

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM PESSOAS QUE
SOFRERAM UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO

Impacto de um programa de reabilitação em contexto domiciliário

Joaquim António Cardoso Almeida

GANDRA, AGOSTO DE 2013

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM PESSOAS QUE
SOFRERAM UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO

Impacto de um programa de reabilitação em contexto domiciliário

Trabalho apresentado ao curso de Mestrado de Reabilitação do Instituto Politécnico de Saúde – Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, para obtenção do grau de Mestre, sob a orientação do Manuel Melo (MSc).

GANDRA, AGOSTO DE 2013

Filha de Catalogação

Título: Cuidados de Enfermagem de Reabilitação em Pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral Isquémico - *Impacto de um programa de reabilitação em contexto domiciliário*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Saúde do Norte. Gandra.

Autor: Almeida, J. (2013)

IPSN – Escola Superior de Saúde do Vala do Sousa

Gandra – Paredes

Agosto 2013

PALAVRAS-CHAVE: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL; REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO; CAPACIDADE FUNCIONAL; COORDENAÇÃO MOTORA; CUIDADOS CONTINUADOS

Especialmente dedicado

À minha tia Maria Aida, 40 anos, vítima de AVC.

Ao meu tio Manuel, 45 anos, vítima de AVC.

Ao meu Avô Joaquim, 67 anos, vítima de AVC.

Ao meu Avô Manuel, 79 anos, vítima de AVC.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Enfermeiro Manuel Melo, da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa e Coordenador da Unidade de Convalescença: Centro Hospitalar de São João - Hospital Nossa Senhora da Conceição – Valongo, pelo apoio e observações pertinentes efetuadas ao longo do percurso do trabalho.

À Enfermeira Ivone Gonçalves pela orientação no campo de estágio sem ela não seria possível a concretização deste trabalho.

Aos meus Pais, Manuel Almeida e Maria Cardoso, pela força e estímulo para a materialização deste trabalho.

À filha Maria João e esposa Daniela Moreira, sem o apoio das quais não seria possível a sua concretização.

Ao meu colega e amigo Miguel Vasconcelos pela amizade, apoio e dedicação na ajuda deste trabalho.

À Doutora Eva Calçada pela ajuda e apoio ao longo de todo o trabalho no que concerne à parte estatístico/matemática.

À Senhora Enfermeira Maria Bronnimann do Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique: Hôpital de Rolle - Switzerland, pela disponibilidade e pelo providenciar toda a bibliografia estrangeira.

A todas as pessoas que contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade, em especial á Enfermeira Chefe Clara Montenegro e Enfermeira Paulina Rodrigues.

A todos as pessoas que partilharam comigo durante três meses as suas limitações, défices e vivências que tornaram possível a efetivação deste trabalho.

“A reabilitação deve ser continuada, enquanto existir um déficit.
Não deve ser vista como uma dívida, uma esmola, mas como um direito.
Temos de exigir reabilitação enquanto houver vida”.

Professor Doutor Castro Lopes

ÍNDICE GERAL

0- INTRODUÇÃO	I
CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico.....	4
1- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	7
1.1 - Fatores de risco	9
1.2 – Acidente Vascular Cerebral Isquémico	12
1.2.3 - Sintomas e Sinais	15
2 – CONSEQUÊNCIAS E DÉFICES ESPECÍFICOS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	17
3 - PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ..	21
3.1 – Plano Individual de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação	24
4 - CUIDADOS CONTINUADOS: NO DOMICÍLIO	31
CAPÍTULO II – Opções Metodológicas.....	35
1 – MATERIAL E MÉTODOS	37
1.1 - Local	37
1.2 – População e amostra	37
1.3 – Percurso Metodológico	38
1.4 – Instrumento de colheita de dados	39
1.5 - Tratamento estatístico	44
1.6 - Procedimentos éticos tidos em consideração.....	44
CAPÍTULO III – Da apresentação à discussão dos resultados.....	47
1 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	49
1.2 – Caracterização Sociodemográfica e Clínica	49
2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
4 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	83
ANEXO I - (Plano Individual de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação)	85
ANEXO II - (Questionário Sociodemográfico e clínico – Primeira Parte).....	87
ANEXO III - (índice de Barthel – Segunda Parte).....	89
ANEXO IV - (Escala de Fugl-Meyer Adaptada – Terceira Parte) Erro! Marcador não definido.	
ANEXO V - (Escala de Fugl-Meyer adaptada pelo autor do estudo e pelo orientador do campo de estágio).....	92
ANEXO VI – (Testes de coordenação/velocidade do MS, MI e equilíbrio)	94
ANEXO VII - (Consentimento Informado).....	96
ANEXO VIII - (Teste de Wilcoxon)	98
ANEXO IX - (Exercícios de acordo com o plano individual de intervenção de enfermagem de reabilitação).....	100

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mortes por derrame cerebral comparada dom outras causas	9
Figura 2 - Avaliação do doente com Acidente Vascular Cerebral.....	23

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra das pessoas vítima de AVCI... 50	50
Tabela 2 - Caracterização clínica da amostra das pessoas vítima de AVCI (N = 8) 51	51
Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto à necessidade de auxiliar de marcha das pessoas vítima de AVCI 51	51
Tabela 4 - Caracterização do tipo de equipamento auxiliar de marcha das pessoas vítima de..... 52	52
Tabela 5 - Comparação da dor (Escala de Faces), capacidade funcional (Índice de Barthel) e Expetativas nos três momentos de avaliação (N = 8). 59	59
Tabela 6 - Comparação da pontuação no teste Fugl-Meyer nos três momentos de avaliação (N = 8) 60	60

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização da evolução da escala de faces da dor das pessoas vítima de AVCI	53
Gráfico 2 - Caracterização da evolução das percentagens das expectativas das pessoas vítima de AVCI	54
Gráfico 3 - Caracterização da evolução da capacidade funcional (IB) das pessoas vítima de AVCI	55
Gráfico 4 - Caracterização da evolução das percentagens do domínio da coordenação motora/velocidade do MS do lado afetado das pessoas vítima de AVCI (N=8)	56
Gráfico 5 - Caracterização da evolução do domínio da coordenação motora/velocidade do membro inferior do lado afetado das pessoas vítima de AVCI (N=8).....	57
Gráfico 6 - Caracterização da evolução do domínio do equilíbrio do lado afetado das pessoas vítima de AVCI (N=8)	58

SIGLAS E ABREVIATURAS

SIGLAS

AIT – Acidente Isquémico Transitório

ACES – Agrupamentos de Centro de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVCH – Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico

AVCI - Acidente Vascular Cerebral Isquémico

AVCs – Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD – Atividade de Vida Diária

AVDs – Atividades de Vida Diárias

CC – Cuidados Continuados

CCD – Cuidados Continuados no Domicílio

CM – Coordenação Motora

CS – Centros de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio Padrão

EC – Enfarte Cerebral

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECCIZN – Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Zona Norte

EEER – Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação

EFM – Escala de Fugl-Meyer

EFMA – Escala de Fugl-Meyer Adaptada

HC – Hemorragia Cerebral

HSA – Hemorragia Subaracnoídea

HTA – Hipertensão Arterial

IB – Índice de Barthel

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Públicas de Solidariedade Social

M – Média

MI – Membro Inferior

MS – Membro Superior

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos

PIIER – Plano Individual de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

PER – Plano de Enfermagem de Reabilitação

PERCD - Programa Enfermagem de Reabilitação em Contexto Domiciliário

RD – Reabilitação Domiciliária

RF – Reabilitação Funcional

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

TAC – Tomografia Axial Computorizada

VD – Visita Domiciliária

ABREVIATURAS

cm – Centímetro

et al. – Entre outros

p. – Página

pp. – Páginas

Máx. - Máximo

Mín.- Mínimo

m. - Metros

mm – Milímetros

nº - Número

% - Percentagem

= - Igual

Km. - Quilómetros

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) continua a ser a primeira causa de morte em Portugal, representando uma das principais causas de mortalidade e morbilidade a nível mundial, sendo responsável pelo elevado índice de incapacidade e dependência funcional da população adulta portuguesa. É uma doença mais incapacitante do que mortal, que requer a institucionalização do doente a longo prazo, diminuindo a sua qualidade, causando elevados encargos a nível socioeconómico.

O estudo que realizámos foi desenvolvido numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Zona Norte (ECCIZN) cujo principal objetivo é “Avaliar o impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no controlo da dor, capacidade funcional, coordenação motora e equilíbrio, em pessoas vítimas de um Acidente Vascular Cerebral Isquémico (AVCI), em contexto domiciliário”, após a alta hospitalar, utilizando a escala de face de dor, o Índice de Barthel (IB) e uma escala adaptada pelo autor da dissertação sobre a coordenação motora e o equilíbrio, tendo por base a escala de fugl-meyer. Face ao tema e aos objetivos do trabalho, o estudo desenvolvido é de carácter exploratório descritivo, utilizamos como instrumento de colheita de dados o questionário utilizando uma análise estatística descritiva e inferencial. O período de tempo em que decorreu o estudo foi entre 01 Novembro de 2011 a 29 Fevereiro 2012.

O estudo envolveu 8 doentes após alta hospitalar que ingressaram na ECCIZN, avaliados em três momentos distintos durante três meses em contexto domiciliário. A média de idades verificada foi 78,50 anos, sendo 62,5% de doentes do género masculino. Quanto ao tipo de AVCI sofrido, 62,5%, foi trombótico. Registou-se ainda que o lado da lesão predominante foi o hemisfério esquerdo (75,0%). Verificou-se que houve uma diminuição estatisticamente significativa da dor ao longo dos três momentos ($p=0,001$), de igual modo existe um aumento da

evolução da capacidade funcional nos doentes ($p=0,000$), todas elas com um $p < 0,05$.

Pudemos observar um aumento significativo na pontuação total do teste *Fugl-Meyer*, desde a avaliação inicial Programa de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Domiciliário (PERCD) até ao fim do terceiro mês ($p < 0,05$).

PALAVRAS-CHAVE: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL; REABILITAÇÃO NO DOMICÍLIO; CAPACIDADE FUNCIONAL; COORDENAÇÃO MOTORA; CUIDADOS CONTINUADOS.

ABSTRACT

The stroke remains the leading cause of death in Portugal, representing one of the main causes of mortality and morbidity worldwide, being responsible for high level of disability and functional dependence of the Portuguese adult population. It's a disease more incapacitating than mortal, which requires the institutionalization of the patient in the long term, decreasing its quality causing high socio-economic burden.

Our study was developed in an "Integrated Continuous Care Team" at North Zone whose main goal is to "Evaluate the impact of a Rehabilitation Nursing Program in the control of pain, functional capacity, balance and motor coordination in people victim of an Ischemic stroke, in a domiciliary context" after hospital discharge, using the scale of face's pain, the Barthel Index (BI) and an adapted scale by dissertation's author about motor coordination and balance, based in a fugl-meyer scale. Given the theme and goals of this work, the developed study has an exploratory and descriptive character, we used the questionnaire as a data collection instrument by using an inferential and descriptive statistical analysis.

The period of time of the object in which the study took place was between 1st November and 29th February 2012.

The study involved 8 patients after hospital discharge who entered in ICCTNZ and were evaluated in three different moments during three months in a domiciliary context. Verified average age was 78,50 years, where 62,5% corresponded to male patients. Concerning type of suffered ICVA, 62,5% was thrombotic. It was also recorded that predominant lesion side was left hemisphere (75,0%).

It was found that there was a statistically significant decrease in pain during those three moments ($p = 0,001$), likewise there was functional evolution in patients ($p=0,000$), all of them with a $p < 0, 05$.

We could observe a significant increase in total score of Fugl-Meyer test, since initial evaluation of Rehabilitation Nursing Program in Domiciliary Context (RNPDC) until end of third month ($p < 0,05$).

KEYWORDS: STROKE; REHABILITATION AT HOME; FUNCTIONAL CAPACITY;
MOTOR COORDINA

0- INTRODUÇÃO

O presente estudo enquadra-se na âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, a apresentar na Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa. Esta foi elaborada sob a orientação do Enfermeiro Manuel Melo, com vista à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Esta dissertação incide sobre os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a Pessoas vítimas de um Acidente Vascular Cerebral Isquémico (AVCI).

Como menciona a (Organização Mundial de Saúde [OMS]), citado por Menoita (2012, p. 8), *“o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a terceira principal causa de morte nos países industrializados, depois das doenças cardíacas e oncológicas”*.

Em Portugal é a primeira causa de morte e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas. Afeta em média três pessoas por hora, 54 por dia e cerca de 20 a 25 mil pessoas por ano (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Segundo o (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2009), Portugal é um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos, estimando-se um aumento nas próximas cinco décadas, superior ao dobro da população idosa atual. Segundo esta tendência populacional, espera-se um aumento da incidência das doenças crónicas nos próximos anos, incluindo o AVC, cuja prevalência aumenta exponencialmente com a idade, sobretudo no sexo masculino (INE, 2009, pp.1-5).

Apesar do enorme desenvolvimento científico, tecnológico, social e económico, estamos a assistir a um envelhecimento progressivo da população e a uma maior incidência e prevalência de doenças, dentro das quais o AVC assume particular destaque, quer pela taxa de mortalidade, quer pelas sequelas a ele inerente (Jardim, 2008). A morbilidade, é também, muito preocupante conduzindo com frequência a situações de incapacidade muito marcadas e permanentes (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009).

Segundo (Moura & Campo, 2005), “o AVC é causador de danos físicos, psicoafectivos e cognitivos. Olhando mais cuidadosamente para as implicações físicas deste tipo de lesão, pode ocorrer um quadro de plégia ou parésia, associado a espasticidade ou rigidez, com conseqüente desenvolvimento de padrões anormais de movimento, alteração de equilíbrio e coordenação, tremor, déficit de habilidade motora grossa e fina, alterações sensoriais, entre outra”. Por todos estes motivos, esta patologia é muito incapacitante funcionalmente”.

A reabilitação poderá ser “luz ao fundo do túnel” para estas pessoas, ajudando-as a readquirir função física, psicossocial e profissional. Segundo Storm citado Martins, M., (2002, p. 88), “a reabilitação consiste num processo único, contínuo, progressivo, global e precoce, não é apenas médico, social ou profissional, mas sempre complexo, interdisciplinar e efetuado na perspetiva do indivíduo. A reabilitação visa potenciar uma recuperação e reintegração do indivíduo, diminuindo a deficiência, incapacidades e desvantagens. O processo de reabilitação é único, e pessoal e não termina num hospital. Termina quando o indivíduo se torna autónomo e independente do seu meio ambiente. O sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e inter-relação entre o profissional de saúde e o paciente”.

O domicílio é o local mais familiar para a pessoa, o ambiente familiar é um componente importante na reabilitação, seja pelos aspetos físicos e materiais como pelos lados afetivo e social, pois a família é uma das forças que influenciam o processo de saúde.

Como defende Mayo (2000) citado por Godinho, F. (2010), *os utentes reabilitados em casa recuperam mais depressa pois os objetivos de reabilitação são-lhe mais familiares. A família tem um papel mais participativo*”.

Na realização deste trabalho efetuamos pesquisas nas bases de dados Repositório Nacional de Teses, PubMed, Medline e B-on e Google académico. Para além desta estratégia foram efetuadas pesquisas em manuais e publicações. Sempre que possível tivemos em conta a atualidade da bibliografia pesquisada, bem como a seu grau de evidência.

Pretendemos com este trabalho “Avaliar o impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação no controlo da dor, capacidade funcional, coordenação motora e equilíbrio, em pessoas vítimas de um Acidente Vascular Cerebral Isquémico (AVCI), em contexto domiciliário”

Delinearam-se os seguintes objetivos específicos que norteiam esta investigação:

- Conhecer o impacto da aplicação de um Programa de Enfermagem de Reabilitação (PER) na dor num doente após um AVCI, em contexto domiciliário;
- Perceber as melhorias na função motora num doente vítima de AVCI após implementação de um PER, em contexto domiciliário;
- Perceber as melhorias na coordenação motora num doente vítima de AVCI após a implementação de um PER, em contexto domiciliário;
- Perceber as melhorias no equilíbrio num doente vítima de AVCI após a implementação de um PER, em contexto domiciliário;

Foram quatro as questões orientadoras desta investigação e às quais pretendemos dar resposta:

- De que forma um PER interfere na dor das pessoas vítimas de AVCI?
- De que forma um PER interfere na capacidade funcional das pessoas vítimas de AVCI?
- De que forma um PER interfere na coordenação motora/velocidade?
- De que forma um PER interfere no equilíbrio?

O presente trabalho encontra-se dividido em três capítulos, que apresentaremos de seguida. A primeira parte integra a revisão da literatura que pensamos ser seletiva. A grande variedade de informação sobre o tema implicou uma seleção mais pormenorizada de diversos autores, para que a informação fosse a mais adequada e pertinente.

No primeiro capítulo, será apresentado o enquadramento teórico que sustenta a problemática em estudo. Assim, numa primeira parte serão abordados alguns

temas e conceitos sobre AVC. Numa segunda parte proceder-se-á a uma abordagem sobre consequências e défices específicos após AVC. Numa terceira parte procedemos à abordagem do processo de reabilitação. E por último referimo-nos aos cuidados continuados no domicílio.

No segundo capítulo, apresentaremos o material e métodos a utilizar para a efetivação do estudo.

No terceiro e último capítulo serão apresentados os resultados, a discussão dos mesmos. Terminamos com as considerações finais.

CAPÍTULO I – Enquadramento Teórico

1- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC define-se como um déficit neurológico súbito motivado por isquemia ou hemorragia no sistema nervoso central (European Stroke Initiative [ESI], 2003).

Segundo a (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2003) “o AVC caracteriza-se por um déficit neurológico focal ou global súbito, com sintomas que duram mais de 24 horas ou que levam à morte devido a lesão vascular cerebral. Estas lesões cerebrais são provocadas por um enfarte, devido a isquemia (AVCI) ou hemorragia (Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico) (AVCH), de que resulta o comprometimento da função cerebral. Em qualquer destes casos produz-se uma área local de necrose celular correspondente ao território irrigado pela artéria lesada ou atingido pela hemorragia, envolvida por uma zona de edema mais ou menos extensa”.

Reconhecesse três tipos de AVC: Hemorragia Cerebral (HC), Hemorragia Subaracnoídea (HSA) e Enfarte Cerebral (EC). A HC resulta da rutura de vaso do cérebro, pode ser consequência de rutura de aneurismas cerebrais, malformações cérebro vasculares, angioma cavernoso, abuso de drogas, terapia anticoagulante, angiopatia amiloide ou tumor cerebral. Os sinais clínicos dependem da localização e da gravidade da hemorragia. São acompanhados por um quadro agudo associado a uma violenta cefaleia e perda do nível de consciência.

A HSA é outra forma de AVCH causada habitualmente pela rutura de artérias superficiais, mal formações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, angiomas arteriovenosos ou traumatismo. É a forma de AVC menos frequente e afeta especialmente indivíduos antes dos 35 anos. Os sintomas surgem de forma brusca, com cefaleia intensa, transtorno da vigília, frequentemente surge rigidez da nuca, fotofobia ou outros sinais de irritação meníngea, podendo também ser visíveis hemorragias retinianas no exame do fundo do olho.

O EC representa cerca de 80% de todos os AVCs (Hu et al, 1989). Grande parte dos doentes apresenta história clínica sem antecedentes patológicos antes do episódio do AVC, outros apresentam antecedentes de hipertensão arterial (HTA), diabetes, doenças cardíacas e Acidentes Isquémicos Transitórios (AIT) prévios. Os doentes apresentam sinais e sintomas neurológicos focais como por exemplo hemiparésia e alterações sensoriais.

Em Portugal o AVC é a principal causa de morte, originando a maior parte dos internamentos nos nossos hospitais. Calcula-se que no nosso país morram por ano cerca de 200/100.000, isto é, por cada hora morrem por AVC entre duas a três pessoas. Constatou-se também que 50% dos doentes que sobreviveram a um AVC ficam com limitações para o desempenho das AVDs, dos quais 20% ficam totalmente dependentes (Martins, T., 2006).

Portugal apresenta uma das mais altas taxas de mortalidade de todo o mundo de AVC, sendo a mais alta da Europa Ocidental.

Estima-se que a sua incidência seja de 1 a 2 por 1000 habitantes por ano e que, após o AVC, cerca de 70% dos doentes apresentam incapacidade, dos quais 24% com nível de incapacidade muito grave (com base no Índice de Barthel), causando um grande impacto familiar, social e económico (Direção Geral de Saúde [DGS], 2001).

Na Europa o AVC é, também, a terceira causa mais frequente de morte nos países industrializados, como podemos constatar na figura 1. As taxas de mortalidade anual variam entre 63,5 e 273,4/100.000. O AVC é ainda a primeira causa de morbilidade e incapacidade prolongada nos países Europeus. A sua incidência varia nos diferentes países, estimando-se entre 100 e 200 novos casos/100.000 habitantes/ano, o que implica uma enorme sobrecarga económica (ESI, 2003, p. 2).

Como refere Hacke et al. (2003) citado por Menoita (2012, p. 8) “*na Europa as taxas de mortalidade anual variam entre 63,5 e 273,4/1000000*”.

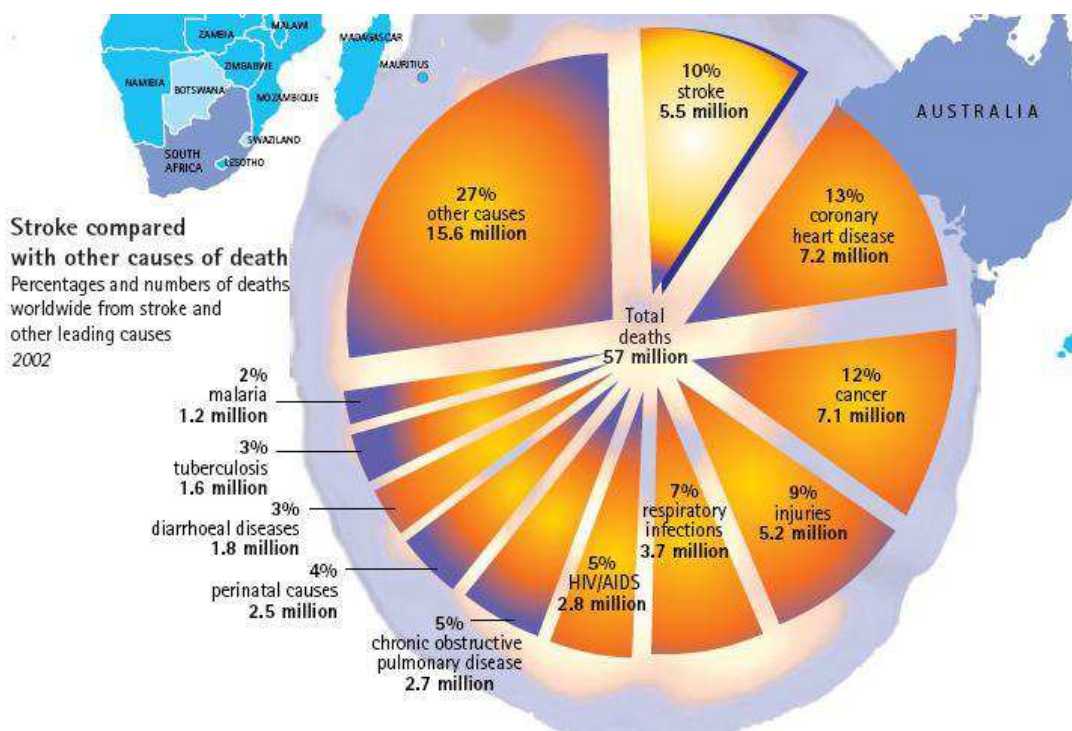


Figura 1 - Mortes por derrame cerebral comparada com outras causas, adaptada - retirado de

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_16_death_from_stroke.pdf

1.1 - Fatores de risco

Estão descritos vários fatores de risco para os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs). Parece não haver dúvida que existem certos estados fisiológicos, patológicos e certos hábitos de vida que podem estar associados a um aumento da doença. O conhecimento de esses fatores assume particular importância, pois possibilita uma prevenção primária orientada para a eliminação de certos hábitos de vida (Martins, M., 2002, p. 59).

Vários autores são unânimes em afirmar que a idade é o principal fator de risco, ou seja, a incidência do AVC é crescente à medida que a idade avança.

Embora não seja fator determinante parece provado que a mulher em idade fértil, está menos predisposta ao AVC, uma vez que beneficia de uma proteção hormonal em idades mais jovens. Porém entre os 35 e os 44 anos as mulheres têm maior incidência provavelmente relacionado com a gravidez e o uso de contraceptivos orais. Após a menopausa a mulher passa a estar mais vulnerável à doença, pela ausência de estrogénios endógenos.

A HTA é, em qualquer idade, como em qualquer dos sexos, um fator considerado como um importante potencial de risco. Associado ao aumento da idade é o fator considerado como de maior relevância. De acordo com Antunes & Ferro (1986) citado por Martins, M. (2002) *“a HTA aumenta, em pelo menos seis vezes, o risco de todos os tipos de AVC. A probabilidade de AVC é tanto maior quanto mais elevados forem os valores tencionais”*.

As doenças cardíacas também são um fator de risco já que as paredes das válvulas e cavidades cardíacas são a principal fonte de embolia cerebral. Os doentes com valvulopatia reumática e com fibrilação auricular têm um risco aumentado. Do mesmo modo são considerados doentes de risco os que sofrem de insuficiência cardíaca congestiva e cardiomegalia.

A hiperglicemia, devido ao excesso de produção de ácido láctico que provoca alterações celulares irreversíveis, aumenta a gravidade da isquemia cerebral. A Diabetes Mellitus, por sua vez, assume como um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença cerebrovascular, especialmente no AVCI trombótico, por alteração da hemodinâmica cerebral, pela hiperglicemia e por interagir com outros fatores de risco como a HTA e obesidade.

O tabaco é um dos principais fatores de risco para a doença cerebrovascular, sendo que pode ser inteiramente prevenido. De acordo com Ferreira et al. (2006), citado por Menoita (2012), *“o tabagismo aumenta o risco de AVC entre duas a quatro vezes, podendo contribuir com até 12 a 14% das mortes. Ao fim de cinco anos de cessação tabágica, o risco de um ex-fumador sofrer um AVC é idêntico ao de quem nunca fumou”*.

Existe uma relação entre o álcool e o risco de AVC, sendo este três vezes maior em indivíduos com estado de etilização aguda frequente, devido a uma maior coagulabilidade do sangue. O seu consumo exagerado está associado a disritmia cardíaca e a cardiopatia que, por sua vez, podem provocar êmbolos ou hipotensão. Conduz ainda ao aumento da pressão sanguínea, aumentando o risco de doença coronária, favorecendo a aterosclerose da grande artéria cerebral (Branco & Santos, 2010). Para Ferro (2006, p. 78), *“a relação entre ingestão de bebidas alcoólicas e AVC desenha um J: quantidades moderadas (até 3 unidades/dia) diminuem o risco, quantidades excessivas (> 5 unidades/dia) aumentam-no”*.

A atividade física é benéfica não só na prevenção do AVC mas também na de outros fatores de risco vascular como a HTA, a diabetes, a dislipidemia e a obesidade. Vários estudos apontam que as pessoas fisicamente ativas têm um menor risco de AVC ou morte quando comparadas com as que têm uma baixa atividade (Lee & Blair, 2003).

Há, ainda, autores que referem existir uma tendência familiar para a doença. A prevalência de AVC nos pais dos doentes que sofreram de AVC é quatro vezes superior à esperada.

Relativamente ao AIT, as pessoas que foram vítimas de este tipo de acidente vascular apresentam um maior risco de desenvolver um AVC, nos dois anos seguintes, sendo o risco agravado no primeiro mês após o AIT. Cerca de 40% dos indivíduos com AIT vêm a sofrer um AVC, sendo esta frequência seis vezes maior do que na restante população da mesma idade.

Quanto maior for o número de fatores identificados na pessoa, maior será a probabilidade de ocorrência de AVC. Neste sentido, salienta-se que, a eficácia das medidas de intervenção sobre os fatores de risco será um dos aspetos fulcrais na redução significativa da mortalidade cerebrovascular.

1.2 – Acidente Vascular Cerebral Isquémico

Vamos centrar-nos o AVCI, o qual contribui para cerca de 75% de todos os casos. O AVCI é causado por uma oclusão vascular localizada, levando à interrupção do fornecimento de oxigénio e glicose ao tecido cerebral, afetando subsequentemente os processos metabólicos do território envolvido (ESI, 2003, p. 2).

1.2.1 - Fisiopatologia do Acidente Vascular Cerebral Isquémico

O cérebro tem de receber o aporte constante de nutrientes do sangue, porque não tem capacidade de armazenar oxigénio ou glicose. É irrigado por dois grandes pares de vasos sanguíneos: as carótidas internas e as externas vertebrais. As caróticas irrigam as zonas anteriores do cérebro, incluindo a maior parte dos hemisférios, à exceção dos lobos occipitais. As vertebrais anastomosam-se para irrigar as zonas posteriores do cérebro, incluindo o cerebelo, tronco cerebral e os lobos occipitais.

Existem vários mecanismos que podem causar deficiência de oxigénio no cérebro. Estes incluem a hipoxia funcional e a isquemia. A primeira deve-se à presença de uma baixa pressão parcial de oxigénio no ar inspirado ou a uma diminuição da capacidade de transporte de oxigénio. Na isquemia, a falta de oxigénio é secundária à interrupção do fluxo sanguíneo normal, por oclusão ou hipoperfusão de um vaso cerebral. Esta provoca em poucos minutos a morte neuronal no centro da zona do enfarte. Quando o fluxo de sangue é rapidamente restabelecido, a isquemia cerebral pode ser transitória e não conduzir ao enfarte do tecido; os sintomas são transitórios e o quadro clínico é denominado AIT. Se a isquemia for prolongada (mais de alguns minutos), ocorre o enfarte ou morte do tecido cerebral (Cohen, 2006, p. 40).

A redução generalizada do fluxo sanguíneo devido à hipotensão secundária ao choque hipovolémico, enfarte do miocárdio, arritmias cardíacas, etc., conduz a enfarte das regiões de fronteira das áreas de distribuição das principais artérias

ou a uma necrose cerebral difusa. O quadro clínico denomina-se “hipoxia-isquémia global” ou, caso se desenvolvam sequelas cognitivas, “encefalopatia hipóxico-isquémica” (Cohen, 2006, p. 40).

Como refere Cotron e Kumar (1995), citado por Cohen (2006, p. 40) *“a redução no fluxo numa área localizada do cérebro dá lugar a um enfarte focal, que é geralmente secundário a doença dos vasos cerebrais, ou devido a um êmbolo de uma artéria próxima ou do coração”*.

1.2.2 – Classificação do Acidente Vascular Cerebral Isquémico

Como refere Leal (2001), citado por Menoita (2012, p.14) *“o AVCI pode ser classificado como: Trombótico, Embólico e Lacunar”*.

O AVC trombótico surge quando o processo patológico responsável pela obstrução do vaso se desenvolve no próprio local da oclusão. As trombozes materializam-se pela associação de dois fatores. Por um lado, existe um endurecimento e espessamento das artérias, ficando mais rígidas e tortuosas, devido à perda de elasticidade, provocando uma maior resistência à passagem do sangue. Por outro lado, existe um aumento de líquidos transportados pelo sangue que se vão acumulando, gradualmente e lentamente, na camada mais íntima da artéria, formando as placas de ateroma, onde se agregam as plaquetas sanguíneas (Menoita, 2012, p.14).

Como refere Martins (2002) citado por Menoita (2012, p.15) *“as placas de ateroma têm tendência a formar-se nos vasos de maior calibre, em particular, em zonas de bifurcação ou de curvatura das artérias. Nesta sequência surge um processo de coagulação que origina a formação de trombos que irão obstruir, parcialmente ou totalmente, a passagem de sangue que transporta oxigénio e glicose às células cerebrais, as quais não vivem sem estes elementos”*.

O AVC embólico caracteriza-se como todo o processo em que se verifique a oclusão arterial por um corpo estranho (êmbolo), que ocorre na corrente sanguínea e que se desloca até às artérias cerebrais (Menoita, 2012, p.15).

Os êmbolos poderão ter, também, origem em desordens sistémicas produtos de êmbolos gasosos, êmbolos gordos ou êmbolos de origem tumoral. O AVC isquémico embólico é raramente precedido por um AIT, mas quando tal acontece, não é no mesmo ramo arterial.

A isquemia pode causar morte primária das células cerebrais, ou enfarte cerebral, o que cria um núcleo de tecido necrosado. Em resposta à isquemia, verifica-se uma cascata complexa de alterações bioquímicas. Ao conseguir mapear com precisão, os componentes da resposta isquémica, será possível prevenir ou reverter os seus efeitos. É sabido que a isquemia provoca respostas tão díspares nomeadamente as que seguem:

- Distribuição alternada de cálcio e de potássio;
- Acumulação de radicais livres do oxigénio que, por sua vez, desintegram o metabolismo do cálcio;
- O influxo das células ativadas por fluidos e os fatores de coagulação obstroem ainda mais a microcirculação (Phipps, et al., 2003, p.1977).

O AVC lacunar representa cerca de 10% de todos os AVCs. Segundo Adams et al (1999) citado por Menoita (2012, p.16) *“a oclusão de pequenos vasos penetrantes no núcleo caudado, na capsula interna, no tálamo, na ponte e substância branca da coroa radiada, produz pequenos enfartes, com diâmetros variáveis entre 3 a 4 mm e 1,5 a 2 cm, que depois cavitam, formando lacunas. Os síndromes lacunares ocorrem geralmente em pessoas com HTA não controlada”*.

Como refere Whisnant et al. (1990) citado por Martins, T. (2006, p.14), *“os mecanismos responsáveis pela isquemia cerebral são a trombose, o embolismo e a hipoperfusão de causa hemodinâmica”*.

1.2.3 - Sintomas e Sinais

Os doentes apresentam sinais e sintomas neurológicos focais, como por exemplo, diminuição do movimento, diminuição da força que afeta um lado do corpo e alterações sensoriais. O défice surge rapidamente e pode agravar-se nas primeiras horas do dia.

Os sintomas e sinais variam consoante o território cerebral envolvido. No entanto, alguns sintomas são frequentemente encontrados, incluindo:

- diminuição de força e/ou sensibilidade contralateral;
- afasia, apraxia, disartria;
- hemianopsia parcial ou completa;
- alteração de consciência e confusão;
- diplopia, vertigem, nistagmo, ataxia.

1.2.4 - Procedimentos Diagnósticos

Tal como refere (ESI, 2003), *“a rápida identificação do tipo de AVC, como isquémico, hemorrágico, ou HSA, é essencial para a abordagem do AVC. As diferentes causas de AVC isquémico podem ser identificadas baseando-nos na avaliação física e neurológica, assim como na interpretação especializada de diferentes exames complementares de diagnóstico. Esta identificação pode influenciar a aplicação de tratamentos específicos e a escolha correta das atitudes de prevenção secundária”*.

Os principais meios complementares de diagnóstico no AVC são:

- Tomografia Axial Computorizada (TAC): é o exame de imagem recomendado, devendo ser realizado o mais rapidamente possível e repetido entre as 24 e 48 horas nos casos em que não sejam evidenciadas alterações no exame inicial, ou quando há agravamento dos défices neurológicos;

- Ressonância Nuclear Magnética: apresenta positividade maior que a TAC nas primeiras 24 horas para o AVCI. Este permite calcular a extensão relativa do edema e da necrose presentes;
- Punção Lombar: visa a colheita de líquido cefalorraquidiano para observação direta e análise, assim como a medição da pressão intracraniana. Mas situações de HSA ou de extravasamento de hematomas parenquimatosos ou líquido é rosado ou fortemente hemorrágico;
- Eletroencefalografia: utiliza-se frequentemente no estudo da epilepsia por lesão vascular.

2 – CONSEQUÊNCIAS E DÉFICES ESPECÍFICOS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Como refere Martins, M. (2002 p. 65) *“A principal característica de um AVC é o desenvolvimento, súbito e dramático, de um défice neurológico. As alterações que o doente apresenta podem ser tão leves, como por exemplo um adormecimento de uma parte do corpo, que se tornam insuficientes para perturbar as atividades do indivíduo ou tão graves que conduzem a um estado de inconsciência total”*.

As alterações resultantes das lesões não têm a ver com o tipo de AVC, mas sim com o território cerebral atingido. A localização da lesão é determinante na manifestação que pode ocorrer no doente (Martins, M., 2002, p.65).

Toda a sintomatologia depende da localização e dimensão do processo isquémico, do tamanho, da natureza e funções da área atingida bem como da disponibilidade de um fluxo sanguíneo colateral deparando-se assim com uma grande variedade de quadros de défice neurológico.

Dentre as principais manifestações clínicas, podem ser citadas as alterações motoras, sensitivas, de equilíbrio e de marcha, além do défice cognitivo e de linguagem.

As alterações de equilíbrio dificultam a realização das atividades funcionais e aumentam a predisposição a quedas. A gravidade do défice de equilíbrio também é um fator preditivo na redução dos níveis de deambulação em hemiplégicos. Isso porque o equilíbrio é parte essencial para a realização destas atividades, sendo definido como a capacidade de manter o centro de massa dentro da base de suporte. Para isso, ajustes posturais precisam ser realizados a partir de uma complexa interação dos sistemas vestibular, visual e somatossensorial. A capacidade em manter o equilíbrio é necessária não apenas para a marcha, mas também para AVDs, trabalho e lazer. O equilíbrio

postural refere-se ao alinhamento dos segmentos articulares necessários para manter o centro de gravidade dentro dos limites máximos da estabilidade. Embora o equilíbrio seja considerado um processo estático é na verdade um processo dinâmico envolvendo vias neurológicas múltiplas. Os doentes hemiparéticos desenvolvem estratégias compensatórias que causam alterações nos componentes do equilíbrio dinâmico e nos padrões de ativação muscular para realizar o movimento de posição sentada para ortostatismo. Segundo Cheng et al (1998) *“quanto maior a assimetria na distribuição do peso corporal de indivíduos hemiparéticos, maior a incidência de quedas. Essa assimetria promove um deslocamento do peso corporal para o lado não afetado, o que pode diminuir a força vertical exercida pelos membros inferiores”*.

A hemiplegia, disfagia, afasia, apraxia, alterações visuais, agnosias, disartria, cinestesia, incontinência e dor no ombro, são problemas característicos após o AVC. Para além destas alterações da função física, existem reações emocionais e comportamentais que podem ocorrer predispondo os doentes a graves riscos de saúde e bem-estar.

A hemiplegia corresponde à paralisia de um dos lados do corpo. A hemiplegia completa envolve metade de face e da língua, bem como o braço e a perna do mesmo lado do corpo. Ao final de algum tempo a hemiplegia conduz a deformidades corporais.

Depois da hemiplegia sucede um estado de hipotonia muscular ou flacidez que pode persistir por horas, dias ou semanas, acompanhado de uma hiporeflexia caracterizada por uma diminuição ou abolição dos reflexos tendinosos profundos.

O quadro de hipotonia é por norma substituído pelo desenvolvimento de padrões motores de espasticidade em massa denominados sinergismos, que por sua vez são acompanhados pelo retorno da função muscular.

Como refere Menoita, (2012, p.74), *“a espasticidade pode ser definida como um aumento do tónus muscular, com exacerbação dos reflexos profundos,*

decorrente de hiperexcitabilidade do reflexo do estiramento. Este aumento da excitabilidade do arco reflexo deve-se à falta de controlo do SNC, via descendente retículo-espinhal, como resultando de lesões que comprometeram o trato córtico-espinha”.

O AVC também pode alterar o mecanismo de controlo postural que é a base para a realização de movimentos voluntários especializados. Este mecanismo consiste num grande e variado número de respostas motoras automáticas, que são adquiridas na infância e gradualmente desenvolvidas durante os primeiros três anos de vida (Bobath, B., 1978).

Alterações no uso e interpretação da linguagem, que pode comprometer a fala, a leitura, a escrita e a compreensão da linguagem são frequentes nos doentes após AVC. A afasia resulta de uma lesão do córtex, envolvendo em especial a artéria cerebral média. A afasia pode ser global, ou apenas palavras estereotipadas.

A apraxia corresponde a uma alteração em que o doente consegue mobilizar a parte afetada, mas não consegue usá-la.

As alterações visuais podem ocorrer por paralisia dos nervos óticos ou músculos oculares. Muitas vezes os doentes não se apercebem estas dificuldades perceptíveis.

A agnosia é um distúrbio na interpretação visual, tátil ou de outras estruturas sensoriais o doente não consegue reconhecer os objetos.

O doente pode ter problemas também na fala por articulação imperfeita das palavras (disartria). Nesta situação, o doente compreende as palavras, contudo tem dificuldade em as pronunciar, devido à fraqueza ou paralisia dos músculos do lábio, língua ou laringe ou de uma perda de sensação.

Podem ocorrer ainda alteração nas sensações (cinestésias) estas alterações podem ser por perda da sensibilidade, ou por sensação de peso, dormência ou sensibilidade aumentada (parestesia). Estas alterações de sensação podem comprometer a marcha e contribuir para quedas ou outros acidentes.

A incontinência urinária ou fecal surge associada a outros problemas, podendo estar relacionadas com alterações cognitivas, fatores emocionais e incapacidade de comunicação do doente.

O desenvolvimento da dor no ombro após AVC pode causar stresse psicoemocional e limitar a função. Esta é uma complicação frequente, e a literatura relata que acomete 34% a 84% dos doentes que sofreram um AVC (Umphred & Carlson, 2007, p.194). A síndrome do ombro doloroso representa uma das complicações mais frequentes no doente que sofreu um AVC (aproximadamente 70%). Esta situação vai interferir no programa de reabilitação, pois limita a mobilidade do doente restringindo os seus movimentos e comprometendo todas as suas atividades (DGS, 2010, p. 102). Esta dor no ombro pode estar relacionada com a perda de movimentos e atrofia muscular ou com a subluxação crónica que é característica nestes doentes (Martins, T., 2006, p.26).

O AVC pode deixar repercussões graves nos doentes, afetando a função cognitiva, as emoções e o comportamento. A depressão é uma das reações emocionais mais frequente pós AVC, estando presente em 25% a 79% dos casos (Martins, T., 2006, p. 26).

Como refere Barbosa, A., Medeiros, L., & Duarte, N. (2011, p. 175) *“a depressão é a complicação psiquiátrica mais frequente e a que está associada a pior prognóstico. Subsiste ainda incerteza quanto à sua etiologia e fatores de risco. Na revisão sistemática mais recente, reconhecem-se como fatores preditivos a gravidade do AVC, o grau de incapacidade do doente e o défice cognitivo”*.

Outras reações emocionais incluem a ansiedade, emoção patológica e apatia. Estes problemas comportamentais associados ao AVC podem ter um impacto devastador no estado emocional do doente. O contacto com a família, por norma, mantém-se mas o contacto com e interação com os amigos fica diminuído (Martins, T., 2006, p. 26).

3 - PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC deixa nos sobreviventes incapacidades que podem ser temporárias ou permanentes. Estas incapacidades são basicamente a nível das atividades da vida diária (AVDs), como a alimentação, a eliminação, a higiene, o vestir, a mobilidade e na relação com a família e com a sociedade, sobretudo no campo profissional e na área de lazer.

Contudo os avanços da ciência, da tecnologia e a incessante descoberta de novos fármacos têm proporcionado novos contributos, de modo a permitir uma melhor qualidade de vida. Além disso, a especialização dos profissionais de saúde na área da reabilitação, e em particular dos enfermeiros, constituem uma mais-valia, porque as intervenções são baseadas em conhecimentos fundamentados, bem como em aptidões técnicas cada vez mais aperfeiçoadas.

É importante perceber que a reabilitação só é possível graças à enorme capacidade do cérebro em aprender e mudar. Ou seja o cérebro humano é um órgão dinâmico e adaptativo, capaz de se reestruturar em função de novas exigências ambientais ou das limitações funcionais impostas por lesões cerebrais. O facto do sistema nervoso central se organizar após uma lesão é determinante para que haja recuperação, ainda que parcial.

A reabilitação pretende capacitar os indivíduos com défice, para que possam melhorar as funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais. Compreende todo um programa durante o qual o doente progride ou mantém, o máximo grau de independência que é capaz.

O processo de reabilitação deve ser iniciado o mais cedo possível, logo que as lesões sejam identificadas e que se verifique estabilidade hemodinâmica do doente, uma vez que pode reduzir o número de doentes que ficam dependentes, além de prevenir simultaneamente as complicações resultantes

da imobilidade. De preferência, deve ser iniciada em unidades de AVC e por uma equipa multidisciplinar da qual faz parte o enfermeiro de reabilitação. A sua implementação deve iniciar-se entre as 48 a 72 horas após o AVC (Martins, T., 2006).

Como defende a (ESI, 2003, p. 9), *“a reabilitação deve iniciar-se o mais cedo possível, uma vez que pode reduzir o número de doentes que ficam dependentes após o AVC. A intensidade do programa de reabilitação depende do estado do doente e do grau de incapacidade. Se não for possível uma reabilitação ativa (p. ex. por alteração do estado de consciência), deve realizar-se reabilitação passiva para minimizar o risco de contrações, dor articular, úlceras de decúbito e pneumonia”*.

Antes de pré-definir um plano de reabilitação ou realizar qualquer intervenção terapêutica, é necessário e indispensável uma correta avaliação do doente. Para se entender em que consiste a reabilitação de um doente teremos que compreender o que sucedeu com ele em termos de deficiência, incapacidade e desvantagem, bem como a forma como ele percebe a sua nova realidade. Na avaliação do doente deve fazer parte o exame neurológico, o exame físico e os antecedentes pessoais (se necessário, deve ser solicitada a presença de um familiar para a obtenção desta informação). Esta avaliação deve ser feita num ambiente calmo e deve contemplar todos os itens constantes da figura 2.



Figura 2 - Avaliação do doente com AVC. MENOITA 2012.

Através do processo de reabilitação o doente de AVC pode readquirir capacidades e também aprender novas formas de realizar determinadas tarefas e compensar qualquer disfunção residual. Para que um programa de reabilitação tenha sucesso, o processo deve ser repetitivo, persistente e com rotinas de exercícios que não devem exceder as capacidades individuais de cada doente. Neste âmbito, Davies (1996), citado por Branco & Santos (2010, p. 39) refere que:

“A reabilitação bem-sucedida depende não somente das várias sessões de terapia mas também do que acontece ao paciente durante as horas restantes do dia e da noite. Até mesmo a posição em que ele dorme

pode fazer uma diferença notável para o resultado final. Não importa o quão boa seja a terapia, se durante o resto do tempo o paciente se movimentar com esforço, em padrões anormais de movimento, a espasticidade aumentará e a maior parte do que ele alcança durante a terapia será perdida e não levada para a sua vida diária”.

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

A função ótima atingível para um doente com AVC depende de vários fatores, tais como o grau de recuperação neurológica, a prevenção de complicações secundárias, da capacidade individual de aprender novas habilidades, do tempo de espera da reabilitação após, o surgimento do AVC e da perseverança em atingir os objetivos a curto e a longos prazos. Um profissional de saúde deve compreender as complexidades dos comprometimentos e incapacidades relacionadas com o AVC para aplicar uma adequada reabilitação ao doente (Carvalhido & Pontes, 2009, p. 143).

3.1 – Plano Individual de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação (PIIER) (Anexo I)

Martins (2002) identifica dois modelos para o desenvolvimento de um programa de reabilitação para doentes vítimas de AVC: um apresentado por Johnstone e outro por Bobath. Ambos os modelos assentam em critérios semelhantes, embora variem as técnicas, de acordo com as bases teóricas com que ambas abordam o problema do doente e/ou os resultados das investigações que têm feito.

Debrucemo-nos sobre o modelo de Johnstone, uma vez que centra a sua atenção nos vários fatores que interferem na função motora e estabelece técnicas de tratamento direcionadas para o lado afetado, com o objetivo de reduzir a assimetria entre as duas metades do corpo.

O primeiro passo na recuperação destes doentes é o posicionamento adequado, devendo este ser mantido até à sua recuperação total. O doente deve ser posicionado em padrão antiespástico durante as 24 horas do dia, devendo em simultâneo ser feito ensino ao doente sobre as vantagens de manter este posicionamento, este não se deve limitar às horas de repouso, devendo ser utilizado durante o desenvolvimento de outras atividades (Martins, M., 2002).

A mobilização articular é também importante e tem como objetivos: manter a amplitude dos movimentos, conservar a flexibilidade, evitar contraturas, melhorar a circulação de retorno, manter a imagem psicossensorial e psicomotora do doente. De acordo com Johnstone, (1987), citada por Menoita, (2012, p. 86), as mobilizações no doente com AVC são muito importantes uma vez que permitem:

- Readquirir o esquema corporal;
- Exercitar mecanismos de reflexo corporal;
- Estimular a sensibilidade propriocetiva;
- Melhorar o equilíbrio;
- Inibir a espasticidade;
- Facilitar as atividades na cama;
- Preparar a pessoa para a posição de sentada e ortostática.

Com base nestes pressupostos, as mobilizações devem iniciar-se precocemente, mesmo que o doente apresente hemiplegia, deve ser instituído um programa de mobilizações passivas. Estas, para além dos benefícios enumerados, Oliveira et al. (2001), citados por Menoita (2012, p.86), *“demonstraram que o estímulo propriocetivo que estas mobilizações provocam desencadeia um aumento do aporte sanguíneo cerebral no córtex sensoriomotor, levando a uma ativação cerebral que pode interferir no retorno do controlo motor voluntário. Todos os movimentos efetuados devem ter por base o padrão antiespástico”*.

É essencial que o doente visualize o movimento realizado pois, como defende Kottke (1984), citada por Menoita (2012, p. 87), *“quando há danos nas vias propriocetivas a monitorização propriocetiva precisa ser substituída pela (...) visual”*.

Mesmo quando se realizam mobilizações passivas, deve solicitar-se ao doente para pensar no movimento pois, de acordo com Oliveira (2000, p.11):

“A prática mental de uma habilidade física tem sido utilizada para facilitar o desempenho de uma rotina já aprendida e para a aquisição de uma habilidade motora. (...) a combinação da prática mental com a física, traz grandes benefícios para a formação do engrama motor. Essa mentalização parece facilitar a armazenagem do movimento na memória.”

As atividades terapêuticas utilizadas na reabilitação do doente com AVC obedecem a uma sequência de exercícios progressivos que seguem as etapas do neuro desenvolvimento da criança com o objetivo de reeducar o movimento. Destas atividades fazem parte (Menoita, 2012; Branco & Santos, 2010; Martins, M., 2002 & Leal, 2001):

- Rolar deve ser o primeiro exercício a realizar, uma vez que é o primeiro movimento que o doente inicia de forma espontânea para se virar na cama, tendo como objetivos: iniciar o autocuidado, controlar e inibir a espasticidade extensora, favorecer o alinhamento corporal, facilitar o equilíbrio em decúbito lateral, reeducar o reflexo postural do lado afetado e estimular a sensibilidade;
- Ponte tem um papel importante no treino do doente para a passagem à posição de sentado e ortostática. Tem como objetivos: facilitar o autocuidado, evitar úlceras de pressão, inibir a espasticidade em extensão no membro inferior afetado, facilitar a elevação da bacia, fazer carga sensitiva no membro inferior afetado e ajudar na preparação muscular para a posição ereta e marcha;
- Carga no cotovelo é um exercício mais ativo em que o doente tem um papel mais decisivo e tem como objetivos: aumentar o tónus extensor do

membro superior afetado, aumentar o campo de visão, controlar o movimento da cabeça, estimular os reflexos cervicais, estimular a sensibilidade propriocetiva, sentar na cama, treinar o equilíbrio e facilitar a transferência para a cadeira e vice-versa;

- Mobilização os exercícios de mobilização dos membros afetados revela-se de grande importância, de forma a estimular a circulação e a evitar o aparecimento de limitações articulares. Estes exercícios deverão ser iniciados logo que o doente esteja estável do ponto de vista hemodinâmico, pois preparam-no para o levante e previnem complicações inerentes à imobilidade no leito. Têm como objetivo manter a integridade das estruturas articulares, manter a amplitude dos movimentos, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contraturas, melhorar a circulação de retorno e manter a imagem psicossocial e psicomotora da pessoa;
- Automobilização é uma atividade bilateral que ocupa um lugar privilegiado no reconhecimento da totalidade do corpo e aumenta a satisfação do doente pois este toma consciência de que pode fazer alguma coisa por ele. Pode ser realizada tanto na posição de deitado como de sentado e tem como objetivos: integrar o membro superior no esquema corporal, ajudar a dar a sensação de espaço, contrariar o padrão espástico do membro superior e promover a autonomia;
- Facilitação cruzada deve ser uma técnica privilegiada na reabilitação destes doentes, uma vez que os “obriga” a olhar para o lado afetado, fazendo carga sobre o colchão, estimulando assim a sensibilidade e favorecendo o aparecimento da força muscular. Assim, estes doentes devem ser abordados pelo lado afetado, sendo também importante que a mesa de apoio fique colocada desse lado, de modo a criar estímulos sistemáticos no lado lesado. Esta técnica tem como objetivos: reeducar o reflexo postural do lado afetado, estimular a sensibilidade postural, reintegrar o esquema corporal, iniciar as atividades bilaterais, facilitar o autocuidado e preparar para o levante;
- Treino de equilíbrio, o equilíbrio, ou estabilidade postural, é um termo genético usado para descrever o processo dinâmico por meio do qual a

posição do corpo mantém-se estabilizada. Equilíbrio significa que o corpo está em repouso (equilíbrio estático) ou estabilidade em movimento (equilíbrio dinâmico). O equilíbrio é maior quando o centro de massa ou o centro de gravidade do corpo é mantido sobre sua base de apoio. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) avaliam o equilíbrio e usam treinos e exercícios de equilíbrio como em doentes submetidos a vários tipos de programas de reabilitação. Tem o seu início no rolar. Deve ser treinado o equilíbrio estático e dinâmico tanto na posição de sentado como de pé. Estes exercícios têm como objetivos: reeducar o mecanismo reflexo-postural, estimular os reflexos cervicais, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e preparar para a marcha;

- Treino da marcha deverá ser realizado só depois de o doente conseguir ficar de pé e tomar consciência do seu corpo. A marcha é uma meta funcional primária para a pessoa com AVC, pelo que é fundamental investir no seu treino. O treino de marcha tem como objetivos: readquirir o padrão automáticos perdidos, promover a independência a nível da locomoção e segurança a um dispêndio de energia razoável;
- Técnica de relaxamento e massagem, o treino de relaxamento, o qual usa métodos de relaxamento geral (relaxamento corporal total), tem sido usado por diversos profissionais, para ajudar os doentes a aprender a aliviar ou reduzir a dor, a tensão muscular, a ansiedade e o stresse e os comprometimentos físicos associados, como cefaleias por tensão, HTA e dificuldades respiratórias. A massagem surge como um complemento dos posicionamentos. Esta técnica deve ser efetuada com suavidade, não imprimindo força nem executando movimentos bruscos. Esta aumenta a circulação para os músculos e diminui os espasmos musculares e é um adjunto útil dos exercícios de alongamentos;

Grande parte dos doentes que sobrevivem a um AVC veem-se confrontados com a incapacidade para realizar o autocuidado e para as AVD e requerem quase sempre a presença constante de uma pessoa. A forma como a

dependência gerada vai ser vivida pelo doente e pela família dependerá do modo como a própria doença é aceite e experienciada bem como a configuração relacional prévia à doença, nomeadamente no que diz respeito à vivência do dinamismo dependência-autonomia e individualidade-coesão familiar (Martins, M., 2002). Toda a família terá de mudar, mesmo que parcialmente, as suas atividades e rotinas.

Atualmente, os serviços de saúde têm já uma grande preocupação no acompanhamento dos doentes/famílias no momento da alta, incluindo a família na equipa que define o plano de tratamento/reabilitação do doente. Num passado não muito longínquo, e durante muitos anos, eram as instituições de saúde, concretamente os hospitais, que dominavam a prestação de cuidados de saúde às populações em geral e em particular às famílias.

Os internamentos eram longos, não isentos de complicações, mas às famílias não eram exigidas as responsabilidades do cuidar, pois estas estavam a cargo exclusivo dos profissionais de saúde. Quando os doentes tinham alta, sempre que era caso disso, estavam capacitados para o autocuidado ficando desta forma as famílias mais libertas desta missão.

Hoje em dia, ao contrário da institucionalização, é reconhecido que o meio familiar constitui o melhor enquadramento para a vivência do processo de reabilitação do doente. Contudo, não basta regressar a casa, é de extrema importância habilitar e consciencializar o doente/família de que todos os exercícios são possíveis, agora de uma forma personalizada, de acordo com os meios existentes em casa (Branco & Santos, 2010).

Neste sentido, em 2006 foi criada em Portugal a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. “O funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados assenta nos princípios da Integridade, Globalidade, Interdisciplinaridade, Harmonia, Equidade e Inserção na Comunidade, tendo ainda subjacente um princípio de Sustentabilidade” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2007).

4 - CUIDADOS CONTINUADOS: NO DOMICÍLIO

O envelhecimento demográfico, alterações no padrão de doenças e na estrutura social e familiar verificado em Portugal nos últimos anos, determinam novas necessidades de saúde e sociais. Novas e diversificadas respostas são necessárias para um número cada vez maior de pessoas idosas com dependência funcional, doentes com patologias crónicas múltiplas e pessoas com doenças incuráveis em estado avançado ou em fase terminal de vida. Nos dias de hoje torna-se imperioso alterar a definição de prestação de cuidados de saúde centrada no antigo paradigma do “tratamento da doença” para uma outra mais focalizada no “bem-estar do doente” e da sua família.

É este o campo de atuação em Cuidados Continuados (CC). Um novo e recente conceito institucionalizado a partir do Despacho Conjunto N° 407/98, de 18 de Junho, e da criação dos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), ambos implementados através de acordos de cooperação celebrados entre os Centros Distritais do ISS, IP e as IPSS. Os CCD são entendidos como cuidados prestados no domicílio aos indivíduos com dependência, independentemente do tipo de dependência e da idade (Portugal, Sub-região de Saúde de Lisboa, 1999).

Para o doente o domicílio é o local mais confortável psicologicamente, uma vez que é o lugar onde se encontra a família e é nela que os seus elementos se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente. Deve considerar-se o ambiente familiar como um componente importante para as pessoas em reabilitação, seja pelos aspetos físicos e materiais, como pelos lados afetivo e social, pois a família é uma das forças que influenciam o processo de saúde/doença dos indivíduos e o seu envolvimento pode traduzir-se numa mais-valia preciosa em todo o processo de reabilitação global do doente e na sua integração social e profissional (Amaral, 2001).

A família é constituída por elementos fulcrais na participação e no cuidado domiciliário. Os profissionais de saúde devem considerar as implicações da doença, não apenas para o doente mas também para os seus familiares, pois o impacto desta afeta, consideravelmente, os membros da família. O profissional de saúde tem de confiar na família como prestadora de cuidados ao doente, contudo, é necessário que esta sinta o apoio da parceria do referido profissional, pois esta também sente medo e possui dúvidas quanto aos cuidados a ter em relação ao familiar doente e às suas reações inesperadas (Lima, 2003).

Os CCD constituem assim, uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar as pessoas com dependência, inseridas no seu meio, procurando promover nelas a melhor qualidade de vida possível.

A visita domiciliária (VD) é um instrumento fundamental, para a abordagem dos problemas e necessidades dos utentes/famílias, tendo em conta um conjunto de pressupostos:

- Ser centrada no alvo dos cuidados;
- Ser perspectivada de uma forma holística;
- Ser personalizada;
- Promover a reabilitação, tendo em vista a reintegração na comunidade e a maior autonomia possível;
- Respeitar os princípios éticos e deontológicos (Veríssimo & Moreira, 2004).

Um estudo realizado por Elkan et al (2000, 2001) citado por Louro (2009, p. 43), *“conclui que, com a introdução da visita domiciliária, verificou-se uma diminuição na mortalidade, melhoria da qualidade de vida no domicílio e diminuição das admissões em lares”*.

Aos profissionais de saúde é requerido que valorizem e desenvolvam a visita domiciliária, com carácter sistemático e de supervisão de cuidados, de forma a implementarem, com os membros da família, um plano de intervenção

terapêutico, promotor de saúde e que previna atempadamente potenciais complicações (Veríssimo & Moreira, 2004).

Por vezes, a estrutura domiciliária física precisa de adaptações, mas estas têm de ser realizadas tendo em conta as necessidades do paciente e dos familiares. O profissional de saúde, nomeadamente os (EEER), deve estar atento a todas as barreiras arquitetónicas e dar sugestões à família no sentido de as minimizar, respeitando a sua condição económica.

Apesar de as barreiras arquitetónicas, por vezes difíceis de ultrapassar, está provado que os cuidados domiciliários trazem imensas vantagens. Como refere Lacerda (2001) citado Carvalhido e Pontes (2009, p.144) afirma que, *“para o indivíduo a proximidade do ambiente familiar acelera o processo de recuperação e evita a deslocação de familiares para o hospital. As vantagens para os hospitais relacionam-se com o aumento da oferta de vagas, devido à maior rotatividade das camas. Para a família, o facto de poder estar constantemente com o seu familiar e poder tratá-lo com toda a atenção possível uma mais-valia incalculável, muitas vezes até para os profissionais de saúde. Ainda se pode acrescentar como vantagens, o menor risco de infeções hospitalares e do stresse do internamento, para além do atendimento personalizado ser mais facilitado no ambiente familiar”*.

CAPÍTULO II – Opções Metodológicas

1 – MATERIAL E MÉTODOS

A investigação é o motor da evolução de Enfermagem, enquanto profissão, ciência, disciplina e arte. Dela imerge o desenvolvimento e aplicação do conhecimento, essenciais para a contextualização do campo de intervenção.

Na Enfermagem a pesquisa surge não só em prol do desenvolvimento da profissão mas também dos que beneficiam dos cuidados prestados.

Ao longo deste capítulo apresentamos, de forma objetiva e sistemática, os procedimentos efetuados nas diferentes etapas do estudo. Começamos por apresentar o local, a população a amostra, assim como o tipo de estudo. De seguida descreveremos o instrumento de colheita de dados e os procedimentos inerentes à sua aplicação. No final abordaremos a estratégia utilizada na análise dos dados e os procedimentos éticos tidos em consideração.

1.1 - Local

Este estudo realizou-se nem meio natural numa ECCIZN sendo na altura de estágio o nosso local de trabalho, que decorreu num período de 01 de Novembro de 2011 a 28 de Fevereiro de 2012.

1.2 – População e amostra

A população desta amostra consiste num conjunto de pessoas vítimas de AVCI, que tenham ingressado no ECCIZN e que cumpram os critérios de admissão. Dada a impossibilidade de tratar a população total, recorreu-se a

uma amostra, ou seja a um subconjunto selecionado intencionalmente para se obter informações relativas às características dessa população.

Para Fortin (2003) a população compreende todos os elementos que partilhem características comuns, características essas definidas pelos critérios previamente pré-definidos necessários à investigação.

A amostra deste estudo é constituída por 8 elementos de ambos os sexos, vítimas de AVCI e que deram entrada na ECCIZN, vindos de internamento hospitalar e que caracterizamos como não probabilística intencional.

Para Polit (2004) a amostra é um conjunto de indivíduos retirados de uma população obtida através de um processo de seleção de uma porção da população com o objetivo de a representar.

Para participarem neste estudo, todos os indivíduos deveriam cumprir os seguintes critérios:

- Pertencerem a uma ECCIZN;
- Estarem a receber apoio dos EEER de uma ECCI pertencentes ao ACES da Zona Norte;
- Possuir sequelas de AVC (hemiplegia; hemiparesia; disartria; apraxia; paralesia facial, entre outras).

Por sua vez, como critérios de exclusão estabelecemos:

- Ter sofrido um AVC hemorrágico;
- Possuir valores inferiores a 14 na escala de avaliação do estado de consciência de Glasgow;
- Possuir alterações psiquiátricas;
- Frequentar fisioterapia convencional.

1.3 – Percurso Metodológico

Todo o processo de investigação envolve necessariamente uma fase metodológica, um momento onde se operacionalizam todos os detalhes e se

precisa o tipo de estudo, o meio e a população envolvida (Fortin, 2003). Esta descrição pormenorizada das condições em que se realiza a pesquisa, vai ainda permitir a sua replicação por um outro investigador interessado, num momento ou contexto diferentes.

Considerando a natureza da problemática que se pretende analisar, pode-se afirmar que este estudo apresenta uma abordagem de cariz quantitativo, pois envolve uma colheita sistemática de informação numérica, mediante condições de muito controlo, com recurso a procedimentos estatísticos para tratamento da informação (Polit & Hungler, 1997). É um trabalho exploratório, uma vez que a revisão de literatura efetuada permitiu concluir que pouco se conhece sobre a temática em análise, quer a nível nacional como internacional. Dado que fornece informação sobre características de uma população, esta investigação assume-se como descritiva. Em termos temporais classifica-se como longitudinal, pois a recolha de dados acontece em três momentos diferentes durante três meses.

1.4 – Instrumento de colheita de dados

Na realização desta dissertação, foi aplicado um questionário a todas as pessoas com AVCI que nos iam chegando à ECCI, para posterior seleção dos casos que cumprissem os critérios de seleção da amostra.

A colheita de dados é um processo que consiste na recolha de informação junto dos participantes com o auxílio de instrumentos de medida escolhidos (Fortin, 2003).

O instrumento de colheita de dados é composto por três partes distintas. Sendo a primeira parte um questionário com 12 questões de natureza sócio demográfica e clínica, as quais pretendem caracterizar a amostra (idade, sexo, estado civil, etc...), integração social e evolução das expetativas. Este foi baseado num questionário realizado pela DGS - Direção de Serviços de

Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. (DGS, 2001, p. 23) (Anexo II).

Uma segunda parte centrada na aplicação do Índice da Capacidade Funcional de Barthel (Ricardo Loução, 1998) (Anexo III). E por fim, numa terceira parte a aplicação dos testes coordenação/velocidade e equilíbrio.

Os testes coordenação/velocidade e equilíbrio foram baseados na escala de Fugl-Meyer adaptada (Anexo IV), baseada na Revista Brasileira de Fisioterapia – Estudo de confiabilidade da aplicação da escala de Fugl-Meyer no Brasil (2007, pp. 181-182). Em conjunto com a orientadora de estágio decidiu-se que seria mais oportuno avaliar apenas os parâmetros funcionamento motor e sensação de equilíbrio (Anexo V).

No que diz respeito ao Índice de Barthel (IB) é um instrumento que avalia o nível de independência do doente para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

Na versão original a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as AVDs avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVDs avaliadas.

No contexto clínico o IB dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades.

Dois indivíduos com a mesma pontuação global necessitam de cuidados diferenciados de acordo com a(s) atividade(s) para as quais demonstra maior incapacidade.

Atualmente, o IB continua a ser amplamente utilizado, essencialmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação e

vários autores consideram-no o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVDs.

A fácil aplicação e interpretação, baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente (o que permite monitorizações longitudinais), o consumir pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida construída sobre bases empíricas uma das mais utilizadas na clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência dos idosos para realizar dez atividades básicas do seu quotidiano.

Também em contexto comunitário num estudo sobre a fidelidade de escalas usadas em doentes com AVC, confirmou que o IB mostrou ser um instrumento de ótima fidelidade (Araújo et al, 2007).

Nesta dissertação foi utilizado o IB, validada e adaptada para a população portuguesa em 1995 e 1998 pelos fisioterapeutas Paulo Lima e Ricardo Loução, respetivamente (Anexo III). Estes basearam-se na versão desenvolvida por Wade e Collin, 1988, que propõem uma pontuação dos itens em 0, 1, 2 ou 3, obtendo uma pontuação total da escala entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente), tendo sido a versão também utilizada na validação para portugueses.

O estudo das propriedades psicométricas do instrumento revela que é um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach* de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r=0,66$ e $r=0,93$, pelo que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas, de uma forma objetiva (Araújo et al, 2007).

Numa terceira foi utilizada a escala de *Fugl-Meyer*, para a avaliação sensório-motor do hemicorpo afetado.

Segundo Maki et al. (2006), um tipo de avaliação do comprometimento motor e sensorial após AVC, conhecida como Escala de Avaliação de *Fugl-Meyer*, foi desenvolvida e introduzida em 1975 por *Fugl-Meyer et al.* Esta escala foi o primeiro instrumento quantitativo para avaliação sensório-motor da recuperação do AVC e é, provavelmente, a escala mais conhecida e usada

para a pesquisa e/ou prática clínica. As medidas propostas nesta escala são baseadas no exame neurológico e na atividade sensório motora de membros superiores e inferiores, tentando identificar a atividade seletiva e os padrões sinérgicos de pacientes que sofreram esta patologia.

A avaliação da EFM, validada desde 1975, é amplamente aplicada em experimentos internacionais direcionados a indivíduos portadores de sequelas de AVC (Carlos et al, 2010).

A EFM é uma escala específica de comprometimento do desempenho. É projetada para avaliar o funcionamento do motor, sensação de equilíbrio e funcionamento comum em doentes que sofreram AVC. Os itens do EFMA destinam-se a avaliar a recuperação, no contexto do sistema de motor (Chae, Labatia, e Yang, 2003).

É aplicada clinicamente e em pesquisas para determinar a gravidade da doença, descrever a recuperação motora, e para planear e avaliar o tratamento.

Neste estudo concreto trata-se de um instrumento de pontuação numérica acumulativa, baseada na observação direta do desempenho, que avalia dois domínios da pessoa: o funcionamento motor, nomeadamente, coordenação/velocidade membro superior e inferior e o equilíbrio, totalizando um score possível de 0-26 pontos.

No domínio coordenação/velocidade do membro superior inclui o item *“dedo-nariz”*; no domínio coordenação/velocidade do membro inferior inclui o item *“movimentos alternados rápidos calcanhar/joelho”*; no domínio equilíbrio inclui os 7 itens, nomeadamente, *“sentado sem apoio e com os pés suspensos”*, *“reação de pára-quedas no lado não afetado”*, *“reação de para-quedas no lado afetado”*, *“manter-se em pé com apoio”*, *“manter-se em pé sem apoio”*, *“apoio único sobre o lado não afetado”* e *“apoio único sobre o lado afetado”*.

Os pontos são divididos entre os domínios, como se segue: na coordenação/velocidade membro superior e inferior varia de 0 (não é possível realizar) a 3 pontos (desempenho normal) com um score final dos dois de 12

pontos; no domínio equilíbrio: varia de 0 (não é possível realizar) a 3 pontos (desempenho normal) com um score final de 14 pontos.

De seguida iremos nomear os testes adaptados pelo autor e pela orientadora de estágio da EFM. Dos nove testes, dois avaliam a coordenação/velocidade do membro superior (Anexo VI - figura 1) e coordenação/velocidade do membro inferior (Anexo VI - figura 2).

Os restantes sete testes de equilíbrio são: sentado sem apoio e com os pés suspensos (Anexo VI - figura 3), reação de para-quedas no lado não afetado e reação de para-quedas no lado afetado (Anexo VI - figura 4), manter-se em pé com apoio (Anexo VI - figura 5) e manter-se em pé sem apoio (Anexo VI - figura 6), apoio único sobre o lado não afetado (Anexo VI - figura 7) e apoio único sobre o lado afetado (Anexo VI - figura 8).

1.4.1 – Procedimentos da colheita de dados

Todas as pessoas submetidas a este estudo foram alvo de um PIIERR, elaborado pelo autor e orientadora do campo de estágio e executado pelo EER. Todas as pessoas em estudo frequentaram um PIIER, que se divide em três momentos capitais:

- o primeiro momento é o momento da avaliação inicial;
- o segundo momento vai desde a avaliação inicial do PERCD até ao fim do 2º mês;
- o terceiro momento vai do início do 3º mês até ao fim do 3º mês.

As pessoas em estudo não frequentaram qualquer outro tipo de reabilitação, nomeadamente, a fisioterapia convencional. Desta forma, todas as pessoas estariam mais equiparadas em termos de oportunidades de reabilitação e os seus resultados não seriam influenciados devido a este parâmetro.

Durante os 30 - 45 minutos de treino, sempre que a pessoa revelasse muito cansaço, permitia-se um período de descanso, antes de completar o restante

tempo. Sempre que algum equipamento caísse, a pessoa apanhava ou pedia ajuda, mas nunca progredia no treino, sem o aplicar corretamente.

Todas as pessoas em estudo tiveram um período de reabilitação de três meses de intervenção, e com periodicidade de 3 sessões por semana no domicílio das pessoas vítimas de AVCI.

1.5 - Tratamento estatístico

A análise dos dados foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19.

Foi aplicada análise estatística descritiva e inferencial. A análise descritiva consistiu no cálculo de frequências (para as variáveis nominais), média e desvio padrão (para a variável idade que é escalar) e medianas, mínimos e máximos (para as variáveis ordinais). Para a análise inferencial foram levados a cabo testes não paramétricos devido ao reduzido tamanho da amostra e da escala de mensuração das escalas utilizadas no presente estudo (Pestana & Gageiro, 2005).

O teste de Friedman para amostras emparelhadas foi utilizado para averiguar a existência de diferenças significativas na pontuação dos testes clínicos ao longo dos três momentos de avaliação. Sempre que as diferenças encontradas se revelaram significativas usamos o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas para identificar entre que momentos de avaliação ocorreram essas diferenças (Pestana & Gageiro, 2005).

O nível de significância adotado para os testes estatísticos realizados foi de 0.05.

1.6 - Procedimentos éticos tidos em consideração

Quando se fala em ética na investigação pressupõem-se o cumprimento do direito à confidencialidade, intimidade e anonimato, do direito à proteção e autodeterminação (Fortin, 2003). O aspeto ético fundamental neste item é porventura a garantia de que não haverá discriminação na seleção dos indivíduos nem exposição destes a riscos desnecessários.

Para Fortin (2003) a ética, no sentido mais lato é a ciência da moral e da arte de dirigir a conduta. Com o objetivo de reger a investigação científica em seres humanos foram criados códigos deontológicos que asseguram os direitos dos participantes.

A todos os participantes no estudo, foi entregue um documento de consentimento informado (ANEXO VII), que explica todos os procedimentos e pormenores deste estudo, assim como a autonomia para desistência em qualquer etapa da investigação. Foi dada ao doente a oportunidade de colocar todas as suas dúvidas. Foi garantido o sigilo e a confidencialidade dos dados, não advindo com a participação neste estudo qualquer risco ou prejuízo para o utente/ família.

A confidencialidade e o anonimato foram aspetos que asseguramos ao longo de todo o trabalho.

CAPÍTULO III – Da apresentação à discussão dos resultados

1 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Descrita a metodologia, este capítulo procede à apresentação dos resultados da pesquisa numa perspetiva global, abrangendo a amostra em estudo. A sua organização tem referência os objetivos enunciados, descritos já anteriormente no percurso metodológico.

Num primeiro momento realizou-se tratamento estatístico de forma a produzir uma análise descritiva dos dados, considerando que é um procedimento básico, que se inclui normalmente em todas as investigações e que serve para apresentar a “fotografia” do grupo estudado.

1.2 – Caracterização Sociodemográfica e Clínica

Participaram neste estudo 8 sujeitos residentes em diversas freguesias de um concelho da zona norte do país. Estes participantes tinham idades compreendidas entre os 70 e os 89 anos ($M = 78,50$; $DP = 5,425$), eram de ambos os sexos (62,5% do género masculino e 37,5% do género feminino), sendo metade dos participantes casado ($n = 4$) e a outra metade viúvo ($n = 4$). A grande maioria dos participantes continua a viver no meio onde vivia antes do AVC (87,5%) e apenas um elemento (12,5%) passou a viver em casa de amigos ou familiares, como pode observar-se na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra das pessoas vítima de AVCI (N = 8).

	n	%
Sexo		
Masculino	5	62,5
Feminino	3	37,5
Estado civil		
Casado (a)	4	50,0
Viúvo(a)	4	50,0
Freguesia Residência		
A	2	25,0
B	1	12,5
C	1	12,5
D	1	12,5
E	1	12,5
F	1	12,5
G	1	12,5
Integração Social		
Continua no meio onde vivia	7	87,5
Passou a viver em casa de amigos/familiares	1	12,5
	M (DP)	Min-Max
Idade (Anos)	78,50 (5,425)	70-89

Na tabela 2, são descritas as características clínicas da nossa amostra. De acordo com os dados recolhidos, apenas um quarto dos participantes (n = 2) já tinham sofrido um AVC anteriormente. Quanto ao tipo de AVCI sofrido, em cinco participantes foi trombótico (62,5%), em dois participantes foi lacunar (25,0%) e num participante foi embólico (12,5%). Registou-se ainda que o lado da lesão predominante é o hemisfério esquerdo (75,0%) e que a totalidade dos participantes refere a presença de dores no momento da avaliação.

Tabela 2 - Caracterização clínica da amostra das pessoas vítima de AVCI (N = 8)

	n	%
Já tinha sofrido AVC		
Sim	2	25,0
Não	6	75,0
Dores		
Sim	8	100,0
Categoria AVC Isquémico		
Trombótico	5	62,5
Embólico	1	12,5
Lacunar	2	25,0
Lado da Lesão		
Hemisfério Direito	6	25,0
Hemisfério Esquerdo	2	75,0

Como podemos verificar na tabela 3, no início do PERCD três participantes necessitavam de algum tipo de auxiliar de marcha (37%). No fim do terceiro mês apenas um dos participantes (12%) dependia de auxílio.

Tabela 3 - Caracterização da amostra quanto à necessidade de auxiliar de marcha das pessoas vítima de AVCI (N=8)

	n	%
Necessita de auxiliar de marcha - Início do PERCD		
Sim	3	37,0
Não	5	63,0
Necessita de auxiliar de marcha - fim do 2º mês PERCD		
Sim	2	25,0
Não	6	75,0
Necessita de auxiliar de marcha - fim do 3º mês PERCD		
Sim	1	12,0
Não	7	88,0

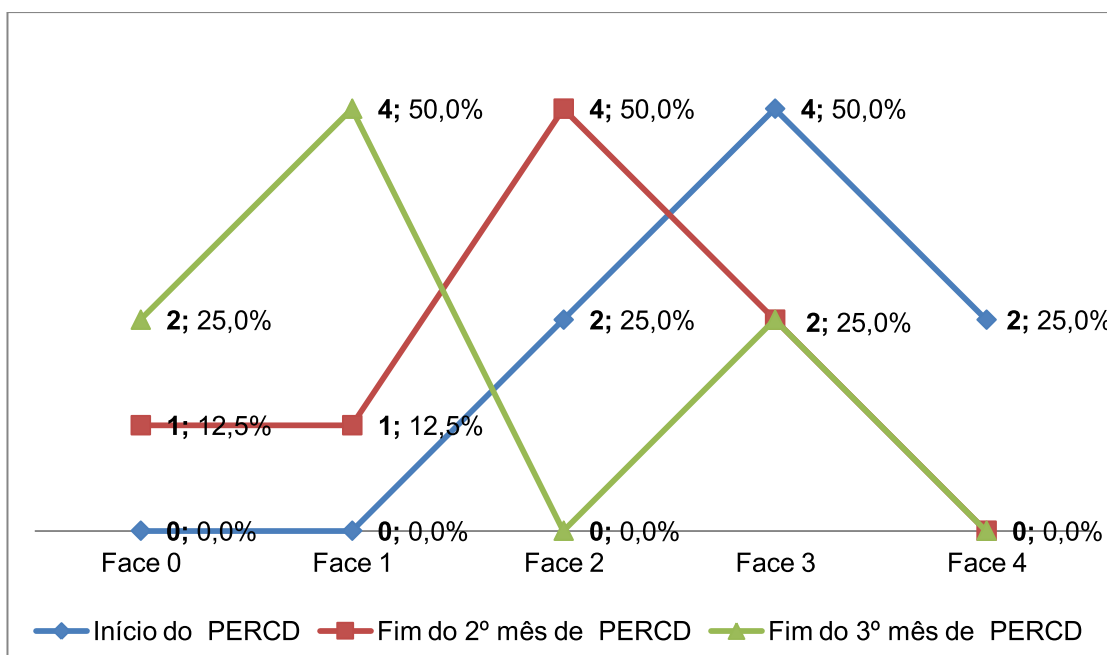
Pela análise dos dados da tabela 4, observamos que a totalidade (N=3) dos praticantes dependentes do auxiliar de marcha utilizava o andarilho. Ao fim do 2º mês um participante evoluiu para canadianas (12,5%) e no final do 3º mês apenas um participante era dependente de auxiliar de marcha, nomeadamente o andarilho (12,5%).

Tabela 4 - Caracterização do tipo de equipamento auxiliar de marcha das pessoas vítima de AVCI (N=6)

	n	%
Que tipo de equipamento auxiliar de marcha utiliza? Início do PERCD. Andarilho	3	37,5
Que tipo de equipamento auxiliar de marcha utiliza? Fim do 2º mês do PERCD. Andarilho	1	12,5
Canadiana (s)	1	12,5
Que tipo de equipamento auxiliar de marcha utiliza? Fim do 3º mês do PERCD. Andarilho	1	12,5

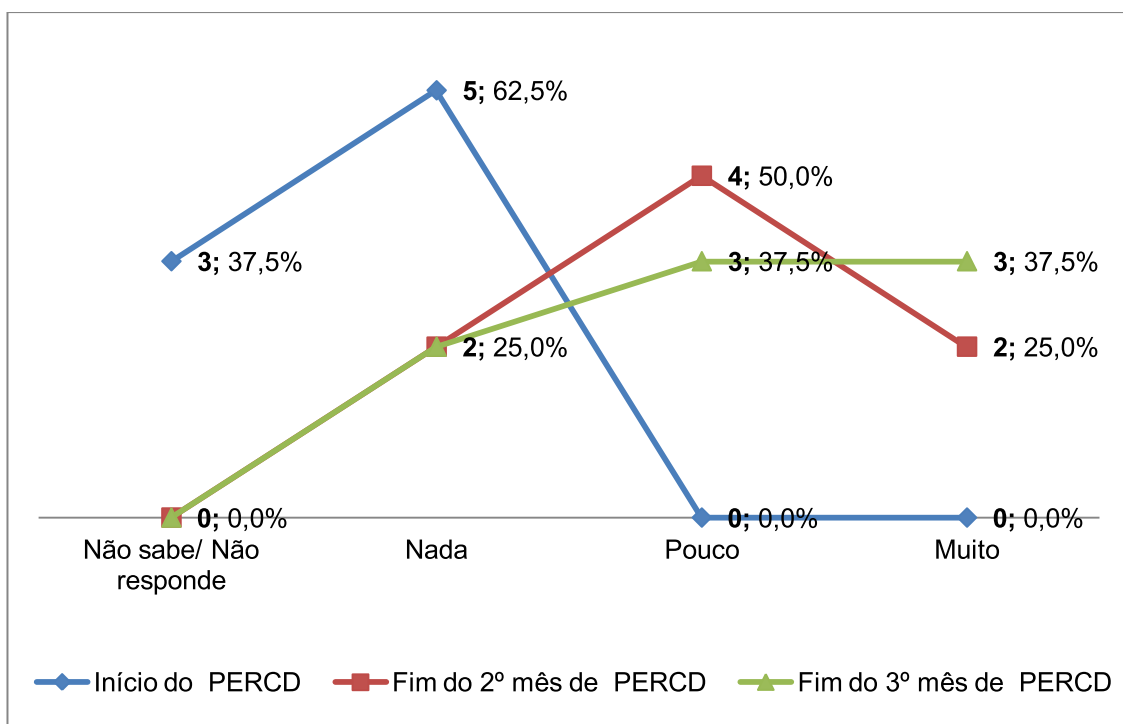
No gráfico 1, a totalidade dos participantes referia a presença de dor no início do PERCD (N=8), atribuindo a dor máxima de 4 na escala de dor de faces (25%) e a dor mínima de 2 na mesma escala (25%). No final do 2º mês o valor máximo atribuído foi 3 (25%) e um participante referia não ter dor, atribuindo o valor 0 na escala de faces de dor (25%). Findo o PERCD dois participantes referiram não ter dor (25%) e quatro atribuíram dor 1 na escala de faces de dor (50%).

Gráfico 1 – Caracterização da evolução da escala de faces da dor das pessoas vítima de AVCI (N=8), score (0-5).



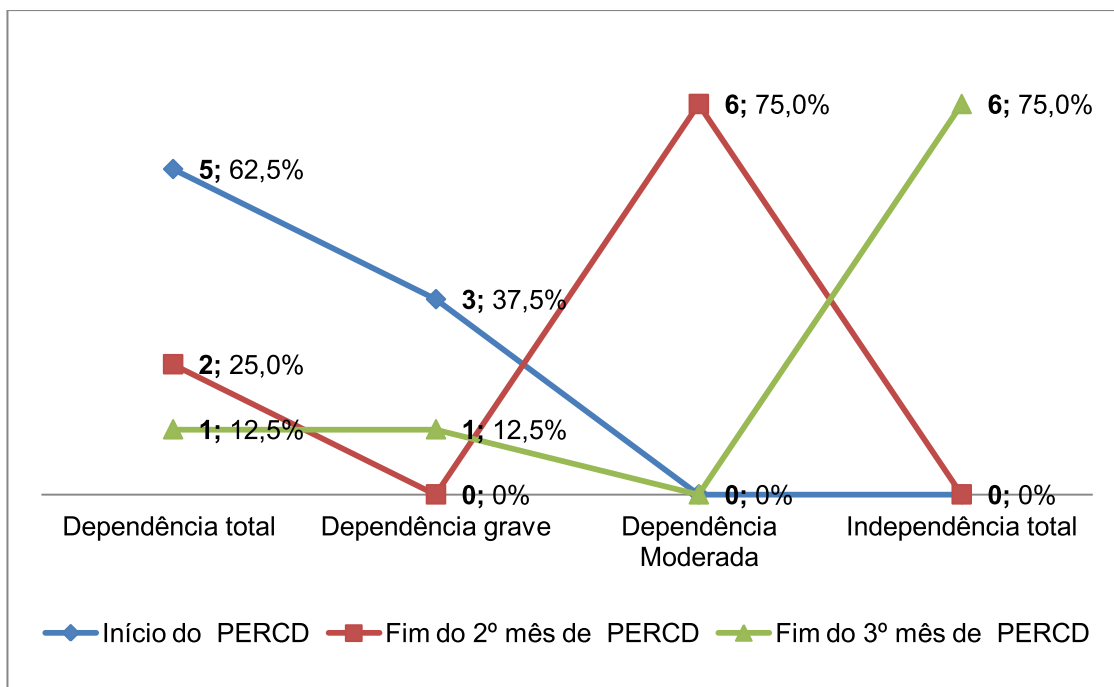
Através do gráfico das expectativas de recuperação (gráfico 2), verificamos que a maioria dos participantes revelou que não vai recuperar “nada” (62,5%). No fim do 2º mês quatro dos participantes revelaram que vão recuperar “pouco” (50,0%), e no fim do PERCD três participantes revelaram que vão recuperar “muito” (37,5%).

Gráfico 2 - Caracterização da evolução das percentagens das expectativas das pessoas vítima de AVCI (N=8).



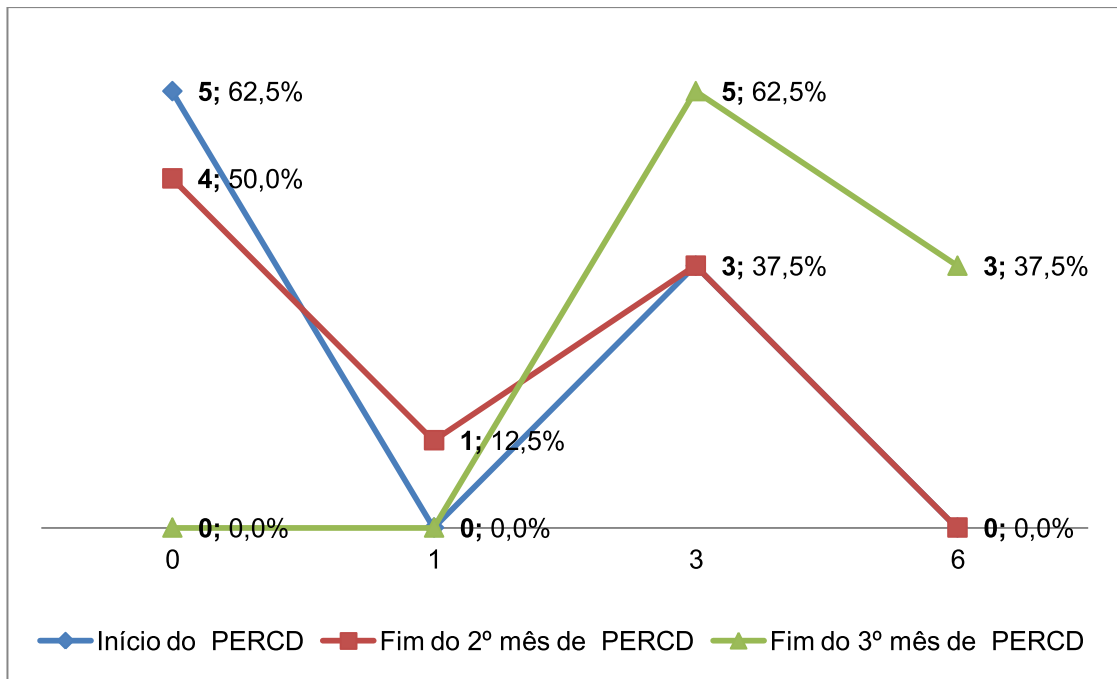
Relativamente à evolução da capacidade funcional (IB), gráfico 3, mostra que no início do PERCD a maioria 62,5% (5) dos participantes apresentavam um grau de dependência total (score de 0-8) os restantes participantes (37,5%) apresentavam uma dependência grave (score de 9-12). No fim do segundo mês a maioria 75,5% (6) dos participantes apresentavam já um grau de dependência moderada (score de 13-19) e apenas dois mantiveram-se dependentes totais (25%), no final do terceiro mês do PERCD a maioria dos participantes (75%) (6) relevaram independência total (score=20).

Gráfico 3 - Caracterização da evolução da capacidade funcional (IB) das pessoas vítima de AVCI (N=8)



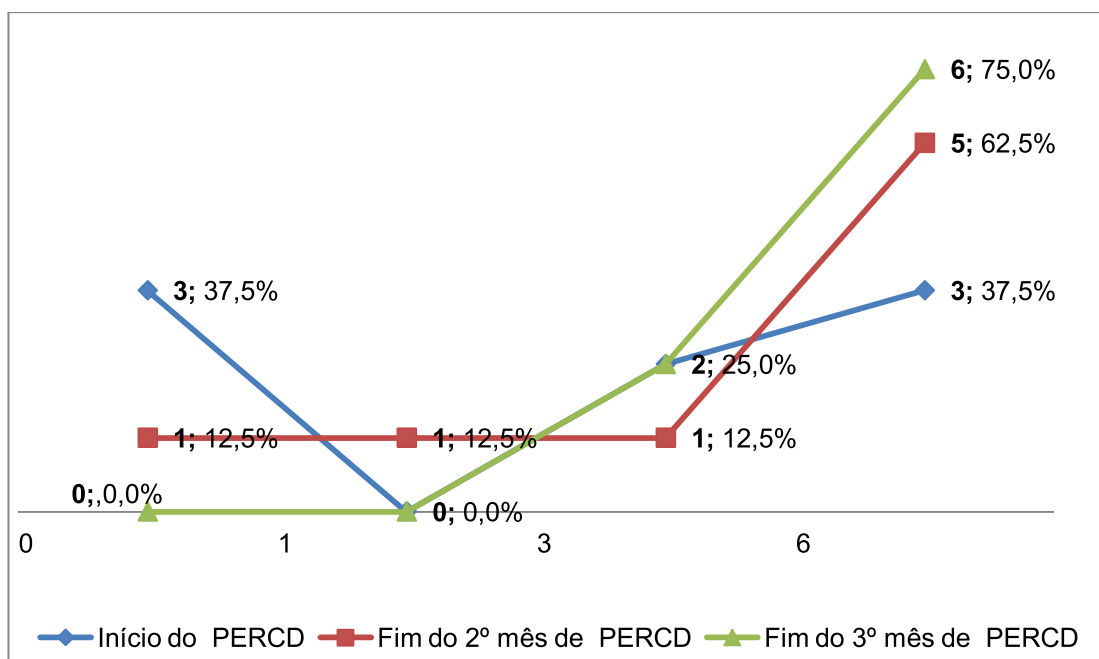
De acordo com o gráfico 4, verificamos que no início do PERCD a maioria dos participantes não apresentava qualquer tipo de coordenação motora do MS (62,5%), sendo o valor máximo a atribuído de três. No final do 2º mês 50,5% mantinha ausência de coordenação motora do MS. No final do 3º mês seis participantes atingiram o valor máximo de seis (37,5%) e nenhum participante apresentava score zero.

Gráfico 4 - Caracterização da evolução das percentagens do domínio da coordenação motora/velocidade do MS do lado afetado das pessoas vítima de AVCI (N=8), score (0-6).



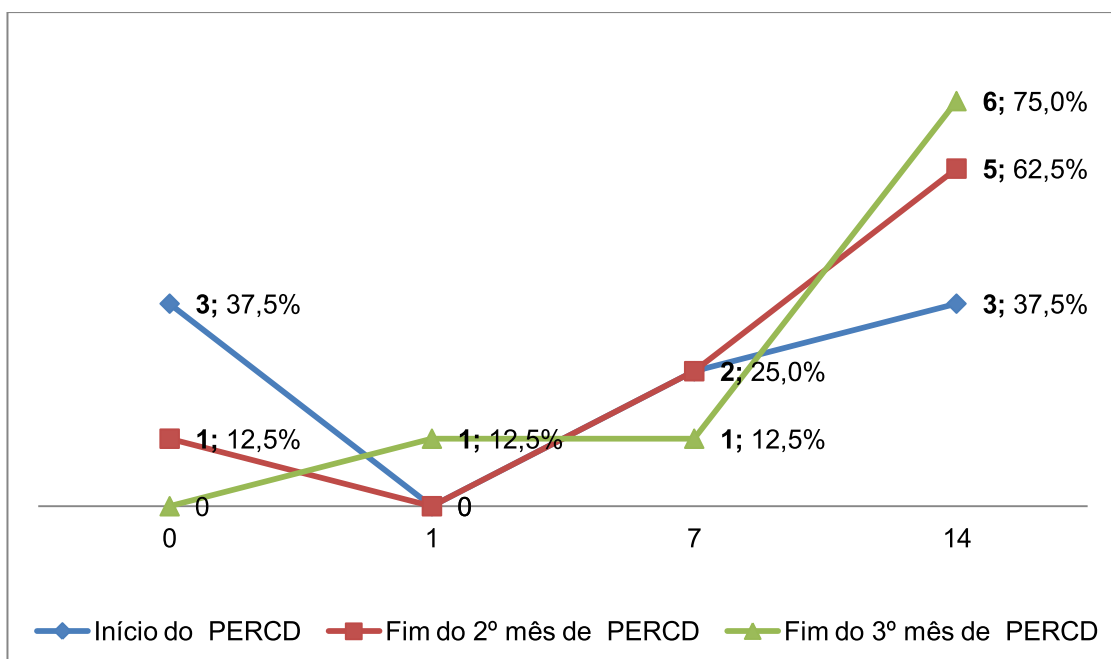
Relativamente ao MI, gráfico 5, três dos participantes não apresentavam qualquer tipo de coordenação (37,5%) e três apresentavam valor máximo de 6 (37,5%). No 2º mês, 62,5% (N=5) dos participantes apresentavam coordenação máxima, score 6. No final do PERCD, 85% dos participantes atingiu o valor máximo de 6 e apenas um participante manteve-se sem qualquer tipo de coordenação, score 0 (15%).

Gráfico 5 - Caracterização da evolução do domínio da coordenação motora/velocidade do membro inferior do lado afetado das pessoas vítima de AVCI (N=8), score (0-6).



Quanto ao equilíbrio, gráfico 6, no início do PERCD, três dos participantes apresentavam score 0 (37,5%) e o máximo valor atribuído foi 14 (37,5%). No final segundo mês apenas um participante não apresentava qualquer tipo de equilíbrio (25%) sendo valor máximo atribuído 14 (62,5%). No final do terceiro mês a maioria dos participantes apresentavam o máximo de equilíbrio, score 14 (75,5%).

Gráfico 6 - Caracterização da evolução do domínio do equilíbrio do lado afetado das pessoas vítima de AVCI (N=8), score (0-14).



Como podemos verificar na tabela 5, houve uma diminuição estatisticamente significativa da dor ao longo dos três momentos de avaliação e aumento da capacidade funcional (avaliada pelo Índice de Barthel).

Foi ainda levado a cabo o teste de Wilcoxon para averiguar entre que momentos ocorreram estas diferenças. Para a Escala de Faces e para o Índice de Barthel encontramos diferenças estatisticamente significativas entre todos os momentos de avaliação, e para a evolução das expectativas entre o início do PERCD e o fim do 2º mês e entre o início do PDR e o fim do 3º mês do PERCD (Anexo VIII).

Tabela 5 - Comparação da dor (Escala de Faces), capacidade funcional (Índice de Barthel) e Expetativas nos três momentos de avaliação (N = 8).

	Mín-Máx	Mediana	Valor p (*)
Escala de Faces			
Início do PERCD	2-4	3,00	
Fim do 2º mês	0-3	2,00	0,001
Fim do 3º mês	0-3	1,00	
Índice de Barthel			
Início do PERCD	1-12	5,50	
Fim do 2º mês	5-19	18,00	0,000
Fim do 3º mês	8-20	20,00	
Evolução Expetativas			
Início do PERCD	4-4	4,00	
Fim do 2º mês	2-3	3,00	0,009
Fim do 3º mês	2-3	2,00	

* Teste de Friedman para amostras emparelhadas

Na tabela 6, são apresentados os resultados obtidos nos três momentos de avaliação no teste de Fugl-Meyer. Podemos observar um aumento significativo na pontuação total do teste Fugl-Meyer, desde o início do PERCD até ao fim do 3º mês ($p < 0,05$).

Com o objetivo de averiguar entre que momentos existem diferenças significativas na pontuação total do Fugl-Meyer realizamos testes de Wilcoxon, sendo que estas diferenças residiram entre o fim do 2º mês e fim do 3º mês e entre o início do PERCD e o fim do PERCD (Anexo VIII).

Quando analisadas os dois domínios (coordenação motora e equilíbrio) da EFM, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios, entre os momentos de avaliação ($p < 0,05$).

Tabela 6 - Comparação da pontuação no teste Fugl-Meyer nos três momentos de avaliação (N = 8)

Fugl-Meyer	Mín-Máx	Mediana	Valor p (*)
Fulg-Meyer Total (0-26 pontos)			
Início do PERCD	0-23	10,00	
Fim do 2º mês	0-23	20,50	0,001
Fim do 3º mês	7-26	23,00	
Coordenação/Velocidade MS (0-6 pontos)			
Início do PERCD	0-3	0,00	
Fim do 2º mês	0-3	0,50	0,000
Fim do 3º mês	3-6	3,00	
Coordenação/Velocidade MI (0-6 pontos)			
Início do PERCD	0-6	3,00	
Fim do 2º mês	0-6	6,00	0,014
Fim do 3º mês	3-6	6,00	
Equilíbrio (0-14 pontos)			
Início do PERCD	0-14	7,00	
Fim do 2º mês	0-14	14,00	0,015
Fim do 3º mês	1-14	14,00	

* Teste de Friedman para amostras emparelhadas

2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados torna-se relevante interpretar e refletir sobre os mesmos, de modo a reconhecer a sua importância com base no referencial teórico anteriormente apresentado.

Considerando as questões de investigação e os objetivos do estudo, ancorados no quadro de referência e na nossa experiência, procuramos apresentar os resultados mais relevantes, apresentando-os de uma forma sistematizada. A intenção é tornar tão compreensível quanto possível o fenómeno em estudo e procurar objetivar os aspetos que consideramos mais significativos para, assim, contribuir para uma possível mudança no paradigma do processo de cuidar em casa.

No presente estudo verifica-se que, relativamente à presença de dor, antes do PERCD, a totalidade da amostra (N=8) sofria de dor, com uma média de 3 na escala de faces. Com as mobilizações, alongamentos, massagens e alterações da postura, entre outras atividades do PERCD, a dor foi diminuindo ao longo do tempo, como verificamos na redução da média para 1,25 na escala de faces. Como refere Kisner (2004) citado por Carvalhido e Pontes (2009, p.146) *“a mobilização é uma técnica de terapia manual que tem como principal objetivo mobilizar superfícies articulares de forma a atingir um determinado efeito terapêutico, podendo este ser de aumento das amplitudes articulares como a diminuição da dor”*.

Dos oito participantes, três necessitavam de andarilho antes do PERCD e, destes, um conseguiu evoluir para as canadianas no fim do 2º mês. No final do PERCD apenas um participante manteve a necessidade de andarilho e o outro participante evoluiu das canadianas para a deambulação sem auxílio. É de salientar que durante o estudo não se registaram quedas. Esta evolução pode

ser justificada pela grande motivação, participação nos exercícios e uma melhoria do tónus muscular e do equilíbrio da maioria dos participantes.

Outro resultado importante do nosso estudo está relacionado com a evolução da capacidade funcional (IB). Segundo Rebelatto e Morelli (2004), citado por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007, p. 60), *“a capacidade funcional reporta-se à autonomia da pessoa para a realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário”*. Antes da aplicação do PERCD 62,50% dos participantes mostravam-se totalmente dependentes. No final do PERCD 75% dos participantes eram totalmente independentes na realização das AVDs.

Apenas um manteve-se dependente total, uma vez que o seu défice neurológico, nomeadamente a hemiparésia, era o mais marcante. Observou-se também uma maior desmotivação neste participante recusando-se por vezes a realizar os exercícios propostos. Estes resultados vêm confirmar a importância de um plano de reabilitação na melhoria do tónus muscular, do controlo do movimento e da coordenação, contribuindo positivamente para a melhoria da capacidade funcional de um doente vítima de AVC (Carvalhido & Pontes, 2009, p. 147).

Quanto à coordenação motora do membro superior, no início do PERCD cinco dos participantes não conseguiam levar o dedo ao nariz (62,5%). Apresentavam uma dismetria, tremores marcantes e velocidade do membro diminuída. No final do PERCD verificamos uma evolução positiva, porque três dos participantes apresentavam coordenação motora normal do membro superior (37,5%), ou seja, conseguiam levar sem dificuldade o dedo ao nariz.

Ao nível do membro inferior verificou-se melhoria na coordenação em dois participantes que no início do PERCD não conseguiam levar o calcanhar ao joelho. Além disso, no final do 3º mês a maioria dos participantes atingiu um score máximo de coordenação (80%), o que significa que houve um aumento do controlo do movimento e uma melhoria do tónus muscular, que se aproximou do normal. No entanto, um dos participantes não conseguiu evoluir

mantendo-se com um score 0 no final do 3º mês (15%). Esta evidência pode estar relacionada com o facto de este participante apresentar um défice motor mais acentuado no membro inferior, (predomínio crural), maior flacidez muscular e conseqüentemente maior dificuldade na execução dos exercícios do PIIER.

Outro parâmetro que também teve uma evolução positiva notória foi o equilíbrio, contribuindo para a melhoria das outras variáveis em estudo. O equilíbrio define-se como a capacidade de manter o centro de massa dentro da base de suporte. Verificou-se que a maioria dos participantes atingiu o seu estado máximo, com um score de 14 (75%). Esta evolução foi muito importante porque o equilíbrio é parte essencial para a deambulação e outras atividades quotidianas. *O equilíbrio é essencial para o indivíduo se movimentar no seu meio ambiente e realizar com êxito as AVDs*, como refere (Bandy, 2003) citado por (Carvalhido & Pontes, 2010, p. 147).

No conjunto dos dois domínios (coordenação e equilíbrio) da escala de Fugl-Meyer, verificamos uma evolução significativa na coordenação motora e no equilíbrio, como nos mostra o teste de Friedman, com um $p=0,001$.

Nenhuma evolução seria possível se o individuo não tivesse expectativas e motivações para o tratamento. Neste estudo é visível uma evolução favorável nas expectativas dos participantes do início do PERCD para o final do programa, ou seja, no primeiro mês a maioria (62,5%) admitia que não acreditava na recuperação. No final do PERCD seis dos participantes apresentavam expectativas de recuperação, três deles acreditavam muito (37,5%), três acreditavam pouco (37,5%) e apenas dois admitiam que não esperavam recuperar (25,0%). Estes resultados podem ser explicados pelo facto dos participantes constatarem melhorias, mesmo que mínimas, ao longo de cada dia de programa, demonstrando grande esperança na recuperação da sua autonomia.

Todas as evoluções anteriormente descritas promoveram uma maior autonomia e independência aos participantes deste estudo. Isto vai de encontro

ao que é referido na literatura que defende um plano de reabilitação o mais precoce possível em doentes vítimas de AVC, no sentido destes poderem recuperar, o quanto antes, fisicamente e intelectualmente.

3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido a uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, o número de pessoas com perda de autonomia, com invalidez e dependência não pára de aumentar. O AVC, não é exceção, é uma doença cada vez mais frequente e acarreta para o indivíduo deterioração da capacidade física, emocional e social, colocando em risco a sua autonomia funcional para o desempenho das AVDs.

As principais consequências do AVC relacionam-se com a mobilidade, sendo a hemiplegia um problema frequente. De um modo geral, os estudos que abordam a incapacidade motora apontam que a principal consequência para o utente é necessitar de ajuda para as AVDs como a alimentação, higiene pessoal, locomoção e mobilização em geral. A incapacidade motora tem influência marcante no contexto de vida, pois representa limitação na capacidade funcional nas atividades quotidianas (Faro, 2005).

É fundamental investir nas pessoas vítimas de AVC, tanto durante o internamento, como no domicílio após alta hospitalar, para que estas possam recuperar tanto, quanto possível, a sua autonomia melhorando a qualidade de vida. Daí a importância da implementação de um programa de reabilitação. O processo de reabilitação destes doentes deve ser precoce para facilitar a recuperação e prevenir complicações futuras.

O EEER tem um papel preponderante na recuperação destes utentes, principalmente após alta hospitalar. O utente no domicílio não pode ser esquecido porque, em grande parte dos casos, são levados para casa com muitas limitações e dependências. O PERCD veio, assim, assegurar a continuidade de cuidados ao doente vítima de AVC na sua própria casa.

Para que este processo seja adaptado às reais necessidades de cada doente, é fundamental que o EEER proceda à sua avaliação criteriosa, aplicando

exercícios adequados a cada caso. O doente deve ser incentivado a concentrar-se, a interagir, raciocinar, tomar decisões e expressar sentimentos e pensamentos, para que possa ter um papel ativo no PERCD.

Com este estudo, pretendemos, assim, perceber o impacto de um Programa de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Domiciliário no controlo da dor, na melhoria da capacidade funcional, coordenação motora e equilíbrio, em pessoas vítimas de AVCI.

Através da análise dos resultados, verificamos que o PERCD teve um impacto positivo, a vários níveis, nas pessoas que se submeteram ao estudo. Foram visíveis melhorias, como a diminuição considerável da dor, controlo do movimento e aperfeiçoamento da coordenação motora (diminuição de tremores e melhoria da dismetria), mais evidente no membro superior.

A capacidade funcional também teve uma evolução positiva, com a maioria atingir a independência total, ou seja, no final do PERCD já eram capazes de realizar todas as tarefas anteriores ao AVC. Indo de encontro ao descrito na literatura, que afirma que a reabilitação de qualquer tipo de AVC reduz a incidência da deterioração funcional e mantém ou melhora as AVDs (Leeg, L. et al, 2004).

As alterações de equilíbrio dificultam a realização das atividades funcionais e aumentam a predisposição a quedas, Os resultados obtidos, mostraram que um Programa de Reabilitação é fundamental para a melhoria das vítimas de AVC com sequelas no equilíbrio. A melhoria no equilíbrio foi evidente após os três meses de PERCD, ajudando os participantes a evoluírem na deambulação, capacidade funcional e controlo do movimento.

Todas as evoluções anteriormente descritas promoveram maior autonomia e maior independência aos participantes deste estudo, vítimas de AVCI. Além disso, nenhum dos participantes agravou o seu estado durante o estudo e os mais debilitados a nível motor não apresentaram complicações associadas à reduzida mobilidade (úlceras de pressão e padrão espástico).

Também podemos concluir, embora não fosse objeto de estudo, que a implementação do PERCD trouxe vantagens à família ou cuidadores, com a diminuição do trabalho e carga física com o doente, diminuição das preocupações com o mesmo e maior liberdade para a vida pessoal, indo de encontro às teorias de Chalifour (2008).

Apesar destas conclusões positivas, os resultados não podem ser extrapolados dado o tamanho da amostra e ao reduzido tempo de implementação PERCD. Desta forma, seria importante apostar na investigação sobre reabilitação em contexto domiciliário com uma amostra que dê a possibilidade de validar o estudo externamente; um estudo que torne possível a correlação de variáveis e a extrapolação de resultados, para que a utilidade social passe a ser uma realidade, da qual possam usufruir todos os diminuídos pela doença e incapacidade.

4 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar P. T., Rocha T. N., & Oliveira E. S. (2008). *Escalas de controlo de tronco como prognóstico funcional em pacientes após acidente vascular encefálico*. Belo Horizonte. Ata Fisiátrica. Vol.15, nº 3, pp 160 – 164.
- Aidar F.J., Silva A.J., Reis V.M., Carneiro A., & Carneiro-Cotta S. (2007). *Estudio de la calidad de vida en el accidente vascular isquémico y su relación con la actividad física*. Revista de Neurologia. Vol. 45, nº 9, pp 518-522.
- Almeida, J., Vasconcelos, M., Russo, H. & Serpa Pinto, R. (2011). *Sessão de Sensibilização Sobre a RNCCI/ECCL*. ECCL Marco de Canaveses. Marco de Canaveses.
- Almeida, J., Freitas, J., Amaral, M., Alexandra, Ferreira & Teixeira, Inês. (2012). *ECCLs – Uma mais-valia no ACES*. I Jornadas Multidisciplinares do ACES Tâmega I – Baixo Tâmega. Baião.
- Amaral, N. (2001). *Assistência Domiciliária a Saúde (Home Health Care): Sua História e sua relevância para os sistemas de saúde atual*. Revista Neurociencias, vol. 9, nº3, pp. 111-117.
- Andrade L., Costa M., Caetano J., Soares E., & Beserra E. (2008). *A problemática do cuidador portador de Acidente Vascular Cerebral*. São Paulo. Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Vol. 43, nº1, pp. 37-43.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.25, nº2.
- Araújo I. M., Paúl C. & Mantins M. M. (2008). *Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade – Um desafio*. Porto. Revista Referencia. 2ª Série. nº 7.

- Aronow W., & Fleg J. (2001). *Cardiovascular Disease in the Elderly*. (3rd ed). New York. Marcel Dekker.
- Baía P. R. (2010). “Doente com AVC: Dificuldades na família”. Projeto de Graduação em Licenciatura em Enfermagem apresentado à Universidade Fernando Pessoa. Porto.
- Baranski J. (2010). *HOPE: The Stroke Recovery Guide*. Centennial. National Stroke Association.
- Barbosa A., Medeiros L., Duarte N., Menezes C. (2011). *Fatores preditivos de depressão pós AVC - Estudo Retrospectivo numa Unidade de Reabilitação*. Lisboa. *Ata Médica*. 24(S2), pp. 175-180.
- Bobath, B. (1978). *Hemiplegia no adulto: Evolução e Tratamento*. São Paulo, Manole.
- Bocchi S. C., Angelo M. (2005). *Interação Cuidador família pessoa com AVC: Autonomia Compartilhada*. São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 10, nº 3. pp. 729-738.
- Branco, T., Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra, Formasau.
- British Medical Journals – Archives of Disease In Childhood, 2001. ELKAN, R. [et. al.] – Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis Commentary: When, where, and why do preventive home visits work? Consultado a 15 de Dezembro de 2012, disponível em: <http://www.bmj.com/content/323/7315/719>.
- British Medical Journals – Archives of Disease In Childhood, 2000. ELKAN, R. [et. al.] - Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. Consultado a 15 de Dezembro de 2012, disponível em: <http://adc.bmj.com/content/82/6/443.abstract>.
- Carvalhido T., Pontes M. (2009). *Reabilitação domiciliárias a pessoas que sofreram um AVC*. *Revista da Faculdade De Ciências da Saúde*. Porto. Edição Universidade Fernando Pessoa, pp. 140-150.

- Caplan Louis R. M. (2008). *Uncommon Causes of Stroke (2º ed.)*. USA. Cambridge University Press
- Cecatto R. B., & Almeida C. I. (2010). *O planeamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico*. São Paulo. Ata Fisiátrica. Vol. 17, nº 1, pp 37 – 43.
- Caplan Louis R. M. (2006). *Stroke American Academy of Neurology*. New York. Demos Medical Publishing.
- Carod F. J. (2008). *Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus*. Brasília. Revista Neurológica. Vol. 39, nº 11, pp. 1052-1062.
- Cavadas, Brigida. (2011). Tomar conta de dependentes em casa: Estudo exploratório acerca dos resultados e suporte para o exercício do papel de membros da família prestador de cuidados. Dissertação de mestrado apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Porto.
- Chaiyawat P., Sritipsukho P., & Kulkantrakorn K. (2009). *Effectiveness of Home Rehabilitation Program for Ischemic Stroke*. Thammasat Medical Journal, Vol. 9. nº 2.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica – Os fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Loures, Lusodidata.
- [Chae, J.](#), [Labatia, I.](#), [Yang, G.](#) (2003). *Upper limb motor function in hemiparesis: concurrent validity of the Arm Motor Ability test*. USA. Medline. Consultado a 21 de Janeiro de 2011, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12510178>.
- Chaves A. P., & André C. (2008). *A Perceção da Qualidade de Vida da Pessoa com Doença Coronária referenciada à Consulta de Cardiologia do Hospital Distrital de Santarém, EPE*. Santarém. Destacável Científico HDSInForma nº 24.
- Costa A. M., & Duarte E. (2002). *Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquémico (AVCI)*. Brasília. Revista Brasileira das Ciências e Movimento. Volume 10. Nº1. pp. 47-54.

- Cohen, H. (2006). *Neurociência para Fisioterapeutas*. 2 ed. São Paulo, Manole.
- Council of Europe. (2003). Recommendation 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care (online). Consultado a 21 de Janeiro de 2011, disponível em: [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
- Díaz-Tapia V., Gana J., Sobarzo M., Jaramillo-Muñoz A., & Illanes-Díez S. (2008). *Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente vascular cerebral isquémico*. Revista Neurológica. Vol. 46, nº 11, pp 652-655.
- Direcção-Geral da Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*. Lisboa. Lidel.
- Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Circular Normativa nº: 03/DSPCS de 06 de Fevereiro.
- Direcção Geral da Saúde (2001). Direcção de Serviços de Planeamento. Lisboa.
- Edwards, Susan. (2004). *Fisioterapia Neurológica*. 2ª Edição. Loures. Lusociência.
- European Stroke Initiative (2003). Recomendações 3003. *AVC Isquémico. Profilaxia e Tratamento Informação para médicos hospitalares e medicina ambulatoria*. Germany, Sanofi-Synthelabo Boehringer Ingelheim Servier.
- Ferro, J. (2006). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J., & Pimentel, J. *Neurologia – Princípios, Diagnóstico e Tratamento (pp.77-87)*. Lisboa, Lidel.
- Fernandes F., & Santos F. (2010). *Evolução motora e funcional de doentes com AVC nos primeiros três meses após a alta hospitalar*. Revista da Faculdade De Ciências da Saúde. Porto. Edição Universidade Fernando Pessoa. nº7, pp. 426-438.
- Ferreira P. L., & Santana P. (2003). *Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população ativa: contributo para a definição de normas portuguesas*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, da Universidade de Coimbra. Coimbra. Vol. 21, nº2.

- Figueiredo M. M., Barbosa M. C & Moreira M. C. (2005). *Avaliação de um manual e exercícios domiciliares para pacientes externos de um ambulatório de bloqueio neuromuscular*. Belo Horizonte. *Ata Fisiátrica*. Vol. 12, nº 1, pp 7-10.
- Ferraz C. M. (2003) “ *A família do doente com AVC e a alta hospitalar – Papel do enfermeiro na gestão da adaptação nas freguesias de Alduar e Ramalde (Porto)*”. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. 3ª Edição. Loures: Lusociência.
- Gangoiti I., & Villafruela M. (2010). *Instauración de la rehabilitación más apropiada después de un ictus*. Madrid. Sociedad Española de Diabetes. *Av Diabetol*. Vol. 24, pp. 414-418.
- Garanhan M. R., , Alves F. J., Fugisawa D. S., & Garanhan M. L. (2011). *Adaptação da pessoa após acidente vascular encefálico e seu cuidador: ambiente domiciliar, cadeira de rodas e de banho*. Londres. *Ata Fisiátrica*. Vol. 17, nº 4, 164 – 168.
- Gillen G., & Burkhardt A. (2011). *Stroke Rehabilitation: A Function-Based Approach*. Third Edition. New York. Elsevier Mosby.
- Godinho, F. (2010). *Enfermagem de Reabilitação no Domicílio. Que benefícios?* Torres Vedras, UCC Torres Vedras.
- Gomes B. M., Nardoni G. C., Lopes P. G., & Godoy E. (2006). *O efeito da técnica de reeducação postural global em um paciente com hemiparesia após acidente vascular encefálico*. Belo Horizonte. *Ata Fisiátrica*. Vol. 13, nº 2, pp 103-108.
- Gonzalez R., Hirsch J., Koroshetz W., Lev M., & Schaefer P. (2006). *Acute Ischemic Stroke - Imaging and Intervention*. Germany. Springer Berlin Heidelberg.
- Greer, D. M. (2007). *Acute Ischemic Stroke - An Evidence-based Approach*. Canada. John Wiley & Sons.

- Guimarães J. F. (2005). *Efeito da Utilização da Técnica de Bandagem Funcional do Tornozelo sobre o Equilíbrio*. Trabalho apresentado para obtenção do título de Graduação em Fisioterapia à Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel.
- Hadi Manji H., Connolly S., Dorward N., Kitchen N., Mehta A., & Wills A. (2010). *Oxford American Handbook of Neurology*. New York. Oxford University Press.
- Harrison, T. et al (2002). *Medicina Interna*. Rio de Janeiro. Vol. 2. Ed. McGraw-Hill.
- Hoeman, Sheirley. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo*. 2ª Edição. Loures. Lusociência.
- Imaginário, Cristina. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar – Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal*. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Instituto Nacional de Estatística. O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Consultado a 07 de Dezembro de 2012, disponível em: http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. Projeções de população residente em Portugal 2008-60. [Online]. Consultado a 21 de Janeiro de 2011, disponível em:
[URL:http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y;](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y;)
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Jardim, A. J. (2008). *Projecto de Auto-formação na área de reabilitação em relação à adaptação do utente e família à situação de AVC em contexto de domicílio*. Consultado a 21 de Janeiro de 2011, disponível em: <http://www.citma.pt/Uploads/Sabina%20Alves%20Jardim.pdf>.
- King A., White D., McKinstry R., Noetzel M., & Baun, M. (2008). *A pilot randomized education rehabilitation trial is feasible in sickle cell and strokes*.

Washington University School of Medicine, Neurology. vol. 68, pp. 2008–2011.

- Lacerda, M. R. (2000). *Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira*. Trabalho apresentado para obtenção do título de Doutorado à Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
- Leal, F. L. (2001). *Intervenção de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. Enfermagem em Neurologia*. Coimbra, Formasau. pp. 131-151.
- Lee, C., Folsom, R.; Blair, N. (2003). Physical activity and stroke risk: A meta-analysis. Consultado a 21 de Janeiro de 2011, disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/34/10/2475.short>.
- Legg L, et al (2004). *Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised controlled trials*. Lancet. pp. 352–356.
- Lehman, Linda., Orsini, Maria., Fuzikawa, Priscila., Lima, Ronise., Gonçalves, Soraya. (1997). *Avaliação Neurológica Simplificada*. Belo Horizonte. ALM International.
- Lennon S. (2003). *Physiotherapy practice in stroke rehabilitation: a Survey*. Northern Ireland. EBSCO Publishing.
- Lennon S., & Ashburnoe A. (2000). *The Bobath concept in stroke rehabilitation: a focus group study of the experienced physiotherapists' perspective*. Northern Ireland. Taylor & Francis. Vol. 22, nº. 15, pp. 665 – 674.
- Lima, C. (2006). “*Adaptação Transcultural do Stroke Specific Quality Life – SSQOL: Um instrumento específico para avaliar a qualidade de vida de hemiplégicos*”. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Lima, C. (2003). *A mulher acometida de acidente vascular cerebral – Cuidados de enfermagem no processo de reabilitação*. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará.

- Lopes B. M. (2009). “A influência de um programa de treino propriocetivo no equilíbrio de indivíduos com Síndrome de Down”. Dissertação de mestrado apresentado à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Porto.
- Lopes C. (2000). *O AVC no idoso: Prevenção e Reabilitação*. Trofa. Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral.
- Louro P. J. (2010). “Acidente Vascular Cerebral na Infância e Adolescência”. Dissertação de mestrado apresentado à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Covilhã.
- Louro M. C. C. (2009). “Cuidados Continuados no Domicílio”. Dissertação de Doutoramento apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Porto.
- Mahoney, F. I., Barthel, D. W. (1965). *Functional evaluation: the Barthel Index*. Maryland State Medical Journal.
- Marques C., André C., & Rosso A. (2008). *Disfagia no AVE agudo: revisão sistemática sobre métodos de avaliação*. Rio de Janeiro. Ata Fisiátrica. Vol. 15, nº 2, pp. 106 – 110.
- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família – O Doente com AVC*. Coimbra, Formasau.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de Vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra, Formasau.
- Mathers C., Bernard, K., Inoue D., Shibuya K., Stein N., & Tomijima H. (2010). *Carga Global da Doença: Fontes de Dados, métodos e resultados*. OMS. Consultado a 21 de Janeiro de 2011, disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html>
- Maki T., Quagliato E., Cacho E., Paz L., Nascimento N., & Inoue M. (2006). *Estudo de Confiabilidade da Aplicação da Escala de Fugl-Meyer na Brasil. Brasil*. Revista Brasileira de Fisioterapia. Vol. 10, nº 2. pp. 177-183.
- Mendes M. L. (2004). “Mudanças Familiares ao Ritmo da Doença - As Implicações da Doença Crónica na Família e no Centro de Saúde”. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. Braga.

- Menoita, E. C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Loures, Lusociência.
- Ministério da Saúde. (2011). *Avaliação do Plano Regional de Saúde do Norte 2009-2010*. Administração de Saúde do Norte.
- Morão G., Nascimento L., Adam G., Salmela T., Paiva C., Lopes T., et al. (2007). *Influência do fortalecimento muscular no desempenho motor do membro superior parético de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico*. Belo Horizonte. *Ata Fisiátrica*. Vol. 15, nº 4. pp. 245 – 248.
- Moraes, João. (2010). *Preparação do regresso a casa: Do hospital ao Contexto Familiar*. Dissertação de mestrado apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Porto.
- Moura, E. W.; Campo e Silva, P. (2005). *Fisioterapia – Aspectos clínicos e práticos da reabilitação*. São Paulo, Editora Artes Médicas, Lda.
- National Ataxia Foundation, Diagnosis of Ataxia. (2012). Consultado a 09 de Dezembro de 2012, disponível em: <http://www.ataxia.org/learn/ataxia-diagnosis.aspx#what-is-ataxia>.
- Neto M. G. (2007). *“Aplicação da Escala de Qualidade de Vida Específica para AVE (EQVE-AVE) em Hemiplégicos Agudos: Propriedades Psicométricas e sua Correlação com a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde”*. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física. Belo Horizonte.
- Neto I. G. (2009). *“É ainda muito escassa a referenciação dos doentes com AVC para os Cuidados Paliativos”*. Lisboa. *O Jornal da Medicina Portuguesa*. Edição nº 3023.
- Neto, O. M. (s.d). *No Brasil, o AVC é um grande Tsunami*. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.
- Nogueira A. N. (2006). *Famílias Convivendo com um Portador de Acidente Vascular Cerebral: Uma proposta de Cuidado Baseada em Imogene King*. Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Vale do Itajai. Brasil.

- O'Sullivan, Susan B.; Schmitz, Thomas J. (2000). *Fisioterapia – Avaliação e tratamento* (2ª Edição). São Paulo: Editora Manole, Lda.
- OMS (2003). *Acidente Vascular Cerebral: Um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde*. Porto Alegre, Artmed Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Dia Nacional do Doente com Acidente Vascular Cerebral: Texto da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – 31.Março.2009*. Acedido em 21 de Janeiro de 2009, disponível em: www.ordemenfermeiros.pt.
- Paixão T. C., & Silva, L. D. (2009). *As Incapacidades físicas de pacientes com AVC: Ações de Enfermagem*. Rio de Janeiro. Revista eletrónica quadrimestral de Enfermaria. nº 15.
- Paredes T., Simões M., Canavarro M., & Serra A. (2008). *Impacto da Doença Crónica na Qualidade de Vida*. Psicologia, Saúde & Doenças. Vol. 9, nº 1, pp. 73-87.
- Pereira S., Coelho F., & Barros H. (2004). *AVC - Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico - Serviço de Higiene e Epidemiologia*. Faculdade de Medicina do Porto. Ata Médica, vol. 17, pp. 187-192.
- Pereira, S., Coelho, F. B., & Barros, H. (2004). *Acidente Vascular Cerebral – Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico*. Acta Med Port, vol. 17, pp. 187-192.
- Pereira S., Coelho F., & Barros H. (2004). *Acidente Vascular Cerebral - Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico - Serviço de Higiene e Epidemiologia*.
- Perline N. M., & Faro A. C. (2005). *Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar*. São Paulo. Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. Vol. 39, pp. 154-63.
- Pestana M. H., Gageiro J, N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo. 4ª Edição;
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado – Conceito Central da Enfermagem* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.

- Phipps, W. J. Et al (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Loures. 6º edição. Editora Lusociência.
- Phipps, W. J. et al (1995). *Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Lisboa, I vol. 2ª edição. Editora Lusodidata.
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. 5ª ed. México: Mc Graw-Hill, Interamericana.
- Portugal (2005). Direcção-Geral da Saúde - Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração: Relatório Preliminar. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Portugal (2004). Circular Normativa. nº 7/DSPCS de 28/04/2004.
- Portugal (2001). Constituição da República Portuguesa. Porto Editora.
- Portugal (1999). Sub-Região de Saúde de Lisboa. Equipa Sub-Regional de Cuidados Continuados - Cuidados Continuados e Apoio Social.
- Rebelatto, J. R.; Morelli, J. G. (2004). *Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. Brasil. Manole, 2004.
- Resque A. P., & Sena M. (2008). *Acidente Vascular Cerebral Isquémico*. São Paulo. Artmed/Panamericana Editora.
- Ringbaek T.J., Broendum E., Hemmingsen L., Lybeck K., Nielsen D., Andersen C. et al (2000) *Rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Exercise twice a week is not sufficient* Respiratory Medicine 94(2), 150-154.
- Rocha S. I. M. (2008). *Doença Cerebrovascular Isquémica Aguda – Avaliação de Protocolos de Trombólise*. Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Covilhã.
- Ropper A, Samuels MA. (2009). *Cerebrovascular diseases. Adams and Victor's Principles of Neurology*. 9th ed. New York (USA). McGraw Hill.
- Salmela L., Oliveira E., Santana E., & Resende G. (2000). *Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos*. Universidade Federal de Minas Gerais. Ata Fisiátrica. Vol. 7, nº3, pp. 108-118.

- Santos A. (2007). *Validação da escala de avaliação da qualidade de vida na doença cérebro vascular isquémica para a língua portuguesa*. Dissertação de Doutoramento apresentado à Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Silva E. J. (2010). *“Reabilitação após o AVC”*. Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Medicina do Porto. Porto.
- Simões, Carlos. (2008). *Paraplegia: Prevalência, Etiologia e Processo de Reabilitação*. Dissertação de Mestrado em Educação - Área de Especialização em Educação para a Saúde apresentada à Universidade do Minho.
- Simões, Silvia & Grilo, Eugénia. (2012) *Cuidados e cuidadores: O contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral*. Revista de Saúde Amato Lusitano, vol. 31, pp. 18-23.
- Sobrinho, José. (1992). *Hemiplegia – Reabilitação*. São Paulo. Atheneu
- Soriano F. F., & Baraldi K. (2010). *Escalas de Avaliação Funcional aplicáveis a pacientes pós Acidente Vascular Encefálico*. São Paulo. Revista ConScientiae Saúde. Vol. 9, nº 3. pp. 521-530.
- [Streubert, H.,](#) [Carpenter, D.](#) (1999). [Pesquisa Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista](#). Loures, Lusociência.
- Sue R., Meadows L., & Mary L. (2009). *Bobath Concept - Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation*. USA. Wiley- Blackwell.
- Swaine, B., & Sullivan S. (1993). *Reliability of Scores for the Finger-to-Nose Test in Adults with Traumatic Brain Injury*. Physical Therapy, vol. 73, nº 2.
- Thomas Truelsen T., Begg S., & Mathers C. (2000). *The global burden of cerebrovascular disease*. Geneva. WHO.
- Trócoli T., & Furtado C. (2009). *Fortalecimento muscular em hemiparéticos crônicos e sua influência no desempenho funcional*. São Paulo. Revista de Neurociências. Vol. 17, 336-341.
- [Umphred, D.,](#) [Carlson, C](#) (2007). *Reabilitação Neurológica Prática*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

- Unidades de AVC (2001): *Recomendação para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, nº 28.
- Viana do Castelo Cidade Saudável (2012). Consultado a 07 de Novembro de 2012, disponível em: http://www.cidadesaudavel.cm-viana-castelo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=153:avc-acidente-vascular-cerebral-&catid=27
- Veríssimo D. C. (2010). *Guia para a Família e Cuidadores Informais - Cuidar da Pessoa após Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa. Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria: Serviço de Neurologia.
- Veríssimo D., Moreira, I. (2004). *Os cuidadores familiares/informais. Cuidar do Doente idoso e dependente em domicílio*. Pensar em enfermagem. vol. 8, nº 1, pp. 20-24;
- WHO, Chronic diseases and health promotion, STEPwise approach to stroke surveillance, 2012. Consultado a 07 de Novembro de 2012, disponível em: <http://www.who.int/chp/steps/stroke/en/index.html>
- Widmaier E. P., Raff H., & Strang K. T. (2003). *Human Physiology: The Mechanisms of Body Function*. 9th Edition. Boston. The McGraw-Hill.
- Wilkinson L., & Lennox G. (2009). *Essential Neurology*. Fourth Edition. USA. Blackwell Publishing.

ANEXOS

ANEXO I

(Plano Individual de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação)

PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO (PIIER):

- Avaliação inicial (Primeira Avaliação)
 1. Explicação da pertinência do estudo;
 2. Preenchimento do consentimento informado;
 3. Recolha dos dados demográficos;
 4. Aplicação da escala de avaliação da força muscular de *Council*;
 5. Aplicação da escala de como de Glasgow;
 6. Planeamento das intervenções de Enfermagem de Reabilitação.

- Fim do 2º Mês (Segunda Avaliação)
 1. Gerir o ambiente físico;
 2. Técnica de relaxamento;
 3. Massagem terapêutica;
 4. Exercícios (rolar, ponte, facilitação cruzada, carga no cotovelo, levante e transferências e auto mobilização);
 5. Mobilizações poliarticulares ativas/assistidas do hemicorpo afetado;
 6. Execução do exercício de mãos e dedos com bolas de resistências diversas;
 7. Transferência de decúbito dorsal para sentado na beira da cama;
 8. Progressão de sentado para de pé;
 9. Treino de equilíbrio;
 10. Execução do exercício de pedaleira membros superiores e inferiores;
 11. Execução do exercício com halteres de 0,5kg;
 12. Treino de marcha em redor do leito e ou mesa;
 13. Atividades de alcance em posição ortostática;

- a) Com o braço não afetado apoiado sobre a base da cama ou na parede, o doente é orientado a subir uma base de 8cm;
- b) O utente é posicionado em frente a uma mesa e é estimulado a realizar atividade de alcance em várias direções. Enquanto prática o alcance com o braço não afetado, a mão afetada é posicionada sobre a mesa realizando descarga de peso.

14. Técnica de alongamentos.

➤ Fim do 3º Mês (Terceira Avaliação)

1. Gerir o ambiente físico;
2. Técnica de relaxamento;
3. Massagem terapêutica;
4. Exercícios (rolar, ponte, facilitação cruzada, carga no cotovelo, levante e transferências e auto mobilização);
5. Mobilizações poliarticulares ativas/resistidas do hemicorpo lesado com braçadeiras de peso 0,5kg;
6. Execução do exercício de mãos e dedos com jogos de apreensão fina;
7. Transferência de decúbito dorsal para sentado na beira da cama;
8. Progressão de sentado para de pé;
9. Treino de equilíbrio;
10. Execução do exercício de pedaleira membros superiores e inferiores com tração;
11. Execução do exercício com halteres de 1kg;
12. Treino de marcha em redor do leito e ou mesa;
13. Atividades de alcance em posição ortostática;
 - a) Com o braço não afetado apoiado sobre a base da cama ou na parede, o doente é orientado a subir uma base de 10 cm;

b) O utente é posicionado em frente a uma mesa e é estimulado a realizar atividade de alcance em várias direções. Enquanto pratica o alcance com o braço não afetado, a mão afetada é posicionada sobre a mesa realizando descarga de peso.

14. Técnica de alongamentos.

ANEXO II

(Questionário Sociodemográfico e clínico – Primeira Parte)

- 1 - Data do AVC ____/____/____
 Data da Alta Clínica ____/____/____
 Data de Início do PERCD ____/____/____

2 - Já tinha sofrido algum AVC?

Sim Não

2.1 - Se sim, deixou sequelas?

Sim Não

2.1.1 - Se sim, quais?

3- Tem dores? (admissão do PERCD)

Sim Não Valor



Tem dores? (fim do 2º mês)
 Sim Não Valor

Tem dores? (fim do 3º mês)
 Sim Não Valor

4 - Sexo

Masculino Feminino

6 - Estado Cívil

Casado (a) Viúvo (a)
 Solteiro (a) União de Fato
 Divorciado (a)

7 - Freguesia de Residência _____

8 - Categoria de AVC Isquémico

Trombótico Embólico Lacunar

9 - Lado da Lesão

Hemisfério Direito Hemisfério Esquerdo Tronco Cerebral/Cerebelo

10 - Necessidade de auxiliar de marcha?

Sim Não

10.1 - Se sim, qual o tipo de auxiliar de marcha?

Andarilho

Canadiana (s)

Outro

11 - Integração Social

Residência		A data de admissão do PERCD
Continua no meio onde vivia?	Sim	
	Não	

12 - Evolução das expectativas

Acredita que vai recuperar?	À data de admissão do PERCD	Ao fim do 2º Mês	Ao fim do 3º Mês
Totalmente			
Muito			
Pouco			
Nada			
Não sabe/ não responder			

ANEXO III

(índice de Barthel – Segunda Parte)

ESCALA DE BARTHEL (Ricardo Loução, 1998)

Evacuar

- 0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);
- 1 = Acidente Ocasional (uma vez por semana);
- 2 = Contínente

Urinar

- 0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer
- 1 = Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas);
- 2 = Contínente (por mais de 7 dias)

Higiene Pessoal

- 0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal
- 1 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Ir à casa de banho

- 0 = Dependente
- 1 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho
- 2 = Independente

Alimentar-se

- 0 = Incapaz
- 1 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..
- 2 = Independente (a comida é providenciada)

Deslocações

- 0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se
- 1 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se
- 2 = Pequena ajuda (verbal ou física)
- 3 = Independente

Mobilidade

- 0 = Imobilizado
- 1 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...
- 2 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 3 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)

Vestir-se

0 = dependente

1 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

2 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 = Incapaz

1 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)

2 = Independente para subir e descer

Tomar banho

0 = Dependente

1 = Independente (ou no chuveiro)

Classificação:

0 - 08 – Dependência Total

09 - 12 – Dependência Grave

13 - 19 – Dependência Moderada

20 – Independência Total

ANEXO IV

(Escala de Fugl-Meyer Adaptada – Terceira Parte)

TESTE	PONTUAÇÃO
I. Movimentação passiva e dor: - ombro: flexão, abdução 90, rot. ext. e int. - cotovelo, punho e dedos: flexão e extensão - antebraço: pronação e supinação - quadril: flexão, abdução, rot. ext. e int. - joelho: flexão e extensão - tornozelo: dorsiflexão e flexão plantar - pé: eversão e inversão Pont. máx: (44 mobilidade) (44 dor)	Mobilidade: 0 - apenas alguns graus de movimento 1 - grau de mobilidade passiva diminuída 2 - grau de movimentação passiva normal Dor: 0 - dor pronunciada durante todos os graus de movimento e dor marcante no final da amplitude 1 - alguma dor 2 - nenhuma dor
II. Sensibilidade: - Exterocepção: membro superior, palma da mão, coxa e sol do pé () Pont. máx: (8) - Proniocepção: ombro, cotovelo, punho, polegar, quadril, joelho, tornozelo e halux () Pont. máx: (16)	0 - anestesia 1 - hipoestesia/diestesia 2 - normal 0 - nenhuma resposta correta (ausência de sensação) 1 - ¼ das respostas são corretas, mas há diferença entre o lado não afetado 2 - todas as respostas são corretas
III. Função motora de membro superior 1 - Motricidade reflexa: bíceps/tríceps () (2)	0 - sem atividade reflexa 2 - atividade reflexa presente
2 - Sinergia flexora: elevação, retração de ombro, abdução + 90, rot. externa, flexão de cotovelo, supinação () Pont. máx: (12)	0 - tarefa não pode ser realizada completamente * 1 - tarefa pode ser realizada parcialmente 2 - tarefa é realizada perfeitamente
3 - Sinergia extensora: adução do ombro, rot. interna, extensão cotovelo, pronação Pont: (8)	+
4 - Movimentos com e sem sinergia: a) mão a coluna lombar () b) flexão de ombro até 90° () c) prono-supinação (cotov. 90° e ombro 0°) () d) abdução ombro a 90° com cotov. estendido e pronado () e) flexão de ombro de 90° a 180° () f) prono-supinação (cotov. estendido e ombro fletido de 30 a 90°) () Pont. máx: (12)	a) + b) 0 - se o início do mov. o braço é abduzido ou o cotovelo é fletido 1 - se na fase final do mov., o ombro abduz e/ou ocorre flexão de cotovelo 2 - a tarefa é realizada perfeitamente c) 0 - Não ocorre posição/o correto do cotovelo e ombro e/ou pronação e supinação não pode ser realizada completa 1 - prono-supino pode ser realizada com ADM limitada e ao mesmo tempo o ombro e o cotovelo estejam corretamente posicionados 2 - a tarefa é realizada completamente d) 0 - não é tolerado nenhuma flexão de ombro ou desvio da pronação do antebraço no INÍCIO do movimento 1 - realiza parcialmente ou ocorre flexão de cotovelo e o antebraço não se mantém pronado na fase TARDIA do movimento 2 - a tarefa pode ser realizada sem desvio e) 0 - o braço é abduzido e cotovelo fletido no início do movimento 1 - o ombro abduz e/ou ocorre flexão de cotovelo na fase final do movimento 2 - a tarefa é realizada perfeitamente f) 0 - Posição não pode ser obtida pelo paciente e/ou prono-supinação não pode ser realizada perfeitamente 1 - atividade de prono-supinação pode ser realizada mesmo com ADM limitada e ao mesmo tempo o ombro e o cotovelo estejam corretamente posicionados 2 - a tarefa é realizada perfeitamente
5 - Atividade reflexa normal: () bíceps / tríceps/ flexor dedos (avalia-se o reflexo somente se o paciente atingiu nota 2 para os itens d), e), f) do item anterior) Pont. máx: (2)	0 - 2 ou 3 reflexos estão hiperativos 1 - 1 reflexo está marcadamente hiperativo ou 2 estão vivos 2 - não mais que 1 reflexo está vivo e nenhum está hiperativo
6 - Controle de punho: a) Cotovelo 90°, ombro 0° e pronação, c/ resistência. (assistência, se necessário) () b) Máxima flexo-extensão de punho, cotov. 90°, ombro 0°, dedos fletidos e pronação (auxílio se necessário) () c) Dorsiflexão com cotovelo a 0°, ombro a 30° e pronação, com resistência (auxílio) () d) Máxima flexo-extensão, com cotov. 0°, ombro a 30° e pronação (auxílio) () e) Circundução () Pont. máx: (10)	a) 0 - o pte não pode dorsifletir o punho na posição requerida 1 - a dorsiflexão pode ser realizada, mas sem resistência alguma 2 - a posição pode ser mantida contra alguma resistência b) 0 - não ocorre mov. voluntário 1 - o pte não move ativamente o punho em todo grau de movimento 2 - a tarefa pode ser realizada c) Idem ao a) d) Idem ao b) e) Idem ao b)

<p>7 - <u>Mão</u>:</p> <p>a) flexão em massa dos dedos ()</p> <p>b) extensão em massa dos dedos ()</p> <p>c) <u>Preensão 1</u>: Art. metacarpofalangeanas (II a V) estendidas e interfalangeanas distal e proximal flexidas. Preensão contra resistência ()</p> <p>d) <u>Preensão 2</u>: O paciente é instruído a aduzir o polegar e segurar um papel interposto entre o polegar e o dedo indicador ()</p> <p>e) <u>Preensão 3</u>: O paciente opõe a digital do polegar contra a do dedo indicador, com um lápis interposto ()</p> <p>f) <u>Preensão 4</u>: Segurar com firmeza um objeto cilíndrico, com a superfície volar do primeiro e segundo dedos contra os demais ()</p> <p>g) <u>Preensão 5</u>: o paciente segura com firmeza uma bola de tênis ()</p> <p>Pont. máx: (14)</p>	<p>a)*</p> <p>b) 0 - nenhuma atividade ocorre</p> <p>1 - ocorre relaxamento (liberação) da flexão em massa</p> <p>2 - extensão completa (comparado com mão não afetada)</p> <p>c) 0 - posição requerida não pode ser realizada</p> <p>1 - a preensão é fraca</p> <p>2 - a preensão pode ser mantida contra considerável resistência</p> <p>d) 0 - a função não pode ser realizada</p> <p>1 - o papel pode ser mantido no lugar, mas não contra um leve puxão</p> <p>2 - um pedaço de papel é segurado firmemente contra um puxão</p> <p>e) 0 - a função não pode ser realizada</p> <p>1 - o lápis pode ser mantido no lugar, mas não contra um leve puxão</p> <p>2 - o lápis é segurado firmemente</p> <p>f) 0 - a função não pode ser realizada</p> <p>1 - o objeto interposto pode ser mantido no lugar, mas não contra um leve puxão</p> <p>2 - o objeto é segurado firmemente contra um puxão</p> <p>g) 0 - a função não pode ser realizada</p> <p>1 - o objeto pode ser mantido no lugar, mas não contra um leve puxão</p> <p>2 - o objeto é segurado firmemente contra um puxão</p>
<p>IV. <u>Coordenação/ Velocidade MS</u>:</p> <p>a) <u>Tremor</u> ()</p> <p>b) <u>Dismetria</u> ()</p> <p>c) <u>Velocidade</u>: index-mais 5 vezes, e o mais rápido que conseguir ()</p> <p>Pont. máx: (6)</p>	<p>a) 0 - tremor marcante/ 1 - tremor leve/ 2 - sem tremor</p> <p>b) 0 - dismetria marcante/ 1 - dismetria leve/ 2 - sem dismetria</p> <p>c) 0 - 6 seg. mais lento que o lado não afetado/ 1 - 2 a 5 seg. mais lento que o lado não afetado/ 2 - menos de 2 segundos de diferença</p>
<p>V. <u>Função motora membro inferior</u>:</p> <p>Motricidade Reflexa</p> <p>A) Aquiles () B) Patelar () (4)</p> <p>1 - <u>Motricidade reflexa</u>:</p> <p>Patelar e aquiles/ adutor () (2)</p>	<p>0 - sem atividade reflexa</p> <p>2 - atividade reflexa pode ser avaliada</p> <p>0 - 2 ou 3 reflexos estão marcadamente hiperativos</p> <p>1 - 1 reflexo está hiperativo ou 2 estão vivos</p> <p>2 - não mais que 1 reflexo está vivo</p>
<p>2 - <u>Sinergia flexora</u>: flexão quadril, joelho e dorsoflexão (dsc. dorsal) ()</p> <p>Pont. máx: (6)</p>	<p>+</p>
<p>3 - <u>Sinergia extensora</u>: extensão de quadril, adução de quadril, extensão de joelho, flexão plantar ()</p> <p>Pont. máx: (8)</p>	<p>+</p>
<p>4 - <u>Mov. com e sem sinergias</u>:</p> <p>a) a partir de leve extensão de joelho, realizar uma flexão de joelho além de 90° (sentado) ()</p> <p>b) Dorsoflexão do tornozelo (sentado) ()</p> <p>c) Quadril a 0°, realizar a flexão de joelho mais que 90° (em pé) ()</p> <p>d) Dorsoflexão do tornozelo (em pé) ()</p> <p>Pont. máx: (8)</p>	<p>a) 0 - sem movimento ativo</p> <p>1 - o joelho pode ativamente ser flexido até 90° (palpar os tendões dos flexores do joelho)</p> <p>2 - o joelho pode ser flexido além de 90°</p> <p>b) *</p> <p>c) 0 - o joelho não pode ser flexido se o quadril não é flexido simultaneamente</p> <p>1 - inicia flexão de joelho sem flexão do quadril, porém não atinge os 90° de flexão de joelho ou flete o quadril durante o término do movimento.</p> <p>2 - a tarefa é realizada completamente</p> <p>d) *</p>
<p>VI. <u>Coordenação, velocidade MS</u>:</p> <p>a) Tremor ()</p> <p>b) Dismetria ()</p> <p>c) Velocidade: calcular-joelho 5 vez () (dsc. Dorsal) Pont. máx: (6)</p>	<p>a) 0 - tremor marcante/ 1 - tremor leve/ 2 - sem tremor</p> <p>b) 0 - dismetria marcante/ 1 - dismetria leve/ 2 - sem dismetria</p> <p>c) 0 - 6 seg. mais lento que o lado não afetado/ 1 - 2 a 5 seg. mais lento que o lado afetado/ 2 - menos de 2 segundos de diferença</p>
<p>VII. <u>Equilíbrio</u>:</p> <p>a) Sentado sem apoio e com os pés suspensos ()</p> <p>b) Reação de para-quedas no lado não afetado ()</p> <p>c) Reação de para-quedas no lado afetado ()</p> <p>d) Manter-se em pé com apoio ()</p> <p>e) Manter-se em pé sem apoio ()</p> <p>f) Apoio único sobre o lado não afetado ()</p> <p>g) Apoio único sobre o lado afetado ()</p> <p>Pont. máx: (14)</p>	<p>a) 0 - não consegue se manter sentado sem apoio/ 1 - permanece sentado sem apoio por pouco tempo/ 2 - permanece sentado sem apoio por pelo menos 5 min. e regula a postura do corpo em relação a gravidade</p> <p>b) 0 - não ocorre abdução de ombro, extensão de cotovelo para evitar a queda/ 1 - reação de para-quedas parcial/ 2 - reação de para-quedas normal</p> <p>c) idem a b)</p> <p>d) 0 - não consegue ficar de pé/ 1 - de pé com apoio máximo de outros/ 2 - de pé com apoio mínimo por 1 min</p> <p>e) 0 - não consegue ficar de pé sem apoio/ 1 - pode permanecer em pé por 1 min e sem oscilação, ou por mais tempo, porém com alguma oscilação/ 2 - toma equilíbrio, pode manter o equilíbrio por mais que 1 minuto com segurança</p> <p>f) 0 - a posição não pode ser mantida por mais que 1-2 seg (oscilação)/ 1 - consegue permanecer em pé, com equilíbrio, por 4 a 9 segundos/ 2 - pode manter o equilíbrio nesta posição por mais que 10 segundos</p> <p>g) 0 - a posição não pode ser mantida por mais que 1-2 segundos (oscilação)</p> <p>1 - consegue permanecer em pé, com equilíbrio, por 4 a 9 segundos</p> <p>2 - pode manter o equilíbrio nesta posição por mais que 10 segundos</p>

ANEXO V

(Escala de Fugl-Meyer adaptada pelo autor do estudo e pelo orientador do campo de estágio)

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Nº

DATA	TESTES	DISMETRIA			TREMOR			VELOCIDADE (sg)			CICLOS (n)	Tremor: 0 - tremor marcante; 1 - tremor leve; 2 - sem tremor
		2	1	0	2	1	0	2	1	0		
COORDENAÇÃO/VELOCIDADE MEMBRO SUPERIOR (pontuação máxima de 6 pontos)												
	Indez-nariz										5 vezes o mais rápido que conseguir	Velocidade: 0 - 6 seg mais que o lado não afetado; 1 - 2 a 5 seg mais lento que o lado afetado; 2 - menos de 2 seg de diferença.
COORDENAÇÃO/VELOCIDADE MEMBRO INFERIOR (pontuação máxima de 6 pontos)												
	Movimento Alternados Rápidos do MI (calcanhar/joelho)										5 vezes o mais rápido que conseguir	Dismetria: 0 - dismetria marcante; 1 - dismetria leve; 2 - sem dismetria
EQUILIBRIO												
		2	1	0	Pontuação máxima de 14 pontos							
	a) Sentado sem apoio e com os pés suspensos				a) 0 - não consegue se manter sentado sem apoio; 1 - permanece sentado sem apoio por pouco tempo; 2 - permanece sentado sem apoio por pelo menos 5 min. e regula a postura do corpo em relação à gravidade							
	b) Reação de pára quedas no lado não afetado				b) 0 - não ocorre abdução de ombro, extensão de cotovelo para evitar a queda; 1 - reação de pára-quedas parcial; 2 - reação para quedas normal.							
	c) Reação de pára quedas no lado afetado				c) igual à alinea b							
	d) Manter-se em pé com apoio				d) 0 - não consegue ficar de pé; 1 - de pé com apoio máximo de outros; 2 - de pé com apoio mínimo de 1 min.							
	e) Manter-se em pé sem apoio				e) 0 - não consegue ficar de pé sem apoio; 1 - pode permanecer de pé por 1 min. E sem oscilação, ou por mais tempo, porém com alguma oscilação; 2 - bom equilíbrio, pode manter o equilíbrio por mais que 1 min. Com segurança.							
	f) Apoio único sobre o lado não afectado				f) 0 - a posição não pode ser permantida por mais que 1-2 seg (oscilação); 1 - consegue permanecer em pé, com equilíbrio, por 4 a 5 segundos; 2 - pode manter o equilíbrio nesta posição por mais que 10 seg.							
	g) Apoio único sobre o lado afectado				g) 0 - a posição não pode ser mantida por mais que 1-2 segundos (oscilação); 1 - consegue permanecer em pé, por 4 a 9 seg; 2 - pode manter o equilíbrio nesta posição por mais que 10 seg.							

ANEXO VI

(Testes de coordenação/velocidade do MS, MI e equilíbrio)

TESTES COORDENATIVO/VELOCIDADE E EQUILIBRIO

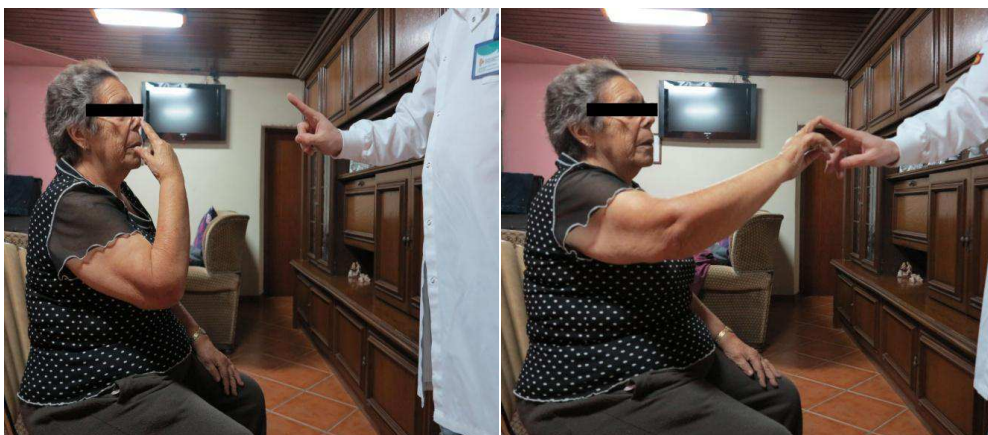


Figura 1 - Teste coordenativo/velocidade índice/nariz.



Figura 2 - Teste coordenativo/velocidade movimentos alternados rápidos do membro inferior, calcânhar/joelho.



Figura 3 - Teste de equilíbrio sentado e com os pés suspensos.



Figura 4 - Teste reação de para-quedas no lado não afetado e reação de para-quedas no lado afetado.



Figura 5 - Teste de equilíbrio manter-se em pé com apoio.



Figura 6 - Teste de equilíbrio manter-se em pé sem apoio.



Figura 7 - Teste de equilíbrio de apoio único sobre o lado não afetado.



Figura 8 - Teste de equilíbrio de apoio único sobre o lado afetado.

ANEXO VII

(Consentimento Informado)

Termo de Consentimento Informado

Pelo presente instrumento, declaro que fui suficientemente esclarecido(a) pelo Enfermeiro Joaquim Almeida responsável pelo estudo sobre os procedimentos inerentes ao Programa de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Domiciliário a que me vou submeter. Tomei conhecimento do principal objetivo do estudo, reconhecendo que esta investigação pretende verificar qual influência na aplicação de um Programa de Enfermagem de Reabilitação em Contexto Domiciliário, em pessoas que sofreram um Acidente Vascular Cerebral Isquémico pertencentes ao Concelho da Região Norte.

Declaro também que fui informado(a) de algumas orientações que devo seguir, nomeadamente se estiver a frequentar fisioterapia convencional.

Estou também consciente que o tratamento exige uma frequência assídua para que alcance os melhores resultados e que tenho total autonomia para decidir a qualquer momento sobre a minha desistência na participação desta investigação.

Sendo assim, manifesto expressamente a minha concordância e o meu consentimento para a realização dos procedimentos acima descritos.

Local e data _____

Nome e assinatura do paciente (ou representante legal)

ANEXO VIII

(Teste de Wilcoxon)

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Escala de faces. Fim do 2º mês após PERCD. - Escala de faces. Início do PERCD.	Negative Ranks	7 ^a	4,00	28,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	1 ^c		
	Total	8		
Escala de faces. Fim do 3º mês após PERCD. - Escala de faces. Início do PERCD.	Negative Ranks	8 ^d	4,50	36,00
	Positive Ranks	0 ^e	,00	,00
	Ties	0 ^f		
	Total	8		
Escala de faces. Fim do 3º mês após PERCD. - Escala de faces. Fim do 2º mês após PERCD.	Negative Ranks	5 ^g	3,00	15,00
	Positive Ranks	0 ^h	,00	,00
	Ties	3 ⁱ		
	Total	8		

- a. Escala de faces. Fim do 2ª mês após PERCD. <Escala de faces. Início do PERCD
- b. Escala de faces. Fim do 2ª mês após PERCD.> Escala de faces. Início do PERCD
- c. Escala de faces. Fim do 2ª mês após PERCD. = Escala de faces. Início do PERCD
- d. Escala de faces. Fim do 3º mês após PERCD. < Escala de faces. Início do PERCD
- e. Escala de faces. Fim do 3º mês após PERCD.> Escala de faces. Início do PERCD
- f. Escala de faces. Fim do 3º mês após PERCD. = Escala de faces. Início do PERCD
- g. Escala de faces. Fim do 3º mês após PERCD. < Escala de faces. Fim do 2ª mês após PERCD
- h. Escala de faces. Fim do 3º mês após PERCD.> Escala de faces. Fim do 2ª mês após PERCD
- i. Escala de faces. Fim do 3º mês após PERCD. = Escala de faces. Fim do 2ª mês após PERCD

Test Statistics^b

	Escala de faces. Fim do 2º mês de PERCD. - Escala de faces. Início do PERCD	Escala de faces. Fim do 3º mês após PERCD. - Escala de faces. Início do PERCD	Escala de faces. Fim do 3º mês após PERCD. - Escala de faces. Fim do 2º mês após PERCD.
Z	-2,460 ^a	-2,565 ^a	-2,236 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,014	,010	,025

- a. Based on positive ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Barthel(fim do 2º mês do PERCD) - Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
Barthel(fim do 2º mês do PERCD) - Positive Ranks	8 ^b	4,50	36,00
Barthel(inicio do PERCD) - Ties	0 ^c		
Total	8		
Barthel(fim do 3º mês do PERCD) - Negative Ranks	0 ^d	,00	,00
Barthel(fim do 3º mês do PERCD) - Positive Ranks	8 ^e	4,50	36,00
Barthel(inicio do PERCD) - Ties	0 ^f		
Total	8		
Barthel(fim do 3º mês do PERCD) - Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
Barthel(fim do 3º mês do PERCD) - Positive Ranks	8 ^h	4,50	36,00
Barthel(fim do 2º mês do PERCD) - Ties	0 ⁱ		
Total	8		

- a. Barthel (fim do 2º mês do PERCD) < Barthel (inicio do PERCD)
- b. Barthel (fim do 2º mês do PERCD) > Barthel(inicio do PERCD)
- c. Barthel (fim do 2º mês do PERCD) = Barthel(inicio do PERCD)
- d. Barthel (fim do 3º mês do PERCD) < Barthel (inicio do PERCD)
- e. Barthel (fim do 3º mês do PERCD) > Barthel(inicio do PERCD)
- f. Barthel (fim do 3º mês do PERCD) = Barthel(inicio do PERCD)
- g. Barthel (fim do 3º mês do PERCD) < Barthel(fim do 2º mês do PERCD)
- h. Barthel (fim do 3º mês do PERCD) > Barthel(fim do 2º mês do PERCD)
- i. Barthel (fim do 3º mês do PERCD) = Barthel(fim do 2º mês do PERCD)

Test Statistics^b

	Barthel (fim do 2º mês do PERCD) - Barthel(inicio do PERCD)	Barthel (fim do 3º mês do PERCD) - Barthel(inicio do PERCD)	Barthel (fim do 3º mês do PERCD) - Barthel(fim do 2º mês do PERCD)
Z	-2,524 ^a	-2,524 ^a	-2,546 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,012	,012	,011

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Acredita que vai recuperar. Fim do 2º mês após o PERCD - Acredita que vai recuperar. À data da admissão do PERCD	Negative Ranks	5 ^a	3,00	15,00
	Positive Ranks	0 ^b	,00	,00
	Ties	0 ^c		
	Total	5		
Acredita que vai recuperar. Fim do 3º mês após o PERCD. - Acredita que vai recuperar. À data da admissão do PERCD	Negative Ranks	5 ^d	3,00	15,00
	Positive Ranks	0 ^e	,00	,00
	Ties	0 ^f		
	Total	5		
Acredita que vai recuperar. Fim do 3º mês após o PERCD. - Acredita que vai recuperar. Fim do 2º mês após o PERCD	Negative Ranks	1 ^g	1,00	1,00
	Positive Ranks	0 ^h	,00	,00
	Ties	7 ⁱ		
	Total	8		

a. Acredita que vai recuperar. Fim do 2º mês após o PERCD < Acredita que vai recuperar. À data da admissão do PERCD

b. Acredita que vai recuperar. Fim do 2º mês após o PERCD > Acredita que vai recuperar. À data da admissão do PERCD

c. Acredita que vai recuperar. Fim do 2º mês após o PERCD = Acredita que vai recuperar. À data da admissão do PERCD

d. Acredita que vai recuperar. Fim do 3º mês após o PERCD. < Acredita que vai recuperar. À data da admissão do PERCD

e. Acredita que vai recuperar. Fim do 3º mês após o PERCD. > Acredita que vai recuperar. À data da admissão do PERCD

f. Acredita que vai recuperar. Fim do 3º mês após o PERCD. = Acredita que vai recuperar. À data da admissão do PERCD

g. Acredita que vai recuperar. Fim do 3º mês após o PERCD. < Acredita que vai recuperar. Fim do 2º mês após o PERCD

h. Acredita que vai recuperar. Fim do 3º mês após o PERCD. > Acredita que vai recuperar. Fim do 2º mês após o PERCD

i. Acredita que vai recuperar. Fim do 3º mês após o PERCD. = Acredita que vai recuperar. Fim do 2º mês após o PERCD

Test Statistics ^b			
	Acredita que vai recuperar. Fim do 2º mês após o PERCD - Acredita que vai recuperar. Á data da admissão do PERCD	Acredita que vai recuperar. Fim do 3º mês após o PERCD. - Acredita que vai recuperar. Á data da admissão do PERCD	Acredita que vai recuperar. Fim do 3º mês após o PERCD. - Acredita que vai recuperar. Fim do 2º mês após o PERCD
Z	-2,070 ^a	-2,070 ^a	-1,000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,038	,038	,317

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
fulg_total (fim do 2º mês após o PERCD) - fulg_total (inicio do PERCD)	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	4 ^b	2,50	10,00
	Ties	4 ^c		
	Total	8		
fulg_total2 - fulg_total(inicio do PERCD)	Negative Ranks	0 ^d	,00	,00
	Positive Ranks	8 ^e	4,50	36,00
	Ties	0 ^f		
	Total	8		
fulg_total2 - fulg_total (fim do 2º mês após o PERCD)	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	8 ^h	4,50	36,00
	Ties	0 ⁱ		
	Total	8		

a. fulg_total (fim do 2º mês após o PERCD) < fulg_total (inicio do PERCD)

b. fulg_total (fim do 2º mês após o PERCD) > fulg_total (inicio do PERCD)

c. fulg_total (fim do 2º mês após o PERCD) = fulg_total (inicio do PERCD)

d. fulg_total (fim do 3º mês após o PERCD) < fulg_total (inicio do PERCD)

e. fulg_total (fim do 3º mês após o PERCD) > fulg_total (inicio do PERCD)

f. fulg_total (fim do 3º mês após o PERCD) = fulg_total (inicio do PERCD)

g. fulg_total (fim do 3º mês após o PERCD) < fulg_total (fim do 2º mês após o PERCD)

h. fulg_total (fim do 3º mês após o PERCD) > fulg_total (fim do 2º mês após o PERCD)

i. fulg_total (fim do 3º mês após o PERCD) = fulg_total (fim do 2º mês após o PERCD)

Test Statistics ^b			
	fulg_total (fim do 2º mês após o PERCD) - fulg_total (inicio do PERCD)	fulg_total (fim do 3º mês após o PERCD) - fulg_total (inicio do PERCD)	fulg_total (fim do 3º mês após o PERCD) - fulg_total (fim do 2º mês após o PERCD)
Z	-1,841 ^a	-2,546 ^a	-2,552 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,066	,011	,011

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

ANEXO IX

(Exercícios de acordo com o plano individual de intervenção de enfermagem de
reabilitação)

**EXERCÍCIOS DE ACORDO COM O PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO
DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**



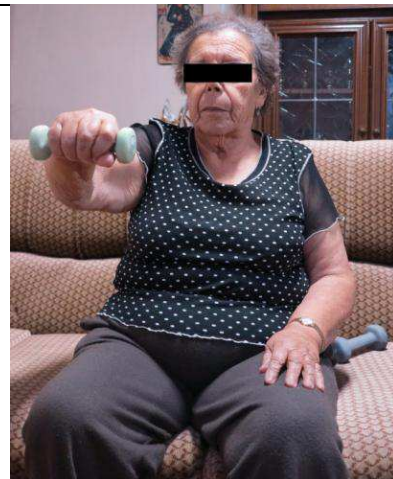
Exercício com bola de resistência 1.



Exercício com bola de resistência 2.



Exercício com bola de resistência 3.



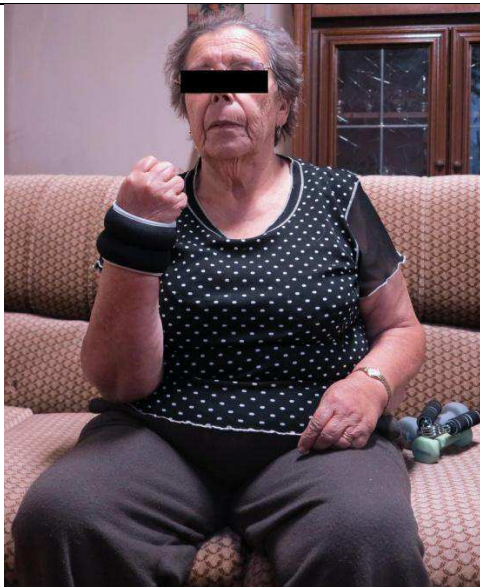
Exercício de haltere de peso 0,5 kg.



Exercício de haltere de peso 1 kg.



Exercício com mola de resistência.



Exercício com braçadeira de mão de 0,5 kg.



Exercício com braçadeira de perna de 1kg



Exercício de subir uma base de 8cm
(inicial).



Exercício de subir uma base de 8cm
(final).



Exercício de subir uma base de 10cm
(inicial)



Exercício de subir uma base de 10cm
(final)



Exercício de pedaleira membros inferiores



Exercício de pedaleira membros superiores



Exercício e estimulado a atividades coordenativas lado não afetado.



Exercício e estimulado a atividades coordenativas lado afetado.



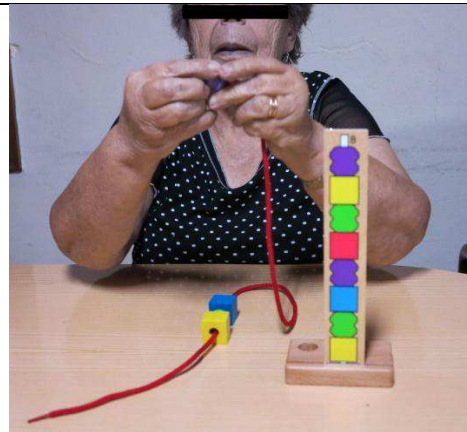
Exercício de atividade de alcance em várias direções (1).



Exercício de atividade de alcance em várias direções (2).



Exercício de preensão fina (1).



Exercício de preensão fina (2).



Mobilização articular ativa/assistida do ombro, extensão.



Mobilização articular ativa/assistida do ombro, abdução.



Mobilização articular ativa assistida do ombro, rotação externa superior.



Mobilização articular ativa assistida da anca, flexão.



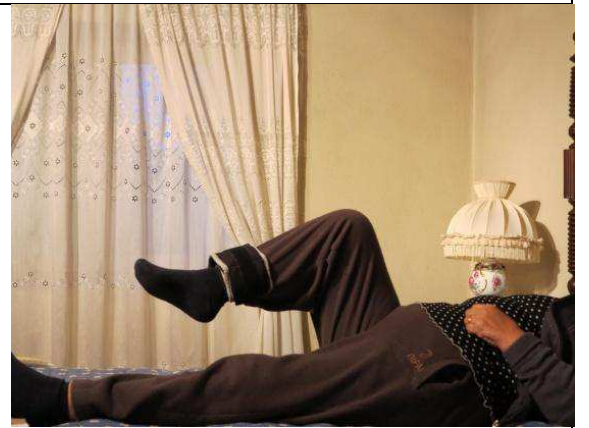
Mobilização articular ativa/assistida da anca, abdução.



Mobilização articular ativa/assistida da anca, rotação externa.



Mobilização articular ativa/resistida da anca, extensão.



Mobilização articular ativa/resistida da anca, flexão.



Mobilização articular ativa/resistida do ombro, flexão.



Transferência de decúbito dorsal para sentado na beira da cama.



Final da transferência de decúbito dorsal para sentado na beira da cama.



Sentado na beira da cama com apoio.



Transferência de sentado para de pé com apoio.



Início do trino de marcha com apoio do lado afetado.



Marcha em redor da mesa sem apoio (1).



Marcha em redor da mesa sem apoio (2).

