulação para o local do banho...	1
	Independência – O doente é independente para o banho no chuveiro, na banheira ou para outro tipo de banho, mesmo que necessita de produtos de apoio. Não necessita da presença de terceiros.....	0

Higiene corporal	D. Total - O doente está impossibilitado de colaborar na higiene pessoal e é dependente em todos os aspectos.....	5
	D. Severa - O doente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.....	4
	D. Moderada - O doente necessita de alguma ajuda em um ou mais momentos da higiene pessoal.....	3
	D. Leve – O doente pode fazer a sua higiene pessoal mas necessita de colaboração mínima antes ou depois da higiene.....	1
	Independência – o doente é capaz de lavar a cara, pentear o cabelo, lavar os dentes, barbear-se e fazer a maquilhagem.....	0
Uso de Sanitário	D. Total - É totalmente dependente no uso de sanitário/arranjo pessoal.....	10
	D. Severa – Requer ajuda em todos os aspectos do uso de sanitário/arranjo pessoal.....	8
	D. Moderada - Requer ajuda para vestir-se, despir-se ou transferir-se para o sanitário ou para lavar as mãos.....	5
	D. Leve – Necessita de supervisão como medida de segurança e pode necessitar de ajuda para esvaziar ou limpar alguns produtos de apoio principalmente durante a noite.....	2
	Independência – O doente é independente, mesmo que use alguns dispositivos, urinol ou outros.....	0
Controlo intestinal	D. Total - O doente é incontinente na função intestinal.....	10
	D. Severa - O doente tem necessidade de ajuda para assumir a posição apropriada e necessita de técnicas facilitadoras para evacuar.....	8
	D. Moderada – O doente pode assumir a posição apropriada, mas necessita de ajuda para o uso de técnicas facilitadoras e tem acidentes com frequência. A assistência é requerida com ajuda em partes.....	5
	D. Leve – O doente pode necessitar de supervisão para o uso de clisteres ou enemas e ter acidentes ocasionais.....	2
	Independência – O doente controla o intestino e coloca os clisteres quando necessário.....	0
	D. Total - O doente é totalmente dependente, ou é incontinente ou está algaliado.....	10
	D. Severa - O doente é incontinente, necessita de ajuda com um dispositivo interno ou externo e /ou necessita de ajuda para assumir a posição apropriada.....	8

Controlo vesical	D. Moderada - O doente pode assumir a posição apropriada, controla a urina de dia, mas necessita de ajuda de noite e precisa de um dispositivo.....	5
	D. Leve – o doente controla a urina de dia e de noite, mas tem ocasionalmente acidentes, necessitando de ajuda mínima para dispositivos internos e externos.....	2
	Independência – O doente é independente mesmo que use dispositivos.....	0
Subir/Descer escadas	D. Total - O doente é incapaz de subir/descer degraus.....	10
	D. Severa - Requer ajuda em todos os aspectos relacionados com o descer e subir escadas, inclusive com os produtos de apoio.....	8
	D. Moderada - É capaz de subir e descer escadas, mesmo que use canadianas, necessita de supervisão e/ou ajuda....	5
	D. Leve – Geralmente não requer nenhuma ajuda, por vezes requer supervisão por segurança.....	2
	Independência – O doente sobe e desce lanços de escadas sem ajuda ou supervisão, embora possa utilizar dispositivos de compensação.....	0
Transferência	D. Total - O doente é incapaz de participar na transferência. São necessárias duas pessoas para o transferir, com ou sem auxílio de meios mecânicos.....	15
	D. Severa – O doente é capaz de participar mas necessita de ajuda máxima em todos os aspectos da transferência....	12
	D. Moderada - O doente transfere-se mas necessita de ajuda de outra pessoa para algum aspecto da transferência....	8
	D. Leve – O doente transfere-se, só necessita de ajuda de outra pessoa como medida de confiança ou para promover a supervisão por segurança.....	3
	Independência – O doente é independente em todas as fases da transferência, mesmo que use cadeira de rodas.....	0
Deambulação	D. Total - O doente é totalmente dependente para deambular.....	15
	D. Severa - O doente necessita da ajuda de uma ou duas pessoas para deambular.....	12
	D. Moderada - O doente necessita de ajuda de uma pessoa para alcançar a posição desejada e para alcançar ou manipular os produtos de apoio para a deambulação.....	8
	D. Leve – O doente é independente na deambulação mas está impossibilitado de andar mais de 50 metros sem ajuda,	

	ou de supervisão para confiança ou segurança.....	3
	Independência – O doente é independente, assume a posição de pé, senta-se e sabe colocar os produtos de apoio na posição correcta de utilização.....	0
Alternativas à deambulação (Só responder no caso do doente não deambular)	D. Total – O doente é dependente para se deslocar em cadeira de rodas.....	5
	D. Severa – O doente tem capacidade para propulsar a cadeira de rodas em pequenas distâncias em pisos lisos, mas necessita de ajuda para o restante.....	4
	D. Moderada – O doente necessita de presença de uma pessoa constantemente para manipular a cadeira de rodas e transferir-se.....	3
	D. Leve – O doente pode propulsar sozinho a cadeira de rodas por uma duração razoável em cima de terreno regular. Necessita de ajuda mínima em locais particulares.....	1
	Independência - O doente desloca-se em cadeira de rodas de forma independente, contorna obstáculos e anda pelo menos 50 metros.....	0

Fonte: Baseado em Martins (2002) (adaptado do IB, 1989)

Anexo 3 – Pontuação do Índice de Barthel por níveis de dependência

Nível de Dependência	Pontuação total do IB
Independência	100
Dependência leve	> 60
Dependência moderada	> 40 e ≤ 60
Dependência severa	≥ 20 e ≤ 40
Dependência total	< 20

Anexo 4 – Programa de Reabilitação: treino dos autocuidados

O Autocuidado é definido como: “actividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária” (CIPE versão 1, 2005, p.46 e versão 2, 2011, p.41).

O programa de reabilitação foi aplicado após uma avaliação inicial pormenorizada e criteriosa de cada doente, para uma posterior implementação das intervenções de acordo com os níveis de dependência em cada autocuidado.

Refira-se que há intervenções que são comuns a todos os autocuidados e que a sua implementação depende, para além do nível de dependência, da força muscular, da coordenação motora e, principalmente, de todas as alterações resultantes do AVC em cada doente em particular.

Autocuidado banho e higiene corporal:

O banho e a higiene pessoal são tipos de autocuidado que têm vindo a ser descritos nas diversas versões da CIPE.

A capacidade para cuidar da higiene pessoal é definida como a capacidade de desempenho com as características específicas: manter um padrão contínuo de higiene, manter o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavar regularmente as mãos, limpar as orelhas, nariz e áreas perineais, manter a pele macia usando princípios de preservação e manutenção de limpeza (CIPE versão 1, 2005, p. 92). Na versão 2 (2011, p.42), a capacidade para cuidar da higiene pessoal define-se como “ter a capacidade de manter o corpo limpo e bem arranjado”.

A capacidade para tomar banho é descrita como a “capacidade para cuidar da higiene pessoal com as características específicas: enxaguar o corpo ou partes dele em água por exemplo entrando ou saindo da banheira, providenciando todo o material necessário para o banho, obtendo ou abrindo a água, lavando e

secando o corpo” (CIPE versão 1, 2005, p. 92). Na versão 2 (2011, p. 43), a capacidade para tomar banho é definida como a “capacidade: lavar o corpo, na totalidade ou em partes”.

- Avaliar o nível de dependência do doente com recurso ao IB;
- Avaliar a força muscular através da escala de Council e a coordenação motora;
- Avaliar o equilíbrio na posição de sentado e em pé;
- Potenciar as capacidades do doente;
- Estimular a colaboração do doente no programa de reabilitação;
- Preparar o material necessário ou supervisionar o doente a fazê-lo;
- Verificar a temperatura da água se o doente não for capaz fazê-lo. Se for capaz, orientar na regulação do fluxo e temperatura da água;
- Colocar a cadeira de rodas paralela à banheira, se for o caso, o doente entra pelo lado sã; No caso de existência de banco articulado, transferir o doente ou assisti-lo na transferência. O doente poderá ser conduzido até ao wc em cadeira de banho ou assistido e supervisionado a deambular;
- Pedir ao doente ou auxiliá-lo a sentar-se no estrado da banheira e de seguida instruí-lo a colocar a perna sã dentro da banheira e com a mão sã colocar a perna afectada;
- Sugerir ao doente/família a não colocação de tapetes no WC para diminuir o risco de quedas;
- Informar a necessidade de utilização de um banco que garanta a estabilidade;
- Incentivar a colocação de barras de apoio na parede lateral e na parede de topo da banheira ou polivan;
- Providenciar produtos de apoio: escova de cabo comprido, elevador de sanita, barras de apoio;

- Assistir o doente no autocuidado banho e higiene pessoal de acordo com o seu nível de dependência;
- Recomendar o uso de máquina de barbear eléctrica;
- Utilizar espelho na execução de tarefas de arranjo pessoal (integração do esquema corporal e correcções posturais);
- Ensinar o doente a pentear-se com o braço são no caso do outro ser plegico;
- Estimular/incentivar o doente a pentear-se com o membro parético, utilizando uma escova ou pente de cabo comprido;
- Instruir o doente a utilizar uma tesoura de pontas redondas para cortar as unhas ou informar da existência de tesouras adaptadas para o efeito;
- Incentivar ou assistir no autocuidado de higiene oral, ensinando estratégias adaptativas para o efeito;
- Orientar e supervisionar o autocuidado;
- Incentivar a pessoa a lavar o hemicorpo menos afectado, se tiver alguma força no lado afectado;
- Ensinar, instruir e treinar o uso de estratégias adaptativas e produtos de apoio para o autocuidado banho e higiene pessoal, ao doente e aos familiares;
- Elogiar o desempenho do doente;

Autocuidado vestuário:

Vestir-se ou despir-se é definido como um autocuidado e a capacidade para se vestir é definida como a “capacidade para cuidar da higiene pessoal com as características específicas: colocar ou retirar roupas e sapatos adaptados à situação e ambiente tendo em consideração convenções e códigos normais de vestir e despir as roupas pela sequencia correcta, fechando-a de forma correcta” (CIPE versão 1, 2005, p. 92). Na versão 2 é apresentada como a

“capacidade de vestir ou despir roupas adequadas” (CIPE versão 2, 2011, p.43).

- Avaliar o nível de dependência do doente com recurso ao IB;
- Avaliar a força muscular através da escala de Council e a coordenação motora;
- Avaliar o equilíbrio na posição de sentado e em pé;
- Potenciar as capacidades do doente;
- Estimular a colaboração do doente no programa de reabilitação;
- Preparar a roupa e incentivar o doente a fazê-lo se for capaz, de acordo com os seus gostos pessoais;
- Ensinar a colocar a roupa pela ordem que vai ser vestida;
- Incentivar a utilização de roupa larga e de abotoar à frente ou com velcro;
- Informar a família que as casas dos botões devem ser alargadas e os botões pequenos substituídos por outros maiores ou fita de velcro, que os fechos devem ser substituídos por velcro ou optar por calças de elástico;
- Incentivar a utilização de sapatos anti-derrapantes com mecanismo de apertar fácil;
- Informar, advogar e providenciar o uso de equipamento adaptativo;
- Incentivar a mulher a utilizar soutien de apertar à frente;
- Ensinar a mulher a vestir e despir o soutien de apertar atrás (Vestir: colocar o soutien à volta da cintura, com a parte de trás virada para a frente, em seguida apertar os colchetes e rodá-lo para a posição correcta e com a mão sã levar as alças ate aos ombros. Despir: retirar as alças do soutien com a mão sã, rodar o soutien de forma a desapertar os colchetes)
- Ensinar, instruir o treinar o vestir pelo lado afectado e o despir pelo lado sã:
 - Vestir e despir uma camisa ou casaco:

O doente deve estar sentado numa cadeira com os pés apoiados no chão e colocar a peça de roupa desdobrada no seu colo. Colocar a parte da frente voltada para baixo e o colarinho junto dos joelhos. Com a mão sã, enrolar a manga do lado afectado entre os dedos e introduzir a mão afectada na manga, puxando-a até ao cotovelo e posteriormente até ao ombro e às costas. Introduzir a mão sã na outra manga e com esta vestir a peça de roupa na cabeça, ou meter primeiro a peça de roupa na cabeça com a mão sã e depois vestir a mão sã (adaptado ao doente). Para despir deve puxar pela peça de roupa com a mão sã, até ficar com o ombro livre e retirar a manga e depois a manga do braço afectado.

- Vestir e despir as calças:

O doente deve sentar-se e cruzar a perna afectada sobre a sã com a ajuda da mão sã. Em seguida enrola a calça na mão sã e introduz a calça na perna afectada até ao joelho e descruza-a. Coloca a calça na perna sã e puxa-a para cima o máximo possível. Se conseguir estar de pé, levanta-se e encosta-se numa parede ou móvel e puxa a calça totalmente para cima com a mão sã. Por último puxa o fecho com o auxílio de uma argola ou fita colocada para o efeito. Caso não consiga deve deitar-se, dobrar o joelho não afectado e apoiar-se no pé sã de forma a levantar as ancas e puxar as calças até à cintura. Para despir as calças, se se equilibrar de pé desaperda as calças e puxa-as para baixo, em seguida senta-se e despe primeiro a perna sã e em seguida a afectada. Caso contrário deita-se na cama, faz a ponte, puxa as calças para baixo com a mão sã e em seguida tira primeiro a perna sã e depois a afectada.

- Calçar e descalçar as meias:

Com a mão sã deve cruzar a perna afectada, de forma a que o pé afectado fique ao alcance da mão sã. Com a ajuda deste deve colocar a abertura (mantida pelo polegar e os dedos indicador e médio, com a meia dobrada a meio) no pé afectado e já com o pé no chão acabar de calçar. Para descalçar, também com as pernas cruzadas tira o pé afectado e o pé sã com a mão sã.

- Calçar e descalçar os sapatos:

Com a mão sã deve cruzar a perna afectada sobre a perna sã, segurar o pé e introduzir o sapato. Com o pé apoiado no chão, pode pressionar para baixo o joelho afectado para introduzir o calcanhar no sapato. Se tiver dificuldade pode utilizar uma calçadeira de cabo comprido. Para descalçar é o mesmo procedimento.

- Orientar e supervisionar o autocuidado;
- Elogiar o desempenho do doente;
- Ensinar, instruir e treinar o uso de estratégias adaptativas e produtos de apoio para o autocuidado vestuário ao doente e familiares.

Autocuidado alimentação:

Alimentar-se é um tipo de autocuidado e a capacidade para se alimentar é a “capacidade de desempenho com as características específicas: organizar a ingestão de alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em pedaços manejáveis, levar os alimentos à boca, colocá-los na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até estar satisfeito (CIPE versão 1, 2005, p.92). Na versão 2 (CIPE, 2011, p. 42), a capacidade de alimentar-se é a capacidade de “levar e colocar na boca os alimentos sólidos e líquidos”.

- Avaliar o nível de dependência do doente com recurso ao IB;
- Avaliar os pares cranianos envolvidos na deglutição e diagnosticar comprometimentos na deglutição;
- Avaliar a força muscular através da escala de Council e a coordenação dos membros superiores;
- Potenciar as capacidades do doente;
- Estimular a colaboração do doente no programa de reabilitação;
- Ensinar o doente a alimentar-se na posição correcta, supervisionar e corrigir a postura: sentado, costas apoiadas, coluna alinhada, cabeça ligeiramente

inclinada para a frente, braço afectado estendido sobre a mesa com o cotovelo apoiado e pés assentes no chão;

- Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo de forma a focar a atenção do doente no autocuidado;
- Providenciar a dieta para junto do doente e abordá-lo pelo lado afectado;
- Assegurar que todos os objectos são colocados ao alcance e dentro do campo visual do doente;
- Incentivar o doente a ingerir pequenas porções de alimento e a colocá-los no lado são da boca;
- Administrar líquidos, se necessário recorrer ao uso de espessante e água gelidificada;
- Estimular o doente a usar o lado afectado da boca para promover movimentos bilaterais enquanto mastigar;
- Ensinar, instruir e treinar exercícios faciais activos para fortalecimento muscular (exemplo: comprimir as pálpebras com força, sorrir, assobiar, cerrar os dentes, comprimir os lábios, franzir a testa, tocar com a língua no palato, colocar a língua de fora, tocar com a língua na face interna da cavidade oral à direita e à esquerda) e massajar a face com movimentos circulares (no sentido da mandíbula para a boca);
- Providenciar produtos de apoio (talheres de cabo anatómico, resguardo para o prato, copos recortados, tapetes anti-deslizantes, utensílio articulado, em faixa ou de encaixe para ajudar no uso de talheres, caneca de pega dupla, prato com divisórias, etc)
- Assistir o doente a comer com o braço afectado quando a força muscular não é suficiente para fazer o movimento de levar os alimentos à boca;
- Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica, se for o caso;
- Orientar, supervisionar e incentivar o doente a alimentar-se;
- Vigiar a refeição;

- Ensinar, instruir e treinar o uso de estratégias adaptativas e produtos de apoio, ao doente e familiares;
- Elogiar o desempenho do doente.

Autocuidado uso de sanitário:

Usar o sanitário é um tipo de autocuidado e a capacidade para usar o sanitário é descrita como a “capacidade de desempenho com as características específicas: desempenhar actividades para manter a higiene íntima, limpando-se após urinar ou evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, puxando o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infecção” (CIPE versão 1, 2005, p. 92). Na versão 2 da CIPE (2011, p.43) é definida como a capacidade de “realizar actividades de usar o sanitário para urinar e defecar”.

- Avaliar o nível de dependência do doente com recurso ao IB;
- Potenciar as capacidades do doente;
- Estimular a colaboração do doente no programa de reabilitação;
- Informar sobre a necessidade de colocar barras de apoio ao lado da sanita, de utilizar elevador de sanita ou cadeira sanita;
- Incentivar o autocuidado uso de sanitário;
- Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado uso de sanitário;
- Orientar, supervisionar e assistir o autocuidado;
- Incentivar o doente a transferir o peso do corpo do lado afectado para o lado não afectado para se limpar;
- Ensinar, instruir e treinar o uso de estratégias adaptativas e produtos de apoio;
- Optimizar o dispositivo urinário;
- Elogiar o desempenho do doente.

Autocuidado controlo vesical e intestinal:

Este autocuidado relaciona-se com a capacidade da pessoa em controlar a eliminação intestinal e urinária de forma voluntária. Está associado a termos como a eliminação intestinal e vesical, controlo intestinal e urinário e continência urinária e intestinal. Surgem na CIPE algumas definições, no âmbito dos focos e diagnósticos/resultados, como a incontinência de esforço, de urgência, funcional, por transbordamento, reflexa, urinária, urinária total e intestinal.

- Avaliar o nível de dependência do doente com recurso ao IB;
- Potenciar as capacidades do doente;
- Estimular a colaboração do doente no programa de reabilitação;
- Instituir treinos vesicais;
- Estimular a ingestão hídrica;
- Avaliar se tem micção espontânea;
- Avaliar o volume residual;
- Efectuar algaliação intermitente;
- Conhecer os hábitos de eliminação intestinal do doente;
- Registrar a ocorrência de trânsito intestinal;
- Proceder ao despiste de distensão abdominal;
- Avaliar as características da urina e das fezes;
- Despistar disuria e polaquiúria;
- Promover o acesso fácil a produtos de apoio (urinol, aparadeira, cadeira-sanita);
- Facilitar o acesso à casa de banho;
- Ensinar, instruir e treinar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica;

- Elogiar a recuperação da continência;

Autocuidado deambulação e subir/descer escadas:

Deambular está relacionado com a capacidade para mudar e mover o corpo de um lado para o outro. De acordo com a CIPE versão 2 nos termos relacionados com a deambulação, andar é “mobilizar-se: movimento do corpo de um lugar para o outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade de sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidade que vão do lento ao moderado ou rápido. Andar, subir e descer escadas e rampas” (2011, p.39). A deambulação engloba o andar com um ou mais auxiliares de marca, do tipo canadiana, andarilho, tripé, bengala, entre outros.

Quando o doente é incapaz para deambular, desloca-se ou é deslocado em cadeira de rodas, dependendo da sua capacidade de marcha.

- Avaliar o nível de dependência do doente com recurso ao IB;
- Avaliar a força muscular através da escala de Council e a coordenação motora;
- Avaliar o equilíbrio na posição de sentado e em pé;
- Treinar o equilíbrio;
- Executar exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores e superiores;
- Potenciar as capacidades do doente;
- Estimular a colaboração do doente no programa de reabilitação;
- Incentivar a deambulação;
- Ensinar, instruir e treinar a técnica da marcha: enfermeiro coloca-se lateralmente ao doente do seu lado afectado, segura a mão lesada com a sua mão do mesmo lado, ao mesmo tempo que exerce uma pressão axial ao longo do braço que mantenha o ombro elevado. O cotovelo, punho e dedos

devem estar em extensão e supinação. Primeiro o membro afectado e depois o membro são;

- Colocar o dispositivo de marcha (bengala ou tripé) do lado são, avança o dispositivo, o membro afectado e depois o membro são;
- Colocar o andarilho na frente do doente, avança o andarilho, o membro inferior afectado e depois o membro são;
- Ensinar, instruir e treinar a técnica de subir e descer escadas.
- Assegurar as condições de segurança para a deambulação;
- Advogar o uso de produtos de apoio (tripés, Bângalas, andarilhos, cadeiras de rodas);
- Ensinar, instruir e treinar o uso de estratégias e equipamentos adaptativos para deambular e subir/descer escadas ao doente e aos familiares.
- Ensinar o doente a deslocar-se em cadeira de rodas e instruir sobre medidas de segurança e prevenção de quedas;
- Deslocar o doente em cadeira de rodas;
- Supervisionar e orientar o doente a deambular;
- Supervisionar e orientar o subir/descer escadas;
- Elogiar o desempenho do doente.

Autocuidado transferência:

Transferir-se é um autocuidado relacionado com a capacidade para se transferir definida na CIPE versão 1 (2005, p.93), “com as características específicas: mover e mudar o corpo entre a cama e a cadeira”.

- Avaliar o nível de dependência do doente com recurso ao IB;
- Avaliar a força muscular através da escala de Council e a coordenação motora;
- Avaliar o equilíbrio na posição de sentado e em pé;

- Potenciar as capacidades do doente;
- Estimular a colaboração do doente no programa de reabilitação;
- Executar treino de equilíbrio, com os objectivos: reeducar o equilíbrio, estimular os reflexos cervicais, preparar para a marcha, estimular a acção voluntária dos músculos do tronco do lado afectado e promover a autonomia.
- Executar técnica da transferência com ajuda total:

- Transferência cama/cadeira-de-rodas pelo lado são:

Colocar a cadeira junto à cabeceira da cama, num ângulo de 30º, devidamente travada, com pedais lateralizados e sem apoio de antebraço do lado que se realiza a transferência. Sentar o doente na beira da cama. O enfermeiro coloca-se de frente para o doente, trava-lhe os joelhos e inicia a transferência fazendo-o deslizar até ficar com os pés assentes no chão e inclina-o ligeiramente sobre o seu corpo e levanta-o. O enfermeiro roda, fazendo rodar o doente sobre o pé são e senta-o na cadeira. Se for possível utilizar cinto de transferência. A transferência da cadeira de rodas para a cama acontece de forma semelhante.

- Transferência cama/cadeira-de-rodas pelo lado lesado:

Colocar a cadeira junto à cabeceira da cama, num ângulo de 30º, devidamente travada, com pedais lateralizados e sem apoio de antebraço do lado que se realiza a transferência. Sentar o doente na beira da cama. O enfermeiro coloca-se de frente para o doente e trava-lhe os joelhos. Suporta ainda o tronco do doente com o braço e apoia o braço afectado com a outra mão encaixada no cotovelo do doente. O doente inclina-se para a frente, coloca o braço são por cima do ombro do enfermeiro e rodam simultaneamente para senta-lo na cadeira.

- Assistir o doente a transferir-se com ajuda parcial:

- Transferência cama/cadeira de rodas pelo lado são:

Colocar a cadeira junto à cabeceira da cama do lado não lesado do doente, num ângulo de 30º, devidamente travada, com pedais lateralizados e sem

apoio de antebraço do lado que se realizada a transferência. Assistir ou supervisionar o doente a sentar-se na beira da cama. O enfermeiro coloca-se de frente para o doente ou ligeiramente de lado de forma a trancar/estabilizar o joelho afectado. Assistir o doente a erguer-se, colocar a mão não afectado no braço da cadeira mais distal e rodar sobre o pé não afectado e sentar-se. Depois de sentado corrigir a postura corporal do doente.

A transferência da cadeira de rodas para a cama segue o mesmo processo, sendo que o doente depois de ter o tronco ligeiramente inclinado e começar a erguer-se se apoia na cama e roda sobre o pé não afectado. Depois de sentado na beira da cama é assistido ou supervisionado a deitar-se e a manter o alinhamento corporal.

- Transferência cama/cadeira de rodas pelo lado afectado:

Colocar a cadeira encostada à cabeceira da cama do lado lesado do doente, devidamente travada, com pedais lateralizados e sem apoio de antebraço do lado que se realiza a transferência. Assistir ou supervisionar o doente a sentar-se na beira da cama e colocar os pés assentes no chão. O doente coloca a mão não afectada no leito e apoia-se nele com o braço em extensão. O enfermeiro segura o doente pela mão do braço lesado que deve estar estendido. Se necessário o enfermeiro, com a outra mão, ajuda na extensão segurando ao nível do cotovelo. O doente ergue-se e roda o pé são $\frac{1}{4}$ de volta e senta-se na cadeira. Depois de sentado corrigir a postura corporal do doente.

A transferência da cadeira de rodas para a cama segue o mesmo processo, sendo que o doente depois de ter o tronco ligeiramente inclinado e começar a erguer-se se apoia a mão sã na cadeira de rodas com o braço em extensão. O enfermeiro segura o doente pela mão do braço lesado em extensão. Depois de sentado na beira da cama é assistido ou supervisionado a deitar-se e a manter o alinhamento corporal.

- Ensinar, instruir e treinar o uso de estratégias adaptativas e produtos de apoio para o autocuidado transferir-se, de acordo com a dependência do doente:

- Transferência pelo lado sã sem ajuda:

Colocar a cadeira junto à cabeceira da cama, num ângulo de 30º, devidamente travada e com os pedais lateralizados. De modo a garantir uma maior superfície de apoio, os braços da cadeira de rodas devem ser colocados ao contrário, ou seja, virados para a frente. O doente senta-se na beira da cama com as pernas pendentes (para se sentar, ensinar a posicionar-se junto à beira da cama e sentar-se com carga no cotovelo ou apoio em triângulo pendural). Depois, se necessário, descai até tocar os pés no chão, inclina ligeiramente o tronco para a frente e levanta-se, fazendo carga no membro inferior sã, ao mesmo tempo apoia-se com a mão sã no braço da cadeira mais próximo. Em seguida roda sobre o pé sã de forma a ficar posicionado de costas para a cadeira, mudando a mão sã para o outro braço da cadeira. Inclina novamente o tronco para a frente, flexiona os joelhos e faz retroversão da bacia sentando-se suavemente na cadeira.

- Transferência pelo lado lesado sem ajuda:

Colocar a cadeira encostada à cabeceira da cama do lado lesado do doente, devidamente travada e com os pedais lateralizados. O doente senta-se na beira da cama e desliza até firmar os pés no chão, coloca a mão sã na cama e apoia-se nela com o braço em extensão, faz uma rotação de 90º sobre o pé sã e senta-se na cadeira.

- Incentivar e supervisionar o autocuidado transferir-se;
- Elogiar o desempenho do doente.

A deambulação, subir/descer escadas e a transferência estão relacionadas com a mobilidade que é definida na CIPE versão 1 (2005, p. 93) como a “capacidade com as características específicas: movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento”.

Outras intervenções:

No sentido de maximizar as capacidades do doente na realização dos autocuidados, existem diversas técnicas que devem ser implementadas e adequadas a cada doente, de acordo com as alterações apresentadas, nomeadamente:

- Posicionar o doente em alternância de decúbitos em padrão anti-espástico e incentivá-lo a manter o posicionamento;

Objectivos: prevenir alterações musculo-esqueléticas, manter a integridade cutânea, alternar o campo visual, integrar o esquema corporal, inibir a espasticidade, estimular a propriocepção e proporcionar conforto e bem-estar.

- Executar mobilizações articulares passivas, activas assistidas, activas livres e activas resistidas do sentido distal para proximal em todos os segmentos corporais;

Objectivos: retardar o aparecimento da espasticidade, promover a sensibilidade, recuperar ou aumentar o nível de força muscular, conservar a amplitude articular e a flexibilidade, evitar aderências ou contracturas, manter a integridade das estruturas articulares, melhorar a circulação de retorno, manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa.

- Ensinar exercícios de mobilização isométricos e isotónicos;

Objectivos: readquirir o esquema corporal, exercitar mecanismos de reflexo postural, estimular a sensibilidade proprioceptiva, melhorar o equilíbrio, inibir a espasticidade, facilitar as actividades na cama e prepara a pessoa para a posição de sentada e ortostática.

- Executar, ensinar, instruir e treinar actividades terapêuticas:

- Ponte

Objectivos: facilitar o autocuidado, evitar o aparecimento de úlceras de pressão, inibir o padrão espástico do membro inferior e bacia, realizar carga sensitiva no membro inferior operado, fortalecer a musculatura para assumir a

posição de pé e iniciar marcha estável, activar a musculatura do tronco do lado afectado e promover a autonomia;

- Rotação controlada da anca

Objectivos: controlar a articulação coxo-femural e prepara a pessoa para o levante. É uma alternativa à ponte, em pessoas com patologia cardíaca.

- Auto-mobilizações

Objectivos: reintegrar o membro superior afectado no esquema corporal, estimular a propriocepção, inibir o padrão espástico do membro superior, promover a autonomia;

- Rolar

Objectivos: iniciar os autocuidados, controlar e inibir a espasticidade extensora, favorecer o alinhamento corporal, facilitar o equilíbrio em decúbito lateral, estimular a acção voluntária dos músculos do tronco do lado afectado, reeducar o reflexo postural do lado afectado, estimular a sensibilidade;

- Carga no cotovelo

Objectivos: aumentar o campo de visão, estimular a sensibilidade proprioceptiva, preparar para a posição de sentado, reeducar o equilíbrio, reintegrar o esquema corporal, estimular os reflexos cervicais, controlar o movimento da cabeça, aumentar o tónus muscular do extensor do membro superior afectado, estimular a acção voluntária dos músculos do tronco do lado afectado;

- Facilitação cruzada

Objectivos: reeducar o reflexo postural do lado afectado, facilitar os autocuidados, iniciar as actividades bilaterais, ajudar a integrar o esquema corporal, estimular a acção voluntária dos músculos do tronco do lado afectado, estimular a sensibilidade postural, preparar para o levante.

- Reeducar a afasia e a disartria, instituindo comportamentos facilitadores da comunicação;

Objectivos: controlar a respiração, aumentar a força da musculatura oral, melhorar a qualidade da voz e a articulação de palavras, ampliar as capacidades diminuídas, maximizar os recursos e minimizar o impacto psicossocial.

- Ensinar, instruir e treinar exercícios activos e activos-resistidos ou executar exercícios passivos faciais emocionais-miméticos, linguais e labiais;

Objectivos: atingir a recuperação neuromuscular da face, melhorar a função dos músculos faciais, recuperar o tónus muscular facial, evitar deformidades e manter a flexibilidade e elasticidade muscular.

- Ensinar ao doente exercícios activos que poderá fazer no domicílio (exercícios da cabeça e pescoço, do antebraço, do ombro, dos dedos, da coxo-femural e joelho e do pé, inclinação anterior do tronco, transferência de carga de peso corporal na posição de sentado, exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores);
- Executar massagem terapêutica;

Objectivos: elevar o metabolismo celular, estimular o trofismo muscular, estimular os receptores proprioceptivos e preservar o esquema corporal.

Princípios:

- Substituir o doente apenas no que ele não é capaz de fazer;
- Incentivar o doente no que é capaz de fazer;
- Reforçar positivamente.

Nota: como referido na metodologia, o programa de reabilitação será alvo de modificações para ajuste à realidade do serviço e para se personalizar a cada doente. Estas intervenções devem ser adaptadas ao nível de dependência de cada pessoa com AVC;

