

1 – INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o seu impacto na vida das pessoas, está finalmente a sedimentar o merecido reconhecimento, quer como evento agudo quer como uma doença crónica. O interesse repentino no status do AVC deve-se ao impacto que esta entidade clínica gera no indivíduo, na sua família, nos serviços de saúde e na própria sociedade. A preocupação investigativa do presente estudo surge exactamente pela inquietação que a doença vascular cerebral representa em si mesma, não apenas pela panóplia de consequências negativas geradas no doente, como também pelo encargo que traz aos seus cuidadores.

Na generalidade a ciência esforça-se por tornar inteligível o mundo da experiência humana. Já a ciência de enfermagem, esforça-se por tornar inteligível o conhecimento do homem e do seu mundo, na parte que se reveste de significado especial para o seu campo de acção (Elhart, 1983 *cit in* Carvalho, 1996). Desta forma, é da responsabilidade do enfermeiro, nomeadamente, especialista em reabilitação averiguar as melhores evidências científicas a nível da qualidade de cuidados nesta área, para também, pela sua responsabilidade profissional e ética, prestar cuidados especializados nos três níveis de prevenção de modo a evitar a doença, reduzir a incapacidade quando surge e a minorar à posteriori a desvantagem do doente vítima de AVC perante a sociedade. Torna-se imperativo ter um conhecimento detalhado e actual nesta matéria, sob as várias perspectivas, para que os potenciais beneficiários se tornem alvo de eficiente reabilitação centrada na adaptação à inaptidão, cujos objectivos major são conseguir a maior independência na realização das actividades de vida diária (AVD's) e na reacquirição de funções executivas compatíveis com uma qualidade de vida que minore os handicaps que restringem o indivíduo na participação das diferentes dimensões que o envolvem.

O cérebro é totalmente responsável pela inteligência, personalidade, humor e pelas características que nos individualizam e levam os nossos semelhantes a reconhecerem-nos como humanos. A perda da função cerebral pode ser desumanizante, tornando-nos dependentes de outros (Caplan, 2009).

E o que poderia ser pior do que a repentina incapacidade de falar, mover um membro, manter-se de pé, caminhar, ver, ler, ou tornar-se seriamente incapaz de compreender a linguagem falada, escrever, pensar com clareza ou não ter sequer a capacidade de recordar? E qual a sensação de ser um indivíduo funcional para se tornar, num ápice, em um inválido desamparado, e no instante seguinte ser um caso clínico, tal como conta na sua autobiografia Eric Hodgins? A perda da função é muitas vezes instantânea e totalmente imprevisível; as deficiências podem ser transitórias ou permanente, ligeiras ou devastadoras.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o AVC como sendo um comprometimento neurológico focal (ou global) que subitamente ocorre com sintomas persistindo para além de 24 horas, ou levando à morte, com provável origem vascular (World Health Organization [WHO], 2006). Muitos dos doentes que sobrevivem ao AVC ficam com sequelas de ordem física, sensorial e cognitiva. De facto, o AVC sendo a principal causa de incapacidade no adulto no mundo, leva à reforma precoce e a repercussões sócio-económicas devastadoras (Min, 2010).

De acordo com Bonita (1992 *cit in* Tambara, 2006), aproximadamente 85% dos acidentes vasculares cerebrais são de origem isquémica e 15% hemorrágica; de entre os hemorrágicos, 10% são hemorragias intraparenquimatosas e 5% são hemorragias subaracnóideas. Relativamente ao AVC hemorrágico, este pode ser causado por “malformações arteriovenosas, ruptura de aneurisma, determinadas substâncias (por exemplo: anticoagulantes e anfetaminas) ou hipertensão descontrolada, podendo resultar em hemorragia craniana, extradural, subdural, subaracnóidea ou intracraniana” (p. 7). Smeltzer e Bare (2002 *cit in* Vasconcelos, Rodrigues, Freitas e Sousa, 2004) consideram que o AVC isquémico pode ser dividido em cinco subtipos: trombose de grandes artérias (20%), trombose de pequenas artérias perfurantes (25%), acidente vascular cerebral embólico cardiogénico (20%), criptogénico (30%) e outros (5%).

Querendo explicar dados quantitativos pormenorizados, Tambara (2006) considera o acidente vascular cerebral como uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo cerebral. O fluxo normal é de aproximadamente 50 a 55 mL.100g⁻¹.min⁻¹. Modelos experimentais de AVC, demonstraram que um fluxo de 18 mL.100g⁻¹.min⁻¹ causa a paralisação da transmissão sináptica e conseqüentemente a cessação da actividade eléctrica cerebral, apesar da célula nervosa ainda permanecer íntegra e com potencial para recuperar suas funções. No entanto, se o fluxo sanguíneo cerebral atingir níveis inferiores a 8 mL.100g⁻¹.min⁻¹ dá-se a falência das funções da membrana celular com possível dano irreversível pela morte celular. No AVC

hemorrágico, o sofrimento do tecido cerebral é causado pela compressão ocasionada pelo extravasamento de sangue. Ainda sobre este tipo de AVC, Parente *et al.* (2000) consideram que comporta uma severidade distinta manifestada a partir de indicadores como a: mortalidade, demora média, transferências e co-morbilidade. Os mesmos autores referem ainda que, o AVC hemorrágico atinge uma população mais jovem, há uma maior necessidade de encaminhamento social após a alta num número significativo de casos e gera um crescente consumo de recursos. Assim, este tipo de AVC constitui uma gravidade superior à conhecida para os restantes tipos de AVC. Apesar da maior prevalência do AVC isquémico em Portugal e no mundo, a incidência do AVC hemorrágico em Portugal duplica a da generalidade dos países ocidentais, apresentando problemas clínicos particulares traduzidos por pior comportamento dos indicadores atrás referidos. Numa análise de seis anos de internamento, Parente *et al.* (2000) concluíram que o AVC hemorrágico em relação ao AVC isquémico implicou “demoras médias mais prolongadas, maior mortalidade, complicações e mais transferências por falta de recursos, atingindo um grupo etário mais jovem” (p. 9). Afirmam, portanto, que as hemorragias cerebrais são uma patologia com custos elevados mesmo após a alta com gastos em reabilitação, assistência social e continuidade de cuidados. O impacto social é marcante, com “um número significativo de casos onde foi necessária mudança com reintegração familiar, assim como o recurso a cuidados de apoio domiciliário e institucionalização” (p. 8).

Segundo estimativas da OMS, já em 2005 o AVC foi responsável por 5,7 milhões de mortes no mundo, o que representou quase 10% de todas as mortes e um terço em pessoas com mais de 70 anos de idade (World Health Organization [WHO], 2006). Em 2010, considerou-se que 15 milhões de pessoas em todo o mundo foram vítimas de AVC; destes, cinco milhões morrem e outros cinco milhões ficam incapacitados permanentemente, constituindo um fardo para a família e comunidade (MacKay e Mensah, 2010). De acordo com a National Stroke Association (2011), 10% dos sobreviventes de AVC recuperam quase na totalidade, 25% recuperam com sequelas mínimas, 40% ficam com deficiência moderada a grave, necessitando de cuidados especializados, 10% precisam de cuidados a longo prazo necessitando de institucionalização e 15% morrem após o episódio de AVC.

Em Portugal, e segundo a tabela de dados mundiais, disponível em The Atlas of Heart Disease and Stroke, no ano de 2002 morreram 20 069 indivíduos após AVC (WHO, 2010). Estes dados corroboram com dados da Direcção Geral de Saúde [DGS, 2001], que cita Thorvaldsen, Asplund, Kuulasmaa, Rajakangas e Schroll (1995) bem como a Sociedade

Portuguesa de Neurologia (1997) ao afirmarem que a incidência do AVC em Portugal é “habitualmente, de 1 a 2 por 1000 habitantes por ano, considerando que o maior factor de risco é o aumento da idade. Consideram, ainda, que 85% dos doentes tem mais de 65 anos, que acima dos 85 anos a incidência é de 20% por ano e que é raro aparecer um AVC antes dos 55 anos” (p. 6). Também Cardoso, Fonseca e Costa (2003), corroboram ao considerarem que o AVC em adultos jovens tem uma incidência descrita na literatura que varia entre 5 e 10% do total dos AVC’s. Em indivíduos com menos de 40 anos, o AVC é incomum, e quando ocorre, a sua causa principal é Hipertensão Arterial (HTA) (MacKay e Mensah, 2010).

De acordo com a OMS, o AVC é uma doença de causa multifactorial. Isto é, uma combinação de factores de risco influencia a probabilidade de um indivíduo vir a ter um AVC (WHO, 2006). Rey (1999) define factor de risco como um “aspecto do comportamento pessoal ou do estilo de vida, da exposição ao meio ambiente, ou uma característica própria ou herdada do indivíduo que se sabe, tendo por base a evidência epidemiológica, estarem associados com condições importantes de se prevenir para proteger a saúde” (p. 316).

Nos quadros seguintes são identificados os factores de risco, não modificáveis e modificáveis, mais importantes para o desencadeamento do AVC.

Quadro 1 - Factores de Risco Não Modificáveis para Acidente Vascular Cerebral

IDADE	<ul style="list-style-type: none"> . Em toda a revisão literária considerada sobre factores de risco, o factor idade é o mais importante para o desenvolvimento do AVC, não devendo contudo, tal como dizem Araújo, Silva, Moreira e Bonilha (2008), encarar este factor como uma decorrência natural do envelhecimento. . Segundo Correia (2004) <i>cit in</i> Ferreira, Fernando, Ferreira, Rodrigues e Cruz (2006) “estima-se que em cada 10 anos depois dos 55 anos, o risco de AVC duplique” (p. 8). . Em <i>Primary Prevention of Ischemic Stroke</i> prediz-se que o risco de AVC antes dos 50 anos de idade é duas vezes superior nas pessoas com peso à nascença inferior a 2,5 kg (Goldstein <i>et al.</i>, 2006 <i>cit in</i> Ferreira <i>et al.</i>, 2006).
GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> . Os homens apresentam maior incidência de AVC do que as mulheres, para a mesma idade (Correia <i>et al.</i>, 2004 <i>cit in</i> Ferreira <i>et al.</i>, 2006). . O aumento da taxa de AVC nas mulheres está associado a Diabetes Mellitus (DM) e o uso de contraceptivos orais aumenta em 6 vezes o risco de AVC sobretudo em mulheres com enxaqueca, HTA, DM ou dislipidémia (Nitrini e Bacheschi, 1999 <i>cit in</i> Araújo <i>et al.</i>, 2008). . De acordo com o National Institute of Neurological Disorders and Stroke [NINDS] (2010), a gravidez, o parto e a menopausa colocam a mulher numa situação de risco para AVC devido às alterações hormonais. . A gravidez aumenta o risco entre 3 a 13 vezes e estudos estão a ser levados a cabo de forma a determinar a importância de terapêutica à base de estrogénio na menopausa que pode reduzir o risco de AVC recorrente e até mesmo a morte, uma vez que o estrogénio aumenta os níveis da lipoproteína de alta densidade (HDL) e reduz os níveis de lipoproteína de baixa densidade (LDL) (NINDS, 2010).
HEREDITARIEDADE	<ul style="list-style-type: none"> . A hereditariedade está também associada a um maior risco de AVC. . Goldstein <i>et al.</i>, (2006) e Hankey (2006) <i>cit in</i> Ferreira <i>et al.</i>, (2006), explicam que “pode acontecer pela transmissão mendeliana (único gene) de doenças hereditárias raras ou pela transmissão de factores poligénicos como a facilidade de desenvolver determinados factores de risco vascular (...) ou a susceptibilidade aos seus efeitos” (p. 8).

Quadro 2 - Factores de Risco Modificáveis para Acidente Vascular Cerebral

HIPERTENSÃO ARTERIAL (HTA)	<ul style="list-style-type: none"> . A hipertensão arterial (HTA) aumenta em 3 a 4 vezes o risco de AVC podendo ser considerada como responsável de metade de todos os casos (André, 1999 <i>cit in</i> Araújo <i>et al.</i>, 2008). . Por cada 3 mmHg de descida há uma diminuição de risco de 20% (Ezekowitz, 2006 <i>cit in</i> Ferreira, 2006).
TABAGISMO	<ul style="list-style-type: none"> . Quanto ao tabagismo, este aumenta em cerca de 2 a 4 vezes a probabilidade de ter um AVC, chegando-se mesmo a esclarecer que 2 ou 3 anos após a suspensão do consumo de tabaco, as probabilidades são as mesmas às de um não-fumador (Rocha <i>et al.</i>, 2002 e Pires <i>et al.</i>, 2004 <i>cit in</i> Araújo <i>et al.</i>, 2008). . O tabagismo, a seguir à HTA, constitui a segunda causa de mortalidade a nível mundial, relativa a factores de risco modificáveis (Ezzati <i>et al.</i>, 2006 <i>cit in</i> Ferreira <i>et al.</i>, 2006).
HIPERCOLESTEROLÉMIA	<ul style="list-style-type: none"> . Quanto à hipercolesterolemia está também relacionada com o risco de AVC isquémico, uma vez que contribui directamente para o desenvolvimento da aterosclerose. . A aterosclerose das artérias extra e intracraniana é responsável por cerca de dois terços dos AVCs isquémicos (Tannouri, 2006). . A estenose carotídea ateromatosa duplica na população o risco de AVC isquémico independentemente de esta estar associada a outros factores de risco (Straus <i>et al.</i>, 2002 e Goldstein <i>et al.</i>, 2006 <i>cit in</i> Ferreira <i>et al.</i>, 2006). . Para o desenvolvimento de doença carotídea aterosclerótica, Tannouri (2006), destaca como factores de risco: a idade, sexo, hipertensão arterial sistémica, dislipidémia, diabetes mellitus, tabagismo, história familiar de AVC, doença cardíaca, doença vascular periférica e doença renal. . Rocha <i>et al.</i> (2002) <i>cit in</i> Araújo <i>et al.</i> (2008) consideram que não é comum a dislipidémia ser aceite como factor de risco, até porque o papel dos triglicéridos como factor de risco para o AVC ainda não está muito documentado (Tanne <i>et al.</i>, 2001 <i>cit in</i> Ferreira <i>et al.</i>, 2006).
PATOLOGIA CARDÍACA	<ul style="list-style-type: none"> . Ferreira <i>et al.</i> (2006) referem-se a Ferro (2003) e Goldstein <i>et al.</i> (2006) ao considerarem a fibrilhação auricular como sendo um enorme factor de risco de AVC por várias razões: a incidência (responsável por cerca de ¼ dos AVC's em doentes com mais 80 anos), a gravidade (enfartes maiores e incapacitantes), a recidiva e a mortalidade. . Vickrey <i>et al.</i> (2002) <i>cit in</i> Ferreira <i>et al.</i> (2006) consideram que o “risco de ocorrência / recorrência de AVC encontra-se substancialmente aumentado após um AIT ou AVC prévio. Também a ocorrência de doença coronária, enfarte agudo do miocárdio ou doença arterial periférica, enquanto marcadores de doença ateromatosa, são preditores de AVC” (p. 14). . Tannouri (2006), após a analisar vários autores, conclui que as causas mais comuns de AVC isquémico são a aterosclerose e os êmbolos de origem cardíaca, em que os êmbolos cerebrais de uma causa cardíaca são responsáveis por até um terço dos AVC isquémicos. “A formação de trombo e a liberação de tromboembolos a partir do coração são facilitadas por arritmias e anormalidades estruturais das válvulas e das cavidades”(p. 1).
DIABETES MELLITUS	<ul style="list-style-type: none"> . Os doentes diabéticos têm uma maior susceptibilidade à aterosclerose e uma maior prevalência de factores de risco aterogéneos como HTA (que ronda os 60%) e dislipidemia (Goldstein <i>et al.</i>, 2006 <i>cit in</i> Ferreira <i>et al.</i>, 2006).
ÁLCOOL	<ul style="list-style-type: none"> . O consumo excessivo constitui um factor de risco para todos os tipos de AVC; ainda assim não há nenhum estudo que comprove o benefício de recomendar o consumo de álcool aos que o não fazem (Elkind <i>et al.</i>, 2006 <i>cit in</i> Ferreira <i>et al.</i>, 2006). . Num estudo relativo ao consumo de álcool: <i>Moderate alcohol consumption reduces risk of ischemic Stroke</i>, os anteriores autores, consideram que, em quantidade moderada (definido como 1 bebida para mulheres e 2 para homens) tem um efeito protector devido às propriedades antioxidantes do resveratrol que pode ser encontrado nas sementes da uva e nas películas da uva preta, considerando-se o efeito protector mais para vinho do que para cerveja.
OBESIDADE	<ul style="list-style-type: none"> . A obesidade, além de estar associada a um maior risco de AVC, tem correlação com outros factores de risco, tal com HTA e DM potenciando sob a forma de sinergia a probabilidade de AVC. . Por outro lado, a dieta pode influenciar o risco, sobretudo porque pode ser responsável pelo controle de alguns factores tais como HTA, DM, dislipidémia e obesidade.
SEDENTARISMO	<ul style="list-style-type: none"> . Quanto à falta de exercício físico, várias são as fontes que consideram como mais um factor de risco para o desenvolvimento de AVC, devendo-se portanto evitar o sedentarismo.

Cancela (2008) considera que apesar dos factores de risco amplificarem a probabilidade de um AVC, muitos deles podem ser reduzidos com tratamento médico ou mudança nos estilos de vida. O AVC é portanto susceptível de prevenção. Esta autora e de acordo com Black e Jacobs (1996 *cit in* Vasconcelos *et al.*, 2004) pode ser feita de três maneiras: a primeira é a através da prevenção primária, facultando orientações para os indivíduos manterem o peso corporal apropriado, controlar os valores de colesterol e renunciar ao tabagismo; a segunda é através da prevenção secundária, sendo necessário tratamento médico bem como a vigilância e controle da diabetes, hipertensão e patologia coronária; e a terceira maneira é a prevenção terciária; que se destina a indivíduos com história prévia de AVC sendo portanto, necessário prevenir complicações relacionadas com a presença das alterações cerebrais prevenindo AVC recorrente.

Se por um lado, Araújo *et al.* (2008) consideram o facto de nos últimos anos termos assistido a um aumento na incidência do AVC, consequência do aumento da esperança média de vida bem como do estilo de vida menos saudável dos indivíduos, por outro lado Azeredo (2000) discorda, considerando que estamos perante uma diminuição global da incidência do AVC, devida a um melhor controlo dos factores de risco associados, através de campanhas sensibilizadoras e preventivas com vigilância da hipertensão arterial, da diabetes mellitus, entre outros e as quais fomentam o diagnóstico precoce e o tratamento mais adequado para tais patologias, bem como prevenção de comportamentos aditivos. Deve ser dada relevância ao rastreamento, como uma medida profilática, das três causas imediatas de AVC, ou seja, a doença carotídea, a arritmia cardíaca e a hipertensão. Tannouri (2006) também considera que as sequelas provocadas pelos AVC podem ser reduzidas através da sua prevenção, com o tratamento ou com a reabilitação; no entanto pondera o facto de o tratamento dos AVC's "com agentes trombolíticos resulta em benefício apenas para 10% das poucas vítimas que são elegíveis para tratamento; e a reabilitação é incerta, demorada, (...) incompleta" (p.20). O mesmo autor considera haver uma taxa de mortalidade de 28% e em 15-30% dos doentes as sequelas são permanentes, concluindo portanto que a maneira mais eficaz de reduzir as consequências do AVC é antes de mais a sua prevenção.

Sommerfeld *et al.* (2004, *cit in* Silva, Moura e Godoy, 2005) referem-se ao AVC como sendo um conjunto de sinais clínicos relacionados com a área encefálica lesada. Assim Martins (2002 *cit in* Cancela, 2008), considera que a "localização e extensão exactas da lesão provocada pelo AVC determinam o quadro neurológico apresentado por cada utente" (p. 2). Foi em 1796 que pela primeira vez se conheceram os trabalhos do doutor Franz Joseph

Gall que representou esquematicamente no cérebro os órgãos frenológicos, correspondendo a cada divisão uma função particular. As funções dividiam-se primariamente em afectivas e intelectuais. Um dos seguidores dos pressupostos frenológicos foi Bouillaud, que em 1825 publicou um trabalho relacionando a perda da linguagem a uma lesão dos lobos anteriores do cérebro (Caldas, 2000). Mas foi em 1861 que Broca descobriu que as dificuldades específicas no uso expressivo da fala estavam relacionadas com lesões numa área específica do hemisfério esquerdo (Sacks, 1985). Broca foi considerado o pai do conceito de dominância cerebral. Por a linguagem ser considerada a expressão da razão humana e ser uma função dominante que distingue o Homem de outras espécies, o hemisfério onde se localizava esta função, foi considerado certamente o dominante (Caldas, 2000). Este autor, actualmente director do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa esclarece ainda que não se pode dizer que “o hemisfério esquerdo é dominante de uma forma geral sobre o direito; o que se pode dizer é que cada um dos hemisférios cerebrais é dominante para um conjunto de operações distintas” (p. 146,147). Assim, o hemisfério direito está mais implicado em tarefas de exploração visual e espacial, envolvendo-se na percepção dos grandes conjuntos: no *gestalt* (Caldas, 2000). Neste âmbito, Cancela (2008) preconiza que lesões que ocorram no hemisfério não dominante (para a maioria dos indivíduos o hemisfério direito) originam distúrbios da percepção que podem ser a “nível da figura de fundo, posição no espaço, constância da forma, percepção da profundidade, relações espaciais e orientação topográfica” (p. 9). Este autor corrobora com Firmino (2006) ao mencionar que quando a lesão é à direita há alteração da consciência do espaço e do corpo. Ao observar um doente hemiplégico, Kremer, neurologista, questionava-o acerca das quedas constantes durante a noite, ao qual o doente respondeu

que sempre que acordava durante de noite sentia, junto a ele, uma perna peluda, fria e morta. Sem poder compreender o que se estava a passar empurrava com o braço e a perna boa, a perna da cama abaixo e, obviamente, caía. Era um excelente exemplo da completa perda de consciência de um membro hemiplégico. (Sacks, 1985, p.81)

O grau de deficiências cognitivas após o AVC, vai depender da gravidade e localização da lesão, Além das mais conhecidas: negligência unilateral e alteração visuo-espacial, outras e de igual importância surgem, como é o caso da atenção, memória, dificuldades na aprendizagem e no planeamento, solucionar problemas, impulso, iniciativa, reacções emocionais consideradas normais e a autoconsciência (Sohlberg e Mateer, 2010). Podemos constatar que os indivíduos com lesão no hemisfério esquerdo e direito diferem

amplamente nos seus efeitos comportamentais. Indivíduos com lesão no hemisfério esquerdo, mostram-se realistas na apreciação dos seus problemas e têm um comportamento lentificado, revelando-se cuidadosos, incertos e inseguros. Desta forma, apresentam-se ansiosos e hesitantes no desempenho das tarefas, obrigando a um constante “feedback” e apoio.

Já em 1986, Wade e Hower (*cit in* Nagasawa, Maeda, Kanda, e Sakai, 2001) relacionando doentes com lesões cerebrais no hemisfério direito e esquerdo, relataram maior percentagem de deficiência em doentes com lesão à direita. Em um estudo comparativo expondo ambos os hemisférios e o seu papel na locomoção, Nagasawa, *et al.* (2001) verificaram que o neglect espacial unilateral e anosognosia, que constituem manifestações primárias de lesões parietais no hemisfério não dominante não se verificaram em pacientes com lesões no hemisfério esquerdo. Doentes com hemiassomatognosia apresentavam uma locomoção pior quer na fase aguda, bem como passados 2 anos após o AVC.

O National Institutes of Health, agência de pesquisa médica dos Estados Unidos, considerou a década de 90 como a década do cérebro, verificando-se uma convergência entre a neurologia e a reabilitação clínica: a neuroreabilitação. Nestes últimos 20 anos tem havido uma optimização com vista à recuperação funcional do doente após AVC, tendo como alvo desafiador o reaprender motor e cognitivo das habilidades funcionais (Stein, Harvey, Macko, Winstein e Zorowitz, 2009). Na reabilitação do AVC, a prioridade é a adaptação à incapacidade e a capacidade de realizar actividades de vida diária (AVD's) tornando-se num dos principais objectivos a independência do doente. O aspecto desafiante que se coloca em cada doente após AVC é saber até que ponto vai recuperar do seu défice neurológico. Após o AVC, a maioria dos doentes embarca numa jornada de reabilitação, tratando-se de um processo individual, activo e dinâmico, na tentativa de melhorar a experiência vivenciada pelo doente com a nova deficiência e na tentativa de reduzir a sua carga de cuidados (Williams e Pryor, 2010). O doente só inicia o seu processo de consciencialização da necessidade de ser reabilitado até se aperceber que os problemas resultantes do AVC não desaparecem instantaneamente (Easton, 1999 *cit in* Williams e Pryor, 2010). A reabilitação foca-se em manter e restaurar o funcionamento, promover a saúde e prevenir bem como minimizar a deficiência (Williams e Pryor, 2010).

De acordo com a OMS (2001 *cit in* Williams e Pryor, 2010), funcionamento é um termo genérico para as funções do corpo envolvendo as estruturas corporais, o termo actividade, refere-se à execução de uma tarefa ou acção por um indivíduo e participação trata-

se de um envolvimento em uma situação de vida. Quanto ao termo deficiência, este é um termo também genérico para limitações da actividade e consequente dificuldade na execução desta; e relativamente à expressão *restrições de participação* trata-se de um problema de envolvimento em situações de vida. Estes termos da International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) podem ser usados para fornecer bases conceptuais de diagnósticos de reabilitação, incluindo os seus procedimentos de intervenção e avaliação (Bartlett *et al.*, 2006, Lettinga *et al.*, 2006 e Rentsch *et al.*, 2003 *cit in* Williams e Pryor, 2010).

A reabilitação trata-se de um foco de cuidados prestados desde a fase aguda no Serviço de Urgência centrando-se na manutenção da função e prevenção de complicações até à comunidade, passando por uma unidade de cuidados onde um dos objectivos das intervenções de reabilitação, prestadas pelos enfermeiros, passa pela mobilização precoce. Esta reabilitação, após o início dos sintomas, está associada com melhores resultados funcionais na alta bem como com um menor tempo de permanência em internamento (Maulden, Gassaway, Horn, Smout e DeJong, 2005 *cit in* Williams e Pryor, 2010).

A reabilitação é da responsabilidade de toda a equipe de saúde, no entanto, Henderson (1980 *cit in* Williams e Pryor, 2010) considera os enfermeiros como reabilitadores por excelência! Num cenário de reabilitação especializada, o contributo da enfermagem é fulcral na optimização do prognóstico do doente. Vários estudos sobre a prática de enfermagem revelaram que, os enfermeiros permitem aos doentes autoproclamarem-se de cuidadores de si mesmos através de uma abordagem de “hands-off” em vês de “fazer para” ou “fazer a”. Assim, o ensino é um factor significativo não apenas para o doente como também para a família que vai lidar com este, ajustando-a à nova situação. Os resultados da reabilitação são do interesse do doente, da sua família, dos contribuintes e da sociedade como um todo (DeJong *et al.*, 2004 *cit in* Williams e Pryor, 2010). A nível político, a redução da incapacidade e melhoria na participação social de sobreviventes de AVC são os objectivos finais da reabilitação (D’Alisa, Baudo, Mauro e Miscio, 2005 *cit in* Williams e Pryor, 2010).

Na prestação de serviços de reabilitação, os objectivos devem der específicos, mensuráveis, atingíveis e relevantes. Já o doente, tem como objectivo máximo o retornar à vida que tinha antes do AVC; o que nem sempre é possível independentemente da quantidade de intervenções de reabilitação fornecidas. Um ponto de partida essencial é o restabelecimento do sentido de controlo pelo doente do seu corpo e da sua vida (Ozer, 1999 *cit in* Williams e Pryor, 2010). Maximizar a recuperação é o foco central desde o início do

AVC; esta passa por princípios como a restituição, substituição e compensação (Dobkin e Carmichael, 2005 *cit in* Williams e Pryor, 2010). A restituição tem a ver com habilidades restauradas, isto é capacidades que o doente tinha antes do AVC, como a deglutição, foram recuperadas. A substituição refere-se à aquisição de outros meios para alcançar um mesmo fim, como é o caso de usar a mão esquerda na alimentação quando se usava a mão direita antes do AVC. A compensação é uma técnica usada quando nem a restituição nem a substituição são possíveis ou apropriadas, como o uso por exemplo de uma auxiliar de marcha para a deslocação. Com estes conceitos, Cancela (2008) reconhece a primazia da reabilitação neuropsicológica, considerando que um dos propósitos desta passa por favorecer a recuperação de objectivos, trabalhando com o doente de modo a poder desenvolver e alcançar esses mesmos objectivos usando meios distintos aos usados antes da lesão.

Já em 1993, Langhorne e seus colaboradores ao combinar os resultados de muitos estudos, demonstraram que pacientes tratados em uma unidade especializada de AVC, tinham menos probabilidade de morrer. Stroke Unit Trialists' Collaboration concluíram que pacientes com AVC que receberam cuidados em unidades de AVC estavam mais propensos a estarem vivos, independentes e a morar no domicílio um ano após o AVC, comparativamente aos que tinham recebido tratamento numa unidade convencional. No entanto, o acesso aos serviços especializados em AVC é uma questão de sorte, porque nem todos os hospitais têm uma unidade de AVC (The Stroke Association, 1997 *cit in* Williams e Pryor, 2010). Neste sentido, também Silva, Gomes e Massaro (2005) consideram que o tratamento do AVC na fase aguda deve ser efectuado em um serviço específico onde haja uma redução de mortalidade de 18%, após uma comparação de doentes tratados em unidades de AVC com doentes tratados em enfermarias não especializadas. Uma unidade de AVC é uma unidade hospitalar que trata unicamente doentes com AVC; e nela deve constar, para o bom funcionamento dessas unidades, uma equipe multidisciplinar, desde médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. Assim, em 2001, a DGS apontava várias finalidades das unidades de AVC, tais como: abreviar o internamento em hospitais de agudos, diminuir a incapacidade funcional e as complicações surgidas pós AVC, conseqüentemente também diminuir o número de doentes que necessitem de cuidados de enfermagem quer no domicílio quer nas Unidades de doentes crónicos, e promover o retorno de um grande número de doentes ao seu ambiente familiar bem como ao seu local de trabalho sempre que possível.

Min (2010) problematiza toda a envolvência do AVC, desde a ignorância da própria

população no reconhecimento do AVC ao despreparo dos serviços de saúde cuja reposta não é universal nem completa no que diz respeito à reabilitação de doentes vítimas de AVC, deixando os seus sobreviventes com uma parcela de incapacidade que vai desde problemas de locomoção às sequelas cognitivas. A estes factores, associando a baixa auto-estima perante a nova situação, os doentes com AVC deparam-se num caminho de isolamento e exclusão social. E é neste seguimento que Min (2010) defende que o acolhimento na fase aguda em centros especializados diminui a severidade do comprometimento funcional e o consequente tempo de internamento.

As repercussões incapacitantes nos indivíduos vítimas de AVC são dramáticas:

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

De acordo com o *timing* ideal para o início da reabilitação, também as recomendações da European Stroke Initiative [EUSI] (2003), no que se refere à reabilitação, preconizam que esta se deve iniciar o mais cedo possível, na medida em que pode diminuir o número de doentes dependentes após o AVC. A intensidade do plano de reabilitação depende da situação do doente e do nível de incapacidade. No entanto, Langhorn et al. (1996) e Kwakkel et al. (2004) *cit in* ESO (2008) consideram que quanto maior for a intensidade da reabilitação, especialmente do tempo de trabalho destinado às AVD's, maior serão os resultados funcionais. Quanto aos doentes com sequelas permanentes, estes deverão ter apoio no seu ambiente social o que implica acesso a um médico de família e à consequente prevenção secundária, serviços de reabilitação em ambulatório e apoio sócio-psicológico.

Das directrizes assistenciais do Hospital Israelita Albert Heinstein (2009), em São Paulo, na abordagem aos doentes com AVC contemplam-se desde as mobilizações no leito, alterações posturais, transferências, marcha e treinos funcionais com o objectivo principal de actuar na “prevenção de deformidades do sistema osteomioarticular, minimizar as incapacidades e trabalhar visando a independência funcional fazendo uso, se necessário, de adaptações para alcançá-la” (p. 2). Dificuldades na realização dessas actividades podem estar relacionadas à perda de força e alterações de tónus muscular; alteração sensorial e/ou

perceptual; alteração do equilíbrio; alteração da coordenação motora; alteração da cognição; complicação cardiorrespiratória; condição de participação (nível e conteúdo cognitivo). Preconiza-se também que sejam fornecidos treinos e orientações complementares ao tratamento aos próprios doentes, familiares e cuidadores, para que estímulos adequados sejam dados, não apenas durante as sessões, mas também ao longo do dia. O protocolo intra-hospitalar no atendimento ao doente prevê que a fisioterapia ao paciente com AVC seja imediata por meio da identificação do nível de consciência e quadro respiratório.

Cancela (2008) preconiza que logo que se estabilize a situação clínica na fase aguda do AVC inicia-se a reabilitação, consistindo em diversas técnicas que ajudam a readquirir a função anterior o mais cedo possível tendo como objectivo superar as incapacidades surgidas.

Actualmente, para que o indivíduo seja detentor de uma saúde física e mental necessita de inúmeros atributos: independência, interactividade com os outros, afectividade e outros componentes biopsicossociais que reintegram o homem ao convívio a vários níveis: social, familiar, profissional e emocional. Mas, após uma lesão neurológica, há à uma redução desses atributos, havendo uma necessidade de reaprendizagem das actividades da vida diária, funções orofaríngeas, comunicação, linguagem e cognição, tornando-se necessária a implementação de acções que proporcionem a estes indivíduos, o melhor grau de independência possível, minimizando as suas limitações e ampliando suas capacidades através dos ganhos psicossociais e funcionais (Alves, Guimarães, Striebel e Peralles, 2009). Neste seguimento, e de acordo com Cacho, Melo e Oliveira (2004) as consequências funcionais após AVC predispõem os seus sobreviventes a um padrão de vida inactivo, com limitações individuais para as AVD's. O comprometimento motor pode causar descoordenação dos movimentos, debilidade de músculos específicos, tónus anormal, adaptações posturais anormais, movimentos activos anormais e alterações nas estruturas da cintura escapular. Desta forma, a reabilitação destes doentes constitui um grande desafio. Os profissionais de reabilitação empenham-se em minorar o impacto e aumentar a recuperação funcional do doente após AVC (Cacho *et al.*, 2004).

Na perspectiva de Calil, Santos, Braga e Labronici (2007), a primeira tendência na reabilitação é tentar reduzir as limitações funcionais e à posteriori, aumentar a reintegração social, adaptando-se ao ambiente. Desta maneira, Cancela (2008) considera que os programas de reabilitação devem ser holísticos e dos quais devem constar “exercícios que possam ser aplicados através de qualquer meio capaz de representar situações do quotidiano nas quais o

paciente é incentivado a concentrar-se, interagir, raciocinar, tomar decisões, entender o discurso corrente e expressar sentimentos e pensamentos” (p. 16).

Após dano neurológico, a reabilitação pretende a otimização do funcionamento físico, vocacional e social. Várias são as diversas técnicas utilizadas na reabilitação neurofuncional, destacando-se a cinesiologia, hidroterapia, equoterapia, bobath, kabat, entre outros dos quais também se destaca a terapia pela dança, pela sua representatividade lúdica permitindo desenvolver, e de acordo com Calil *et al.* (2007), os aspectos motores, psicológicos e sociais.

Wiles *et al.* (2005, *cit in* Silva, Moura e Godoy, 2005) referem que a evidência mostra que “63% das pessoas que sobrevivem a um episódio de doença vascular no encéfalo terão algum déficit motor por 1 mês, e 50% continuarão a ter déficits motores por 1 ano” (p.267, 268). O prejuízo no tracto piramidal e em fibras do tracto córtico-espinal anuncia lesão do motoneurônio superior, conduzindo à deterioração sensorial, espasticidade, às posturas anormais, perda de força muscular, inadequado controle motor, mobilidade articular limitada e alterações da motricidade fina. A fraqueza muscular repercute-se na dificuldade de produzir força e sustentá-la. Este conjunto de factores gera transformações fisiológicas, mecânicas e funcionais e modificações musculares e teciduais. Há um descontrole dos movimentos, um prejuízo no equilíbrio e na propriocepção provocando no doente grande risco de queda. Assim, actividades de vida diária tais como deambular, subir e descer escadas bem como actividades como vestir, despir, abotoar botões, calçar meias, enlaçar atacadores de sapatos exigem coordenação motora, destreza manual, que se manifesta pela precisão e pela rapidez, estão comprometidas e mesmo com treino específico para readquirir a habilidade motora, há tarefas que se tornam impossíveis de serem executadas para alguns indivíduos de acordo com grau de comprometimento (Medeiros *et al.*, 2002 e Sommerfeld *et al.*, 2004 *cit in* Silva *et al.*, 2005). O treino de força assume um papel relevante na recuperação funcional, sobretudo se esse treino está relacionado com execução de actividades quotidianas (Medeiros, Lima, Martins, Júnior e Medeiros, 2002).

A reabilitação dos doentes vítimas de AVC privilegia tanto o lado afectado como o lado não afectado, assim Medeiros *et al.* (2002) preconiza que se deve trabalhar a força de todos os grupos musculares e não se pode pensar no lado mais forte como o não abrangido. Doentes pós AVC com deficiência motora evidenciam fraqueza no membro inferior parético e no não-parético. O baixo desempenho do lado não-parético pode ser provado por razões neuroanatômicas, porque aproximadamente 10% das fibras motoras descendentes não cruzam

para o lado contralateral. Portanto, o treino deve envolver ambas os membros. À questão feita por um doente: “Quantas vezes tenho que tentar um movimento antes de eu ver a melhoria?”, a resposta é inexata, isto é, não existe um número específico que responda a esta questão; alguns cientistas tentam adivinhar: dez mil. Para se tornar um especialista de alto nível em algo (seja um músico como Beethoven ou um jogador de basketball como Michael Jordan) o número de repetições necessárias situam-se entre um e dois milhões. Mas para um sobrevivente de AVC, o número torna-se complicado, até porque iria variar de doente para doente de acordo com a complexidade do movimento a ser reaprendido, a quantidade de movimento remanescente e o incentivo com as quais as repetições são feitas (Levine, 2009). Este autor acredita que a recuperação irá naturalmente acontecer ao trabalhar com o único órgão lesado pelo AVC e do qual a verdadeira recuperação advém: o cérebro. A fim de recuperar, os sobreviventes de AVC têm de o reorganizar. Graças ao fenómeno na neuroplasticidade, a reabilitação é possível devida à descomunal capacidade do cérebro em aprender e modificar. Pais Ribeiro (2005, *cit in* Cancela, 2008) considera que actualmente “sabe-se que as células de outras áreas do cérebro, que não foram afectadas pelo AVC, podem assumir determinadas funções realizadas pelas células da área afectada” (p. 14).

Ao sofrer dano cerebral, as funções cognitivas podem estar comprometidas. A reabilitação cognitiva passa pela implementação de um plano terapêutico específico de acordo com a alteração detectada visando readquirir ou estimular as capacidades funcionais e intelectuais do doente. Na monografia: “*O Acidente Vascular Cerebral - classificação, principais consequências e reabilitação*” são apontados como seguintes objectivos basilares de um programa de reabilitação neuropsicológica:

- 1) proporcionar um modelo que ajude o paciente e a sua família a entender o que ocorreu;
- 2) proporcionar estratégias de treino de competências para recuperar e compensar os défices cognitivos, melhorar a actuação do paciente em diferentes situações sociais e ajudá-lo a estabelecer compromissos realistas de trabalho e relações interpessoais;
- 3) promover um ambiente realista de esperança. (Munõz e Ruiz, 1999 *cit in* Cancela, 2008, p. 15, 16)

Como constatado até ao momento, o AVC pode afectar aspectos da vida do doente bem como a do cuidador, devendo a reabilitação ser feita, e tal como anteriormente mencionado, sempre que possível com o envolvimento de familiares e amigos (Cancela, 2008).

Inouye, Pedrazzani, Pavarini e Toyod (2009) através de Sotto Mayor, Ribeiro e Paúl (2009) consideraram a família como unidade de cuidados e como uma unidade a ser cuidada. Assim, quanto maior for o bem-estar do cuidador maior será a sua satisfação, apesar de a satisfação ser coexistente com patologia depressiva. Uma das conclusões levadas a cabo num estudo acerca da percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com AVC foi o facto de se considerar que, por uma lado, o cuidar de outra pessoa pode-se tornar numa tarefa difícil, mas, por outro, pode também estar associada a factores positivos, gerando níveis de satisfação.

Brito (2002, *cit in* Sotto Mayor *et al.*, 2009) considera que os profissionais de saúde “devem ser capazes de antecipar as necessidades dos cuidadores e prever o desenvolvimento de situações pessoais relacionadas com as fases da doença” (p. 5). Segundo a Organização Panamericana da Saúde, vinculada à OMS, a adaptação do doente à nova situação de incapacidade física pós AVC é um processo de colaboração entre vários intervenientes: o próprio sujeito, a sua família e os profissionais de saúde (Teixeira e Silva, 2009). Esta cooperação não se confina ao ambiente hospitalar, devendo continuar durante toda a trajetória da doença. As mesmas autoras referem-se à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF), na qual o AVC constitui “um desafio tanto pelo impacto social, quanto pelas repercussões na vida das pessoas e suas famílias. O estar ou ser portador de incapacidade física compromete o próprio indivíduo e os que o cercam; especialmente a família” (p. 3). Neste sentido, torna-se num desafio para a enfermagem a preparação, durante o internamento, dos doentes e familiares no sentido de reestruturarem a vida em seus lares de modo a assumirem os cuidados, detectando, evitando e controlando situações que possam suceder.

Oliveira (2000) considera que os princípios fundamentais são desafiados em sujeitos com incapacidades adquiridas. A alteração brusca de um percurso de vida, considerado normal, pode modificar o significado individual de noções como o tempo, espaço e julgamento. O sujeito após AVC é confrontado com uma nova conjuntura, totalmente diferente, vendo-se limitado no desempenho dos seus deveres sociais, laborais e familiares. Desta maneira, perante a sua nova condição, o doente pode experimentar uma regressão afectiva com novas necessidades de segurança e protecção, acompanhada de níveis de ansiedade desestabilizantes “que podem ser projectadas e depositadas na própria rede de suporte social. As percas de capacidades significam essencialmente, e a um nível fundamental, «percas» de aspectos do próprio ego, destruturando os relacionamentos a múltiplos níveis” (p. 437).

Andrade (1996, *cit in* Perlini e Faro, 2005) sugere um emergir de uma inevitabilidade de reorganização. Quer uma redefinição de papéis entre os elementos da família, com a eleição de alguém que assuma a responsabilidade de cuidador, quer a adaptação do ambiente físico no domicílio, de modo a suplementar as exigências do familiar doente. Todo este novo contexto circunstancial pode originar impactos económicos e sociais capazes de reformarem a própria estrutura familiar. A família é considerada como a fonte mais habitual de assistência nos cuidados, e a procura da institucionalização dá-se apenas quando a própria família não consegue ter capacidade e recursos de apoio. Desta forma, há que ter em conta que muitos cuidadores são pessoas idosas, também elas próprias doentes, e que por seu lado não conseguem dar resposta às demandas da prestação de cuidados até porque quanto mais incapacitado estiver o doente, maior será a exigência física do cuidador. Por outro lado, se se considerarem os filhos como cuidadores, muitos deles trabalham longe do domicilio do doente e/ou têm filhos, não conseguindo também dar assistência aos progenitores (Perlini e Faro, 2005).

Abreu e Damasceno (2009) corroboram com a hipótese de que os cuidadores informais não têm preparação técnica e nem psicológica para fornecer assistência ao doente vítima de AVC na satisfação das suas necessidades básicas. Propõem a consulta de um manual pouco convencional mas certamente inovador, on-line, que auxilie o cuidador com informações úteis de modo a reduzir a procura desajustada aos cuidados de saúde (como é o caso das idas repetidas aos serviços de urgência) e fomentar uma adequada atenção a sinais que poderão ser manifestação de complicações que necessitam de cuidados diferenciados.

Desta forma urge a importância de um planeamento de preparação para a alta de modo a facilitar a transferência para o domicílio. Jardim (s/d) preconiza que o prestador de cuidados deve ser envolvido nos cuidados desde a fase aguda e ao longo da evolução do doente, de modo a dar-lhe conhecimentos que permitam tornar mais fácil a preparação para a alta, reduzindo o seu nível de ansiedade bem como do próprio doente. Desta forma, a ida para o domicílio seria mais precoce e a visita por parte do enfermeiro especialista em reabilitação tornar-se-ia de extrema importância, dando continuidade ao programa iniciado no internamento e identificando barreiras, caso existam para posteriormente as eliminar. Em alguns locais, este trabalho já está a ser efectuado, mas com algumas lacunas devido à deficiente cobertura dos recursos humanos.

Neste sentido, identificar e conhecer as dificuldades quotidianas que o cuidador, do doente incapacitado após acidente vascular cerebral, enfrentará no domicílio, deveriam ser

objectivos alvos na preparação para a alta. Perlini e Faro (2005) afirmam que o conhecimento das actividades relativas ao cuidado prestado no domicílio e das contrariedades enfrentadas pelos familiares cuidadores destes doentes, servirão de contributo para o papel educacional da equipe de enfermagem e interdisciplinar no desenvolvimento de acções de preparação para a alta hospitalar, de acompanhamento no domicilio e de atenção personalizada ao cuidador. Estas autoras referem as ideias de Elsen *et al.* (2002) ao lembrarem que “muitas vezes, as orientações fornecidas são incoerentes e até impossíveis de serem realizadas no domicílio, em função das condições em que vivem” os sujeitos (p. 162). Já na década de 90, autores como Karch (1998) e Andrade (1996) são referenciados por Perlini e Faro (2005) ao explanarem que é escassa a orientação recebida pelos cuidadores familiares por parte dos profissionais de saúde, mas apesar da falta de informação adequada, os cuidadores são capazes de cuidarem dos seus familiares mesmo de forma intuitiva, baseando-se nas suas crenças, anteriores experiências, e pela troca de esclarecimentos com amigos, vizinhos e até grupos ligados à igreja e de voluntários, isto é, uma parte da rede de suporte social. As autoras alertam também para o facto de a falta de preparação do cuidador poder trazer sérios danos ao doente, resultando, inclusivamente em repetidas hospitalizações. A não boa preparação pode causar maior desgaste emocional e físico, ocasionando situações de risco para ambos.

De acordo com Silva (1995, *cit in* Perlini e Faro, 2005), a permanência de sequelas incapacitantes, impõe aos doentes restrições motoras, sensitivas, de percepção, de compreensão e expressão, levando a modificar o seu estilo de vida devido às sequelas físicas e cognitivas que restringem as actividades da vida diária tornando estas pessoas, na maioria das vezes, dependentes de terceiros. As conclusões do estudo: *Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar*, remetem para a realidade do cuidar considerando uma prioridade a identificação, por parte dos enfermeiros, de carências e fragilidades, e a compreensão do processo do cuidar no domicílio. Esta é uma área em que o enfermeiro pode e deve enfatizar, de forma que a assistência domiciliária constitua uma metodologia de trabalho a ser repensada e reinventada pelos profissionais de saúde e em que os enfermeiros concebam que o decurso doença/saúde não se confina ao meio hospitalar e centros de saúde, onde a interacção com as pessoas em seus domicílios constitui um estímulo que carece ser assumido (Perlini e Faro, 2005). Estas autoras mencionam Machado (1995) que considera o cumprimento de programas de reabilitação, mesmo no domicílio, uma maneira do sujeito enfrentar a sua doença crónica e de assumir novas responsabilidades. O doente e família encaram o tratamento efectuado pelos fisioterapeutas e

terapeutas da fala, como uma possibilidade de regresso à situação do sujeito antes do AVC, num curto prazo. No entanto, ao constatarem que se trata de um processo moroso, juntamente com a dor e dificuldade na execução dos exercícios por parte do doente, são abaladas as suas expectativas, gerando sentimentos de desalento e que associados a problemas de transporte e recursos económicos, levam o doente e família a uma redução progressiva na aderência ao tratamento, desistindo gradativamente do processo de reabilitação.

Tendo por base o contexto real anteriormente descrito, nomeadamente a limitação significativa no desempenho funcional do sujeito vítima de AVC e com todas as consequências negativas de que daí advêm, nomeadamente a condição motora e cognitiva, o conjunto de relações pessoais, familiares e sociais afectadas e concludentemente a qualidade de vida que fica severamente comprometida nestes doentes, fomos conduzidos a uma preocupante inquietação pessoal, expressando a nossa problemática na seguinte questão de investigação: “*Qual a influência das variáveis de contexto sócio-demográfico e clínico na capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral?*”

Tendo como pano de fundo esta questão, referimos que o presente estudo persegue três grandes *objectivos gerais*:

- o *primeiro* propõe-se identificar as determinantes de contexto sócio-demográfico e clínico da capacidade funcional do doente após acidentes vascular cerebral;
- o *segundo* objectivo pretende comparar a evolução do nível de capacidade funcional do doente com AVC na fase aguda e no momento da alta;
- o *terceiro* objectivo consiste em analisar o efeito das determinantes de contexto sócio-demográfico e clínico sobre a evolução do doente após acidente vascular cerebral;
- o *quarto* objectivo consta em reflectir sobre as atitudes subjacentes ao enfermeiro especialista em reabilitação face à dimensão pessoal, familiar e social da pessoa com após AVC.

Essencialmente, este trabalho visa traçar uma linha orientadora sobre os cuidados inerentes ao enfermeiro de reabilitação na abordagem ao doente com AVC, numa lógica de produção de conhecimentos que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a minoração das deficiências adquiridas reduzindo consequentemente as incapacidades e desvantagens à posterior a que está sujeito o doente vítima de AVC.

2 – MATERIAIS E MÉTODOS

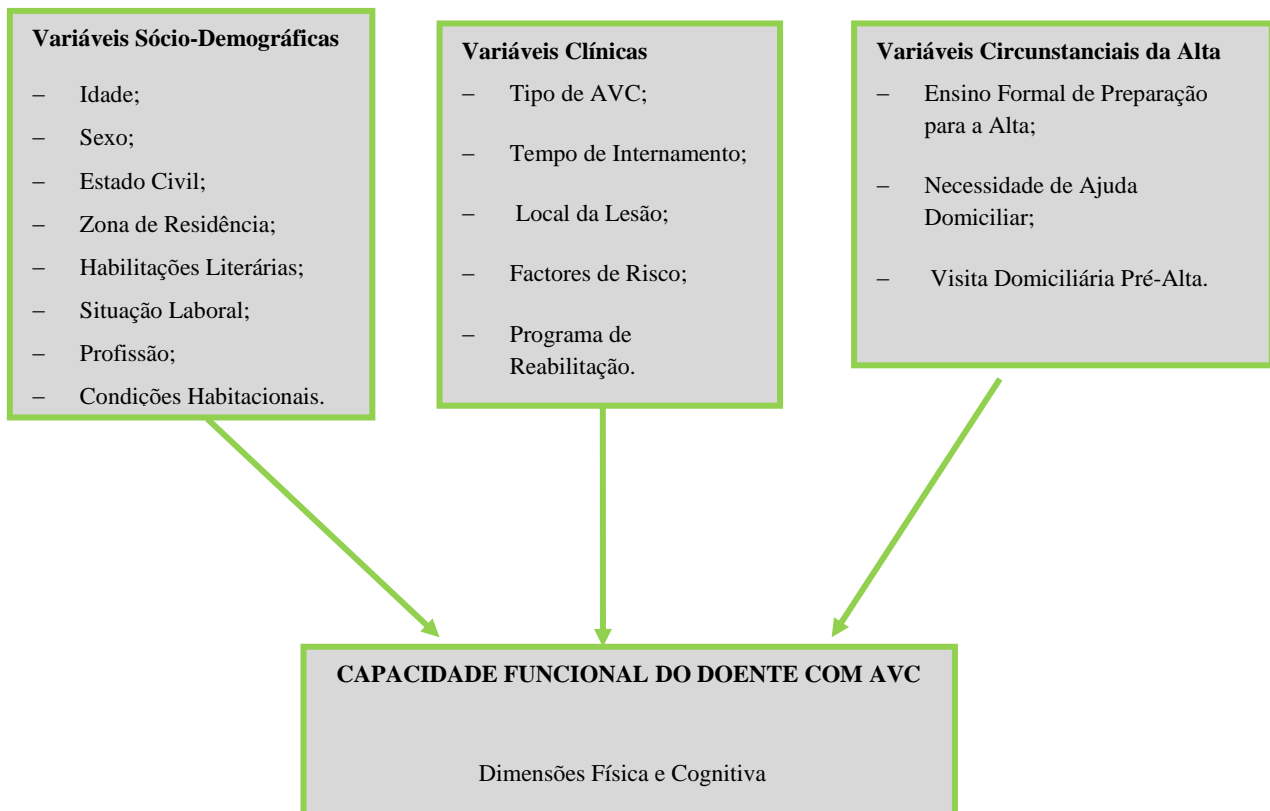
Este capítulo reporta-se à fase metodológica e consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que prescreverá os dinamismos conducentes à realização da investigação (Fortin, 1999).

Partindo do pressuposto que a selecção do instrumental metodológico se deve adequar ao problema a ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objecto da pesquisa, aos objectivos delineados e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (Lakatos e Marconi, 1996; Pereira e Poupa, 2004; Hill e Hill, 2005), este capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa. Neste sentido, conceptualizámos um estudo transversal de natureza quantitativa e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um *estudo não experimental* (Pedhazur e Schmelkin, 1991), também designado por *estudo pós-facto* (Kiehl e Bloomquist, 1985), *estudo de observação passiva* (Cook e Campbell, 1979) ou *estudo correlacional e de observação* (Gil, 1995), dado que no estudo não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende efectuar a descrição das características da amostra, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis.

Relativamente às variáveis, consideramos a capacidade funcional do doente com AVC como a nossa variável dependente. Como variáveis independentes definimos as variáveis sócio-demográficas (idade e sexo) bem como as variáveis clínicas (tipo de AVC, tempo de internamento, local da lesão, factores de risco e programa de reabilitação). Considerámos ainda um conjunto de variáveis atributo de âmbito sócio-demográfico (estado civil, zona de residência, habilitações literárias, situação laboral, profissão e condições habitacionais) e associadas a contextos circunstanciais da alta clínica (ensino formal de preparação para a alta, necessidade de ajuda domiciliar e visita domiciliária pré-alta). Podemos dizer que estas variáveis não têm visibilidade significativa na capacidade funcional do doente durante o internamento mas, no entanto, servem para complementar a caracterização da nossa amostra.

A figura 1 pretende aclarar as interrelações das variáveis independentes e dependente, explicativas das determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral, que participaram no estudo.

Figura 1 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica (desenho de investigação)



No que diz respeito à operacionalização das variáveis salientamos que a mesma coincide com a descrição inerente às dimensões dos instrumentos de colheita de dados que irá ser processada no subcapítulo 2.2.

2.1 – PARTICIPANTES

No contexto deste trabalho de investigação, não nos seria possível estudar a totalidade da população por ser bastante numerosa, sob pena de este se tornar muito moroso, dispendioso e de certo modo até difícil de levar a efeito. Recorremos assim ao processo de amostragem não probabilística que, segundo Fortin (2009), não é mais do que recorrer a “um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) escolhida para representar uma população inteira. Sendo o objectivo deste exercício tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos” (p.310).

Estamos conscientes que este método é susceptível de provocar enviesamento de alguns resultados, uma vez que pode não ser uma representação fiel da população alvo. No entanto, de modo a minimizar o impacto de eventuais erros de amostragem, houve a preocupação de realizar a colheita de dados em dois locais distintos, durante um período de tempo considerável, sendo que estabelecemos como critério de exclusão os doentes com episódios anteriores de AVC de forma a não enviesar resultados.

A amostra que seleccionámos, obedecendo a critérios de um tipo de amostragem não probabilística por conveniência, foi constituída por doentes internados em Unidades de AVC da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG) e Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), EPE. Os hospitais seleccionados pertencem à região centro de Portugal. Foram utilizados como critérios prévios de selecção destas instituições o facto das mesmas pertencerem à área geográfica onde a autora deste estudo habita e exerce funções (Guarda e Covilhã respectivamente). Porém, devido a algumas dificuldades que se foram evidenciando, subjacentes à ausência de dados disponíveis da Unidade de AVC da ULSG (que acabou por não fornecer nenhum formulário preenchido), houve a necessidade de prolongar o tempo de realização da colheita de dados, inicialmente estipulado em três meses, na unidade de AVC do CHCB, EPE.

A nossa amostra ficou constituída por 61 doentes, na sua maioria homens (65.57%) e com uma média de idades de 72.54 anos.

2.2 – INSTRUMENTOS

A recolha de dados foi processada com recurso a um instrumento de colheita de dados sob a forma de formulário (Anexo I) direccionado aos doentes, e iniciou-se com uma pequena contextualização do estudo, suas finalidades e objectivos. Foram salientados aspectos como o anonimato e a confidencialidade dos dados.

O instrumento de recolha de dados aplicado é constituído por duas partes: a parte I, incorpora duas secções e a segunda parte é constituída por duas escalas, que avaliaram a capacidade funcional. Em concreto:

I Parte

A primeira secção é constituída por oito questões tendo em vista à caracterização sócio-demográfica da amostra. As questões são relacionadas com idade, sexo, estado civil, zona de residência, habilitações literárias, situação laboral, profissão e condições habitacionais.

A segunda secção é formada também por oito questões relativas à caracterização clínica e circunstancial dos elementos da amostra. As questões que se referem à caracterização clínica, mencionam o tipo de AVC, tempo de internamento, local da lesão, factores de risco e programa de reabilitação; as questões alusivas à caracterização circunstancial da alta enunciam o ensino formal de preparação para a alta, a necessidade de ajuda domiciliar e visita domiciliária pré-alta.

II Parte – Escalas

A segunda parte inclui escalas de avaliação da capacidade funcional do doente. Houve a necessidade de incorporar uma escala que avaliasse a capacidade funcional física e motora (índice de Barthel) aferida e validada para a população portuguesa e outra que estimasse a capacidade funcional cognitiva e comportamental (Escala Cognitiva Rancho Los Amigos), que está a ser objecto de validação para a população portuguesa na actualidade.

▪ Índice de Barthel

Em 1964, Mahoney e Barthel publicaram a escala de Barthel ou Índice de Barthel (IB), tratando-se de um instrumento amplamente utilizado a nível internacional e também a nível nacional para avaliação do grau de dependência nas actividades básicas de vida diária no mensuramento do AVC. As qualidades psicométricas do IB estão particularmente documentadas em estudos com doentes com AVC (Ellul, Watkins e David, 1998 e Sainsbury, 2005 *cit in* Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007). Chega a ser recomendada como a melhor medida disponível (Gresham *et al.*, 1999, Wade e Collin, 1988 *cit in* Vuadens, 2002). Revela uma boa consistência interna com um nível de fidelidade elevado: alfa de cronbach de 0,96 (Araújo *et al.*, 2007). A escala apresenta uma confiabilidade teste-reteste e alta confiabilidade interavaliadores (Granger *et al.*, 1979, Collin *et al.*, 1988, de Haan *et al.* 1993 *cit in* Vuadens, 2002). É constituída por 10 itens que mensuram a capacidade funcional referente ao controle de esfíncteres, à higiene pessoal, ida à casa de banho, comer, deambular, transferência da cadeira para a cama, capacidade de se vestir e despir, subir e descer escadas e tomar banho (Mahoney e Barthel, 1965 *cit in* Araújo *et al.*, 2007). Os itens são marcados em pontos de acordo com a quantidade de ajuda e o tempo gasto na prestação da ajuda. Cada AVD apresenta entre 2 a 4 níveis de dependência: a pontuação 0 corresponde à dependência total e a independência pode assumir a pontuação 5, 10 ou 15 em função dos níveis de diferenciação. A sua pontuação global oscila entre 0 e 100 pontos, variando inversamente ao grau de dependência. Neste sentido, quanto maior a pontuação menor o grau de dependência de acordo com os seguintes pontos de corte: 90 a 100 – independente; 60 a 89 – ligeiramente dependente; 40 a 59 – moderadamente dependente; 20 a 39 – severamente dependente e menor que 20 – totalmente dependente (Grelha, 2009). O score máximo indica funcionalidade normal (Vuadens, 2002, Araújo *et al.*, 2007).

No âmbito de monitorizar a evolução da capacidade funcional em programas de reabilitação, usa-se o valor que resulta da diferença (saldo) entre o IB na alta e o IB na admissão, em que um valor positivo corresponde a uma melhoria significativa na capacidade funcional, e um resultado negativo equivale a um agravamento.

Numa revisão crítica de mais de vinte escalas de AVDs, Law e Letts (1989 *cit in* Vuadens, 2002), analisaram as funções mais adequadas para cada índice e recomendaram o índice de Barthel. Assim, estamos perante uma escala que avalia a capacidade de execução de AVD's e as suas orientações centram-se em focos reais e não potenciais (Vuadens, 2002). O

tempo dispendido no preenchimento da escala é curto (poucos minutos), o seu custo é baixo, pode ser efectuado por profissionais, cuidadores informais e pelos próprios doentes, permitindo monitorizações longitudinais; sendo que estas são algumas das características que fazem desta escala uma das mais usadas na prática clínica e na investigação. Numerosos estudos têm demonstrado a sua validade de construção. Araújo *et al.* (2007) consideram o IB profusamente utilizado, desde o intra-hospitalar às unidades de convalescença, bem como em centros de reabilitação. A sua grande desvantagem é que não tem em conta aspectos cognitivos, sociais ou actividades domésticas (Hsieh *et al.*, 1999 *cit in* Vuadens, 2002).

▪ **Escala Rancho Los Amigos**

No sentido de enquadrar o nível de consciência do doente e a sua capacidade de interagir com o ambiente, tivemos necessidade de usar como ferramenta descritiva a Escala Rancho Los Amigos (ERLA) na sua versão original intitulada de Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning, concebida para fornecer uma descrição de oito níveis da função cognitiva que revelam o comportamento do doente vítima de lesão cerebral durante a sua progressão. Timmons *et al.*, 1987, Zafonte *et al.* 1996 *cit in* Salter, Jutai e Teasell (2011) consideram que apesar de esta não ter sido expectada como uma escala e nem como uma medida de resultados, trata-se de um índice global usado para descrever a interacção, a consciência ambiental e competência comportamental. É usada para monitorizar a evolução e classificar resultados em doentes com lesão cerebral (Gouvier *et al.* 1987 *cit in* Salter *et al.*, 2011), tornando-se o seu uso indispensável no planeamento, tratamento e acompanhamento durante a recuperação e a sua classificação traduz-se em níveis de resultados.

Esta escala tem, como já referido, oito níveis que descrevem o comportamento do doente, assim: o nível *I - Sem resposta* representa o doente em coma; que não responde a sons, sinais, luzes, toque ou movimento; no nível *II - Resposta Generalizada*, o doente reage inconsciente, com resposta despropositada e inespecífica a estímulos; respostas limitadas, frequentemente as mesmas independentemente do estímulo; no nível *III - Resposta Localizada*, o doente reage especificamente, mas inconscientemente aos estímulos; pode seguir comandos simples num modo inconsciente e retardado, como fechar os olhos ou apertar a mão; no nível *IV - Confuso / Agitado*, representativo de um estado intensificado de actividade; comportamento bizarro, despropositado relativamente ao ambiente imediato;

incapaz de cooperar com esforços do tratamento; frequentemente as verbalizações são incoerentes e/ou inadequadas; amnésia a curto ou longo prazo; no nível *V - Confuso / Inadequado*, o doente mostra-se incapaz de responder a comandos simples de modo consistente; atenção geral ao ambiente; muito desatento e sem capacidade de focar a atenção numa tarefa específica; concentra-se em actividades básicas (comer, alívio da dor, regressar a cama, ir ao wc, regressar a casa); incapaz de aprender novas informações; no nível *VI - Confuso / Apropriado*, o comportamento do doente é dirigido para as metas, mas dependente de informações ou orientações externas; presta atenção por um período de cerca de 30 minutos, com comportamento adequado mas dificuldade em concentrar-se em ambiente barulhento ou quando a actividade requer etapas diferentes; maior profundidade e detalhe nas memórias passadas que nas recentes; no nível *VII - Automático / Apropriado*, o doente parece apropriado e orientado no hospital e no domicílio; passa pela rotina diária automaticamente, com confusão mínima ou ausente, tem recordações superficiais das actividades; necessita de supervisão devido às noções de segurança e julgamento diminuídos; não compreende completamente o impacto dos seus problemas físicos e mentais; no nível *VIII - Intencional / Apropriado*, o doente já é capaz de se lembrar e integrar eventos passados e recentes, percebe e reage ao ambiente; exhibe transferência para novas aprendizagens, não necessita de supervisão uma vez aprendidas as actividades; pode continuar a exhibir uma capacidade diminuída de: raciocínio abstracto, tolerância ao stress e julgamento em emergência ou circunstâncias peculiares.

O quadro seguinte, reflecte as características psicométricas de alguns autores que já utilizaram esta escala em diversos estudos e correlacionam a ERLA com outras escalas e avaliações, nomeadamente a situação laboral do doente pós-alta.

Quadro 3 – Características da Escala Rancho Los Amigos – ERLA

Confiança	<ul style="list-style-type: none"> . Test-reteste: $r = 0.82$ (Gouvier <i>et al.</i>, 1987) . Confiabilidade interobservador: média = 0.89 (Gouvier <i>et al.</i>, 1987); $r = 0.84$, índice de confiabilidade global = 0.91, $k = 0.31$ (Beauchamp <i>et al.</i>, 2001).
Validade	<ul style="list-style-type: none"> . Validade corrente: - avaliações da ERLA são correlacionadas com avaliações no momento da admissão ($r = 0.92$) e alta da reabilitação ($r = 0.73$), avaliações da ERLA estão relacionadas significativamente com avaliações da Glasgow Outcome Scale (GOS): pontuações (0.76) (Gouvier <i>et al.</i>, 1987); avaliações da ERLA e pontuações no Functional Cognition Index (FCI) estão correlacionadas na admissão ($r = 0.79$) e na alta após internamento em reabilitação ($r = 0.77$) (Labi <i>et al.</i>, 1998); GOS e ERLA estão relacionadas significativamente ($r = 0.329$; $p < 0.05$; Hall <i>et al.</i>, 1993). . Validade de constructo (grupos conhecidos): avaliações da ERLA poderiam discriminar grupos com base em categorias de recomendação vocacional: voltar ao trabalho, formação profissional, com apoio e terapia ($p < 0.0001$) (Mysiw <i>et al.</i>, 1989). . Validade preditiva: -avaliações iniciais da ERLA estão correlacionadas com avaliações de GOS ($r = 0.57$), pontuações colectadas no momento da alta de reabilitação (Gouvier <i>et al.</i>, 1987); avaliações da ERLA na admissão e na alta de reabilitação, bem como mudanças nas avaliações da ERLA foram significativamente associadas com desemprego em um ano após-lesão (Cifu <i>et al.</i>, 1997); avaliações iniciais e na alta da ERLA estão significativamente relacionadas ao status profissional até 26 meses após lesão (Rao e Kilgore, 1997).
Capacidade de Resposta	<ul style="list-style-type: none"> . Numa avaliação longitudinal houve melhoria funcional na avaliação da ERLA em avaliações de 3 a 6 meses e de 6 a 12 meses após lesão – estas melhorias normalmente correspondem a melhorias no desempenho funcional (Timmons <i>et al.</i>, 1987).
Outros formatos	<ul style="list-style-type: none"> . Uma revisão da ERLA incorpora níveis adicionais de assistência e inclui dois estádios complementares ao nível Intencional – Adequado, que incorpora graus diferenciados de necessidade de cuidados (Hagen, 1997).

Fonte: Quadro traduzido e baseado em Salter, K. B. A., Jutai J., Teasell R. (2011). Assessment of Outcomes Following Acquired/Traumatic Brain Injury. ERABI Research Groups.

2.3 – PROCEDIMENTOS

De acordo com os objectivos definidos para este estudo adoptou-se como metodologia aplicar um formulário aos doentes, preenchido pelos enfermeiros que trabalham nas unidades de AVC, já referenciadas no capítulo subjacente aos participantes. A aplicação das escalas, constituintes do formulário, foi processada em dois momentos distintos: às 24 horas após AVC e no dia da alta. Foi enviado a cada uma das instituições já mencionadas, um ofício, concretizando formalmente o pedido para aplicação do formulário. Após a autorização destas (Anexo II), realizou-se um primeiro contacto com os enfermeiros das unidades de AVC das instituições hospitalares, onde lhes foi explicitado o objectivo do estudo, apresentado o instrumento de colheita de dados, solicitada a colaboração para a concretização da investigação e uniformizaram-se os critérios de aplicação. Foi fornecida uma régua de bolso com a ERLA para os enfermeiros ficarem familiarizados com a escala, devido ao seu desconhecimento prévio. Todas as instituições contactadas se mostraram receptivas ao estudo, apesar de na recolha das colheitas de dados se ter verificado que em só em uma unidade de AVC os enfermeiros responderam aos questionários.

A colheita de dados decorreu desde o dia 1 Fevereiro de 2011 até dia 31 de Agosto de 2011 e o tempo médio de preenchimento do formulário foi de aproximadamente 10 minutos.

A informação recolhida foi tratada e processada no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 19.0 para Windows.

À que salientar que em termos de análise estatística, ao caracterizar-mos a nossa amostra, recorreremos a medidas de tendência central como a média amostral, medidas de dispersão como o coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de assimetria e achatamento de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (SK) calcula-se através do cociente entre (SK) com o erro padrão (Std. Error). Se SK/Std_{Error} oscilar entre -2 e 2 , a distribuição é simétrica. Mas se SK/Std_{Error} for inferior a -2 , a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/Std_{Error} for superior a $+2$, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana e Gajreiro, 2003). Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão (Std. Error). Deste modo se K/Std_{Error} oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/Std_{Error} for inferior a -2 , a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/Std_{Error} superior a

+2, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Os testes de independência do Qui-Quadrado e dos resíduos ajustados possibilitam analisar a relação de independência, enquanto que o primeiro apenas informa se há ou não relação entre as variáveis, os resíduos ajustados indicam as células com comportamentos diferentes do esperado (Pestana e Gageiro, 2005). Estes autores consideram que o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de Qui-Quadrado na medida em que “os resíduos ajustados na forma estandardizada informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis (...) os valores elevados dos resíduos indicam uma relação de dependência entre as duas variáveis” (Pestana e Gageiro, 2003, p. 141).

Em toda a análise estatística, assumimos 0.05 como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Concretamente assumimos os seguintes níveis de significância, referenciados por Pestana e Gageiro (2003): $p \geq 0.05$ - não significativo; $p < 0.05$ - ligeiramente significativo; $p < 0.01$ - muito significativo e $p < 0.001$ - altamente significativo. Para a análise do coeficiente de variação (CV), que permite comparar a percentagem de dispersão de uma variável face à outra, seleccionamos os graus de dispersão apresentados pelos mesmos autores (2003): $CV \leq 5\%$ – dispersão fraca; $15\% < CV \leq 30\%$ – dispersão moderada e $CV > 30\%$ – dispersão elevada.

Assim, para uma probabilidade igual a 0.05, quando os resíduos se situam entre -1,96 e 1,96: o comportamento é semelhante ao esperado; inferior a -1.96, significa que a célula tem um comportamento significativamente inferior ao esperado e acima de 1.96: significa que a célula tem um comportamento significativamente superior ao esperado. Quando os resíduos ajustados se situam fora do intervalo: -1.96 e 1.96: há relação entre as variáveis. “A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna” (Pestana e Gageiro, 2005, p. 131).

Salientamos ainda que antes de efectuarmos a análise estatística propriamente dita, procedemos ao exame prévio dos dados, onde se verifica a existência de desvios relativamente à normalidade das distribuições de algumas variáveis em estudo. Esta constatação associada à pouca representatividade da amostra ($n = 61$) conduz ao não preenchimento dos requisitos para a aplicação de testes paramétricos, pelo que foram utilizados os seguintes testes não-paramétricos:

- **Teste de Mann-Whitney**

O teste de Mann-Whitney é a alternativa mais comum ao teste paramétrico *t*-Student (Maroco, 2007). É usado quando “à violação da normalidade, ou quando os *n*’s são pequenos (...). Este teste possibilita verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos ou a existência de diferenças no pós-teste entre duas condições experimentais” (Pestana e Gageiro, 2005, p. 444).

- **Teste de Kruskal-Wallis**

Este teste é uma alternativa ao teste paramétrico ANOVA *one-way* (Maroco, 2007). Assim, é um teste utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos da normalidade e da igualdade das variâncias. “Permite ver se existem diferenças no pós-teste entre três ou mais condições experimentais” (Pestana e Gageiro, 2005, p. 455).

- **Teste de Wilcoxon**

De acordo com Maroco (2007, p. 214), este teste tem como aplicação “a comparação de duas medianas populacionais a partir de amostras emparelhadas”. Segundo Pestana e Gageiro (2005), o teste de Wilcoxon analisa diferenças entre duas condições: pré-teste e pós-teste no mesmo grupo de sujeitos; “é uma alternativa não paramétrica ao teste *t* para amostras emparelhadas” (p. 477).

3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, subjacente à análise dos resultados, procuramos caracterizar a amostra em estudo e analisar como é que as variáveis influenciam a capacidade funcional física e cognitiva dos doentes, tendo por referência os objectivos que orientaram a presente investigação.

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim, através do estudo das associações entre as variáveis independentes e a variável dependente da nossa investigação, à verificação da validade dos objectivos formulados.

3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A estatística descritiva permite “resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra” (Fortin, 1999, p.269). Desta forma, a análise descritiva consiste na descrição das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos, descrevendo os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 1999). Por uma questão de organização estrutural, subdividimos a análise descritiva dos resultados da amostra em estudo em:

- Caracterização sócio-demográfica;
- Caracterização clínica;
- Caracterização circunstancial subjacente à alta;
- Caracterização da capacidade funcional.

A apresentação destes dados surge esquematizada em várias tabelas e quadros, precedidas das análises correspondentes, salientando-se que a análise inerente às frequências relativas e percentuais será processada em função dos valores expressos na coluna das respectivas tabelas e quadros.

3.1.1. Caracterização sócio-demográfica

Na caracterização sócio-demográfica intrínseca ao doente com AVC, considerámos os seguintes indicadores:

- Idade e género

Pela análise da tabela 1, podemos constatar que a amostra utilizada no nosso estudo é constituída por 61 doentes, 21 do sexo feminino (34.43%) e 40 do sexo masculino (65.57%). Constatamos igualmente que a idade dos 61 elementos da amostra total oscila entre um mínimo de 45 anos e um máximo de 91 anos, correspondendo-lhe uma idade média actual de 72.54 anos, um desvio padrão de 11.29 anos e um coeficiente de variação de 0,1556 (15,56%), que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verificamos que a média de idades para o sexo masculino ($\bar{x}=72.80$) é superior à do sexo feminino ($\bar{x}=72.05$), apresentando ambos uma dispersão moderada ($15\% < CV \leq 30\%$).

Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), podemos concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos, é simétrica e mesocúrtica com excepção para a totalidade da amostra que indicia um enviesamento à direita.

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo o género

Idade	N	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Masculino	40	49	91	72.80	11.36	-1.780	-0.935	15.60
Feminino	21	45	84	72.05	11.40	-1.920	-0.062	15.58
Total	61	45	91	72.54	11.29	-2.428	-0.827	15.56

Analisando os resultados em função da distribuição dos elementos da amostra por grupos etários (cf. Tabela 2), constata-se que o grupo etário com maior representatividade é o dos 81-91 anos (27.8%), seguindo-se o grupo com idades compreendidas entre 63 e os 75 anos com 26.2%. Os outros grupos etários são menos representativos com igual percentagem (23.0%) agrupando os doentes com idades entre os 45 e 62 anos e entre 76 e os 80 anos.

Particularizando esta análise em função do sexo, verificamos que os doentes do sexo masculino, com idade compreendida entre os 81-91 anos apresentam uma maior percentagem (27.5%), sendo o grupo etário dos 63-75 anos o menos representativo (22.5%). No que concerne ao sexo feminino, podemos observar que a expressão da distribuição das idades, associada ao grupo etário mais representativo é o grupo dos 63-75 anos (33.3%) e os menos representativos são igualmente os grupos etários dos 45-62 anos e o dos 76-80 anos (19%). As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas conforme se pôde comprovar pela realização do teste de Qui-Quadrado ($x^2 = 1.047$; $p = .790$) e os valores dos resíduos ajustados.

Tabela 2 - Distribuição da amostra por grupo etário em função do género

Grupo Etário	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	Masculino		n	%	n	%	Masc.	Fem.
45 – 62	10	25.0	4	19.0	14	23.0	.5	-.5
63 – 75	9	22.5	7	33.3	16	26.2	-.9	.9
76 – 80	10	25.0	4	19.0	14	23.0	.5	-.5
81 – 91	11	27.5	6	28.7	17	27.8	-.1	.1
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>		

▪ *Estado civil e género*

Em termos de estado civil constatamos (cf. Tabela 3) que a grande maioria dos doentes da amostra é casado (78.7%), sendo que este facto é mais evidente no grupo de doentes do sexo masculino (87.5%) comparativamente ao do sexo feminino (61.9%). O contrário se passa com os doentes cujo estado civil é viúvo representando a minoria da amostra (21.3%) e em que o sexo feminino é o mais representativo (38.1%). Um aspecto importante que se constata é não haver representatividade de sujeitos solteiros e nem divorciados na amostra. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas ($x^2 = 5.380$; $p = .020$) situando-se essas diferenças pelos residuais entre os casados e do sexo masculino e viúvos do sexo feminino.

Tabela 3 - Distribuição da amostra por estado civil em função do gênero

Estado Civil	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	n	%	n	%	Masc	Fem.		
Casado	35	87.5	13	61.9	48	78.7	2.3	-2.3		
Viúvo	5	12.5	8	38.1	13	21.3	-.2.3	2.3		
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>				

▪ Zona de residência e gênero

Relativamente à zona de residência, os indivíduos da nossa amostra (cf. Tabela 4) vivem, na sua maioria em zona rural (67.2%), e apenas 32.8% vive numa zona urbana. Em ambas as áreas é maior a representatividade do número de sujeitos do sexo masculino relativamente ao feminino. O teste de Qui-Quadrado não evidencia significância estatística entre os grupos ($\chi^2 = .004$; $p = .947$).

Tabela 4 - Distribuição da amostra por zona de residência em função do gênero

Zona de Residência	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	n	%	n	%	Mas.	Fem.		
Urbana	13	32.5	7	33.3	20	32.8	-.1	.1		
Rural	27	67.5	14	66.7	41	67.2	.1	-.1		
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>				

▪ Habilitações literárias e gênero

Quanto às habilitações literárias (cf. Tabela 5), foram agrupados os níveis de escolaridade em grupos; assim o grupo Sem Escolaridade inclui os sujeitos que não sabem ler nem escrever e com menos de 4 anos de escolaridade; ao grupo Ensino Básico pertencem os sujeitos com 4 anos de escolaridade (1º Ciclo), 4 a 6 anos de escolaridade (2º Ciclo) e com 7 a 9 anos de escolaridade (3º Ciclo); do grupo Ensino Superior fazem parte sujeitos com cursos superiores e doutoramento. Nenhum elemento da amostra tem apenas o Ensino Secundário (10-12 anos de escolaridade). O grupo mais representativo é o grupo com o ensino básico (55.8%). O grupo menos representativo é o do ensino superior, apenas com 4.9%, tendo um indivíduo do sexo masculino o doutoramento. A percentagem de indivíduos do sexo

masculino é maior relativamente ao sexo feminino em todos os grupos. Não se verificaram significâncias estatísticas entre os grupos ($\chi^2 = .167$; $p = .920$).

Tabela 5 - Distribuição da amostra por habilitações literárias em função do género

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Sem Escolaridade	15	37.5	9	42.9	24	39.3	-.4	.4
Ensino Básico	23	57.5	11	52.3	34	55.8	.4	-.4
Ensino Superior	2	5.0	1	4.8	3	4.9	Não aplicável	
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>		

▪ Situação Laboral e género

Relativamente à situação laboral (cf. Tabela 6), a maioria dos elementos da nossa amostra são reformados (75.4%), a seguir aos reformados o grupo mais representativo é constituído pelos sujeitos que se encontram empregados (19.7%), dos quais 75.0% são empregados activos e 25% estão com baixa. Dois sujeitos da amostra, um do sexo masculino e outro do sexo feminino estão desempregados, e há ainda um elemento do sexo feminino que assume funções de doméstica.

Pelo valor de $\chi^2 = 2.595$ a relação entre as variáveis é válida mas não significativa ($p = .458$).

Tabela 6 - Distribuição da amostra por situação laboral em função do género

Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
Situação Laboral		N	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Empregado	Activo	6	15.0	3	14.2	9	14.8	.8	-.8
	Com Baixa	3	7.5	0	.0	3	4.9	Não aplicável	
Desempregado		1	2.5	1	4.8	2	3.3	Não aplicável	
Reformado		30	75.0	16	76.2	46	75.4	-.1	.1
Doméstica		0	.0	1	4.8	1	1.6	Não aplicável	
<i>Total</i>		<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>		

▪ *Profissão e género*

De forma a simplificar a análise desta variável, agruparam-se as diversas profissões em Grandes Grupos (cf. Tabela 7), abrangendo cada um deles, profissões de alguma maneira ligadas entre si pela formação exigida e pelo tipo de trabalho executado (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001). Assim, e de acordo com a Classificação Nacional de Profissões, o Grupo 1 representa Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa, que é constituído apenas por um elemento do sexo masculino da nossa amostra. O Grupo 2: Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, é constituído por 3 elementos da nossa amostra; o Grupo 3: Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio, é formado por 6 elementos; o Grupo 4: Pessoal Administrativo e Similares, é representado por 3 indivíduos; o Grupo 5: Pessoal dos Serviços e Vendedores abrange apenas um elemento do sexo feminino; o Grupo 6: Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas, é o grupo mais representativo da amostra com 29 elementos (47.6%); o Grupo 7: Operários, Artífices e Trabalhadores Similares, constitui o segundo maior grupo representativo da amostra com 14.9%; o Grupo 8: Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem, é constituído por 3 elementos do sexo masculino; e finalmente o Grupo 9: Trabalhadores Não Qualificados reúne 6 elementos, 4 do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

A relação entre as variáveis é válida mas não significativa ($\chi^2 = 9.141$; $p = .331$).

Tabela 7 - Distribuição da amostra por grupo profissional em função do género

Grupo Profissional	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	Masculino		n	%	n	%	Mas.	Fem.
	n	%						
Quadros Superiores	1	2.5	0	.0	1	1.6	Não aplicável	
Especialistas Intelectuais e científicos	2	5.0	1	4.8	3	4.9	Não aplicável	
Técnicos nível intermédio	5	12.5	1	4.8	6	9.8	Não aplicável	
Pessoal administrativo e similar	1	2.5	2	9.5	3	4.9	Não aplicável	
Comércio / Vendedores	0	.0	1	4.8	1	1.6	Não aplicável	
Agricultores e trabalhadores rurais	20	50.0	9	42.8	29	47.6	-1.4	1.4
Operários, artífices e similares	6	15.0	3	14.3	9	14.9	.1	-.1
Operadores de instalações e máquinas	3	7.5	0	.0	3	4.9	Não aplicável	
Trabalhadores não qualificados	2	5.0	4	19.0	6	9.8	Não aplicável	
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>		

- Condições Habitacionais e género

A análise desta variável mostra-nos (cf. Tabela 8) que 41 elementos da nossa amostra (67.2%) vivem em moradia, dos quais 34 sujeitos têm escadas e 7 não têm. Em apartamento, vivem 18 pessoas (29.5%), das quais 5 dispõem de elevador e 13 vivem em apartamentos sem elevador. Apenas 3.3% residem em lar.

Tabela 8 - Distribuição da amostra por condições habitacionais em função do género

Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Moradia	Com Escadas	21	52.6	13	62.0	34	55.8	-1.2	1.2
	Sem Escadas	6	14.9	1	4.7	7	11.4	Não aplicável	
Apartamento	Com Elevador	4	10.0	1	4.7	5	8.2	Não aplicável	
	Sem Elevador	7	17.5	6	28.6	13	21.3	-1.0	1.0
Lar		2	5.0	0	.0	2	3.3	Não aplicável	
<i>Total</i>		<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>		

3.1.2. Caracterização Clínica

Na caracterização clínica inerente ao doente com AVC (cf. Quadro 3 e Tabelas 9, 10 e 11), considerámos os seguintes indicadores:

- Tipo de AVC

De acordo com a análise do quadro 3, podemos constatar que o tipo de AVC isquémico é o mais representativo com 86.9%, seguido do hemorrágico com 9.8%. Só dois elementos do sexo masculino sofreram um AVC isquémico com transformação hemorrágica.

- Tempo de Internamento

O tempo de internamento menos duradouro, isto é, inferior a 7 dias, é o mais representativo da amostra com 49.2%. O tempo de internamento superior a 14 dias regista o valor menos expressivo: 18%. No tempo de internamento dos 7 aos 14 dias, o sexo feminino surge em maior valor relativamente ao sexo masculino, contrariamente ao que acontece nos outros grupos.

- Lado da Lesão

O que podemos constatar é que o AVC no hemisfério esquerdo evidenciou-se em 30 elementos, seguido do AVC no hemisfério direito em 24 sujeitos. O grupo menos representativo é o AVC com localização no tronco cerebral/cerebelo, apenas com 2 elementos do sexo masculino. A imagiologia revelada nas Tomografias Axiais Computorizadas revelou que em 5 elementos da amostra, o AVC apresentava focos em ambos os hemisféricos.

- Factores de Risco

No que concerne aos factores de risco, a HTA é o factor mais representativo com 40.1%, seguida da diabetes com 17.5%, doença cardíaca com 14.2% e hipercolesterolemia com 13.3%. Os factores de risco: etilismo e obesidade apresentam a mesma percentagem (5.8%). O tabagismo representa 2.5% da amostra e é constituído apenas por indivíduos do sexo masculino. A contracepção oral constitui o factor de risco menos representativo sendo respeitante a um único elemento do sexo feminino. Apenas um elemento da amostra não apresenta qualquer factor de risco associado.

Quadro 3: Variáveis Clínicas: Tipo de AVC, Tempo de Internamento, Lado da Lesão e Factores de Risco, em função do Género

Variáveis Clínicas	Sexo		Masculino (n=40)		Feminino (n=21)		Total (n=61)		Residuais	
	N	%	n	%	N	%	Mas.	Fem		
Tipo de AVC										
Isquémico	34	85.0	19	90.5	53	86.9	-.6	.6		
Hemorrágico	4	10.0	2	9.5	6	9.8	Não aplicável			
Isquémico com transformação hemorrágica	2	5.0	0	.0	2	3.3	Não aplicável			
Tempo de Internamento										
Até 7 dias	20	50.0	10	47.6	30	49.2	.2	-.2		
De 7 a 14 dias	9	22.5	11	52.4	20	32.8	-2.4	2.4		
Mais de 14 dias	11	27.5	0	.0	11	18.0	2.7	-2.7		
Local da Lesão										
Hemisfério Direito	14	35.0	10	47.6	24	39.3	-1.0	1.0		
Hemisfério Esquerdo	21	52.5	9	42.9	30	49.2	.7	-.7		
Tronco Cerebral/Cerebelo	2	5.0	0	.0	2	3.3	Não aplicável			
Outro	3	7.5	2	9.5	5	8.2	Não aplicável			
Factores de Risco										
HTA	32	42.2	16	36.3	48	40.1	.3	-.3		
Diabetes	15	19.8	6	13.6	21	17.5	.7	-.7		
Doença Cardíaca	9	11.9	8	18.2	17	14.2	-1.3	1.3		
Hipercolesterolemia	7	9.3	9	20.5	16	13.3	-2.1	2.1		
Tabagismo	3	7.6	0	.0	3	2.5	Não aplicável			
Etilismo	6	3.9	1	2.3	7	5.8	Não aplicável			
Obesidade	4	5.3	3	6.8	7	5.8	Não aplicável			
Contraceptivo Oral	0	.0	1	2.3	1	0.8	Não aplicável			

▪ Programa de Reabilitação

Centrando-nos agora nos resultados afectos à caracterização da amostra de acordo com o programa de reabilitação. Podemos constatar (cf. Tabela 9) que dos 61 elementos constituintes da amostra, apenas 41 foram sujeitos a programas de reabilitação (67.2%), tendo maior representatividade o sexo masculino relativamente ao feminino.

Tabela 9 - Programa de Reabilitação em função do género

Programa de Reabilitação	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.		
Não	14	35.0	6	28.6	20	32.8	.5	-.5		
Sim	26	65.0	15	71.4	41	67.2	-.5	.5		
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>				

Quanto aos profissionais de saúde que realizaram o programa de reabilitação, foram na sua maioria, os fisioterapeutas (92.7%). Apenas 7.3% são atribuídos à Terapia da Fala necessitando deste tipo de reabilitação o sexo feminino em uma proporção de 2:1 relativamente ao sexo masculino.

Tabela 10 - Por quem foi realizado o programa de reabilitação em função do género

Por Quem foi Realizado o Programa de Reabilitação	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Mas.	Fem.		
Fisioterapeuta	25	96.2	13	86.7	38	92.7	1.1	-1.1		
Terapia da fala	1	3.8	2	13.3	3	7.3	Não aplicável			
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>				

No que diz respeito ao número de sessões (cf. Tabela 11), este variou entre o mínimo de uma sessão até ao máximo de 13 sessões. Analisando as descrições estatísticas, verificamos que a média do número de sessões é de 5.29 apresentando uma dispersão elevada ($CV > 30\%$).

Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), podemos concluir que a distribuição do número de sessões, no sexo masculino é simétrica e mesocúrtica e no sexo feminino é enviesada à esquerda e leptocúrtica.

Tabela 11 - Estatísticas relativas ao número de sessões em função do género

<i>Número de sessões</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>Sk/Std_{Error}</i>	<i>K/Std_{Error}</i>	<i>CV (%)</i>
Masculino	26	1	13	5.88	3.39	1.000	-1.119	57.65
Feminino	15	2	10	4.27	2.05	2.741	3.089	48.01
Total	41	1	13	5.29	3.04	2.252	-0.425	57.47

3.1.3. Caracterização Circunstancial da Alta

Na caracterização circunstancial no processo da alta do doente com AVC, considerámos os seguintes indicadores:

- *Ensino Formal de preparação para a Alta*

Dos 61 elementos da amostra, o ensino formal de preparação para a alta apenas foi efectuado a 41 elementos que corresponde a 67.2% do total, tendo maior representatividade o sexo masculino relativamente ao feminino. Assim sendo, a quase 1/3 da amostra não foi efectuado ensino formal de preparação para a alta.

Tabela 12 - Ensino formal de preparação para a alta em função do género

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
Ensino Formal de Preparação para a alta								
Não	15	37.5	5	23.8	20	32.8	1.1	-1.1
Sim	25	62.5	16	76.2	41	67.2	-1.1	1.1
Total	40	100.0	21	100.0	61	100.0		

Dos 41 elementos da amostra a quem foi feito ensino formal de preparação para a alta, e de acordo com a Tabela 13, podemos verificar que o ensino foi dirigido na sua maioria ao

cuidador (36.6%), seguido do ensino dirigido a ambos (doente e cuidador) com 34.1% e a apenas 29.3% o ensino foi dirigido ao próprio doente.

Tabela 13 - Receptor do ensino formal de preparação para a alta em função do género

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Masc.	Fem.
A Quem foi Dirigido o Ensino								
Ao Doente	7	28.0	5	31.3	12	29.3	-.2	.2
Ao Cuidador	11	44.0	4	25.0	15	36.6	1.2	-1.2
Ambos (Doente e Cuidador)	7	28.0	7	43.7	14	34.1	-1	1
<i>Total</i>	25	100.0	16	100.0	41	100.0		

De entre os vários profissionais de saúde, nomeadamente: enfermeiro generalista, enfermeiro de reabilitação, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e terapeuta da fala, apenas os enfermeiros planearam e realizaram o ensino formal de preparação para a alta (cf. Tabela 14), tendo maior representatividade o enfermeiro generalista com 80.5%. e apenas 19.5% do ensino foi da responsabilidade do enfermeiro de reabilitação.

Tabela 14 - Prestador do ensino formal de preparação para a alta em função do género

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Mas.	Fem.
Quem Planeou e Realizou o Ensino								
Enfermeiro Generalista	21	84.0	12	75.0	33	80.5	.7	-.7
Enfermeiro de Reabilitação	4	16.0	4	25.0	8	19.5	-.7	.7
<i>Total</i>	25	100.0	16	100.0	41	100.0		

- Ajuda Domiciliar

Quanto à necessidade de ajuda domiciliar após a alta, podemos constatar (cf. Tabela 15) que 37.8% da amostra não carece dessa ajuda e 31.1% necessita de ajuda familiar, precisando a mesma percentagem (31.1%) de ajuda assistencial. Quanto ao género, podemos referir que o sexo masculino é mais representativo quer para não necessitar de qualquer ajuda,

como para precisar de ajuda assistencial. Quanto ao sexo feminino, este é mais representativo para a necessidade de ajuda familiar (47.6%).

Tabela 15 - Necessidade de ajuda domiciliar após a alta em função do género

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	n	%	Mas.	Fem.
Nenhuma	15	35.5	8	38.1	23	37.8	.0	.0
Familiar	9	22.5	10	47.6	19	31.1	-.2	2
Assistencial	16	40.0	3	14.3	19	31.1	2.1	-2.1
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>		

Relativamente à visita domiciliária pré-alta não se previu e nem se efectuou a mesma a nenhum elemento da amostra.

3.1.4. Caracterização da Capacidade Funcional

Para analisar a capacidade funcional do doente com AVC recorreremos a duas escalas distintas: Escala de Barthel e Escala Rancho Los Amigos que avaliam respectivamente a capacidade física e a capacidade cognitiva. As avaliações foram efectuadas em dois momentos distintos: às 24 horas após o AVC e no dia da alta.

- *Escala de Barthel*

No sentido de facilitar a análise foram transformados os valores totais da escala de Barthel em graus de dependência. Assim, tal como podemos constatar na análise da Tabela 16, às 24 horas após o AVC, a maioria dos indivíduos pertencem ao sexo masculino e são Ligeiramente Independentes (27.5%) logo seguidos dos grupos dos indivíduos, também do sexo masculino, Totalmente Dependentes (25.0%), Severamente Dependentes (20.0%) e Moderadamente Dependentes (17.5%). Apenas 10% dos elementos do sexo masculino se encontram Independentes.

Relativamente ao sexo feminino, verificamos que na primeira avaliação (às 24 horas após o AVC), os grupos Severamente Dependentes e Ligeiramente Dependentes apresentam o mesmo valor e também o mais representativo (28.6%), seguidos dos grupos Totalmente Dependentes (23.8%) e Moderadamente Dependentes (19.0%). Não há elementos do sexo feminino Independentes (.0%).

O contrário sucede no momento da alta, em que o grupo dos elementos Independentes assume a maior representatividade nos dois géneros: 40 % no sexo masculino e 38.1% no sexo feminino, seguido do grupo Ligeiramente Dependentes. O grupo com menos representatividade no momento da alta é o Severamente Dependentes e abrange os dois géneros.

No género feminino, o grupo Moderadamente Dependentes, não se modificou, mantendo o mesmo valor percentual às 24horas após o AVC e no momento da alta.

Tabela 16 - Total da Escala de Barthel em função do género

Sexo	Masculino				Feminino				Total			
	24 Horas		Alta		24 Horas		Alta		24 Horas		Alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total da Escala Barthel												
Totalmente Dependente	10	25.0	5	12.5	5	23.8	3	14.3	15	24.6	8	13.1
Severamente Dependente	8	20.0	4	10.0	6	28.6	1	4.8	14	23.0	5	8.2
Moderadamente Dependente	7	17.5	6	15.0	4	19.0	4	19.0	11	18.0	10	16.4
Ligeiramente Dependente	11	27.5	9	22.5	6	28.6	5	23.8	17	27.8	14	23.0
Independente	4	10.0	16	40.0	0	.0	8	38.1	4	6.6	24	39.3
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>40</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>21</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>	<i>61</i>	<i>100.0</i>

▪ *Escala Rancho Los Amigos*

Podemos constatar, pela análise da Tabela 17, que às 24 horas após o AVC, não houve nenhum doente com o menor nível cognitivo, isto é, do Nível I, mas no momento da alta houve um elemento do sexo masculino e outro do sexo feminino. Quanto ao Nível II, houve três sujeitos da amostra às 24 horas e nenhum aquando a alta. O Nível III só está representado no sexo masculino por dois elementos, mantendo-se o mesmo número na segunda avaliação e

no mesmo género. No que diz respeito ao nível IV, existem dois elementos no sexo masculino e dois elementos no sexo feminino na primeira avaliação, isto é às 24 horas após o AVC, e na alta não se verifica nenhum indivíduo com este Nível em ambos os géneros (.0%). O nível V tem maior representatividade às 24 horas (16.4%) relativamente à alta (8.2%), tendo mais elementos o sexo masculino relativamente ao sexo feminino em ambos os momentos de avaliação. O Nível VI é caracterizado por ter a mesma quantidade de elementos do sexo feminino às 24 horas e na alta (28.6%), tendo o sexo masculino três elementos na primeira avaliação e ficando com dois sujeitos no momento da alta.

O grupo mais representativo da amostra com 37.6%, é o Nível VII em ambos os géneros, aquando a primeira avaliação. Já no momento da alta, é o Nível VIII, o grupo mais representativo, também em ambos os sexos, com 45.9%.

Tabela 17 - Escala de Rancho Los Amigos em função do género

Sexo	Masculino				Feminino				Total			
	24 Horas		Alta		24 Horas		Alta		24 Horas		Alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nível I	0	.0	1	2.5	0	.0	1	4.8	0	.0	2	3.3
Nível II	2	5.0	0	.0	1	4.8	0	.0	3	4.9	0	.0
Nível III	2	5.0	2	5.0	0	.0	0	.0	2	3.3	2	3.3
Nível IV	2	5.0	0	.0	2	9.5	0	.0	4	6.6	0	.0
Nível V	6	15.0	4	10.0	4	19.0	1	4.8	10	16.4	5	8.2
Nível VI	3	7.5	2	5.0	6	28.6	6	28.6	9	14.8	8	13.1
Nível VII	16	40.0	10	25.0	7	33.3	6	28.6	23	37.6	16	26.2
Nível VIII	9	22.5	21	52.5	1	4.8	7	33.3	10	16.4	28	45.9
<i>Total</i>	<i>40</i>	<i>100</i>	<i>40</i>	<i>100</i>	<i>21</i>	<i>100</i>	<i>21</i>	<i>100</i>	<i>61</i>	<i>100</i>	<i>61</i>	<i>100</i>

3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos ao procedimento seguinte que consiste em “inferir acerca dos valores dos parâmetros da população teórica de onde foram obtidas as amostras” (Maroco, 2007, p. 55). Com a ajuda da estatística inferencial, isto é, através do recurso à utilização dos testes estatísticos, podemos determinar “se as relações observadas entre certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde esta foi tirada” (Fortin, 1999, p. 269), no entanto, no presente estudo, com as devidas ressalvas, dado que a amostra por nós estudada é do tipo não probabilístico o que nos limita a procedermos a generalizações. Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem por si só, boas estimações dos parâmetros da população.

Após uma análise inicial subjacente aos resultados do estudo da relação entre a capacidade funcional física e cognitiva às 24 horas de internamento e aquando da alta procedemos de seguida ao estudo de outras variáveis, tendo por referência os dois momentos de avaliação no intuito de inferir acerca dos efeitos das variáveis independentes sobre a variável dependente de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objectivos do presente estudo emergentes da seguinte questão de investigação: “*Qual a influência das variáveis de contexto sócio-demográfico e clínico na capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral?*”

▪ **Relação entre a capacidade funcional física e cognitiva às 24 horas de internamento e no momento da alta**

No sentido de analisarmos as diferenças entre os resultados obtidos em cada um dos dois momentos de avaliação (às 24 horas de internamento e na alta), e uma vez que se trata de uma amostra emparelhada, aplicamos o Teste de Wilcoxon (Pestana e Gageiro, 2005). Realizado o mesmo, podemos verificar (cf. Tabela 18) que as ordenações positivas são mais elevadas que as negativas em ambas as avaliações o que traduz uma melhor capacidade funcional física e cognitiva no momento da alta relativamente à capacidade funcional física e cognitiva às 24 horas de internamento salientando-se que estas diferenças são altamente significativas ($p = 0.000$).

Tabela 18 - Teste de Wilcoxon entre a capacidade funcional física e cognitiva mensuradas às 24 horas do internamento e no momento da alta

Avaliações da Capacidade funcional	Ordenações Negativas	Ordenações Positivas	p
Barthel2-Barthel1	9.50	17.74	.000
Rancho2-Rancho1	16.63	18.73	.000

▪ **Relação entre Sexo *versus* Capacidade Funcional**

Procuramos saber em que medida o género discrimina a capacidade funcional. Realizado o teste de U Mann – Whitney (cf. Tabela 19) verificou-se que as ordenações médias são menores nos doentes do sexo feminino em todos os momentos de avaliação das escalas, o que traduz uma menor capacidade funcional relativamente aos doentes do sexo masculino. No entanto, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$) o que infere sobre a independência entre as variáveis em estudo.

Tabela 19 - Teste de U Mann – Whitney entre a capacidade funcional e o género

Capacidade Funcional	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	P
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Total Escala Barthel 1 (às 24 horas)		31.99	29.12	380.500	.546
Total Escala Barthel 2 (na Alta)		31.15	30.71	414.00	.927
Score Escala de Rancho Los Amigos 1 (às 24 horas)		33.39	26.45	324.500	.134
Score Escala de Rancho Los Amigos 2 (na Alta)		32.90	27.38	344.000	.219

▪ **Idade *versus* Capacidade Funcional**

A variável idade foi recodificada em grupos etários. Para analisarmos o efeito da mesma sobre a variável dependente do estudo, recorreremos ao teste estatístico de Kruskal-

Wallis (cf. Tabela 20). Assim, podemos verificar que os grupos com idades entre os 45 e 62 anos apresentam ordenações médias mais altas em todas as subescalas em relação aos restantes grupos etários, traduzindo uma maior capacidade funcional neste grupo etário. De forma oposta se comporta o grupo dos 81-91 anos que apresenta as ordenações médias mais baixas à excepção do momento de avaliação da capacidade cognitiva às 24 horas de internamento.

Tabela 20 - Teste Kruskal-Wallis entre a capacidade funcional e os grupos etários

Capacidade Funcional \ Grupos Etários	45 – 62	63 – 75	76 – 80	81 – 91	X ²	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total Escala Barthel 1 (às 24 Hrs)	37.46	29.38	30.04	28.00	2.550	.466
Total Escala Barthel 2 (na Alta)	41.82	33.59	27.14	22.82	9.935	.019
Score Escala de Rancho Los Amigos 1 (às 24 Hrs)	40.21	33.88	25.14	25.53	7.846	.050
Score Escala de Rancho Los Amigos 2 (na Alta)	42.18	34.25	28.36	20.91	13.468	.004

Após aplicação do teste Post-Hoc de Tukey (com o intuito de localizar as diferenças entre grupos) verificamos que no Rank do Total Escala de Barthel no momento da alta, as comparações múltiplas permitem avaliar uma diferença ligeiramente significativa ($p = .012$) entre os grupos etários: 45-62 anos e 81-91 anos. No Rank da Escala Rancho Los Amigos na alta, constatamos que entre os mesmos grupos etários: 45-62 anos e 81-91 anos, o valor é muito significativo ($p = .001$).

Após esta primeira análise e no intuito de ir ao encontro da estratificação respeitante ao conceito de idoso de acordo com o Instituto Nacional de Estatística [INE, 2001], para o qual idoso é aquele que tem 65 ou mais anos, voltámos a recodificar a variável idade, constituindo apenas dois grupos etários (≤ 64 anos e ≥ 65 anos). Decidimos efectuar uma análise complementar recorrendo ao teste estatístico de U Mann – Whitney cujos resultados estão expressos na Tabela 21. Pela sua análise, constatamos que os doentes com idade inferior ou igual a 64 anos apresentam ordenações médias mais altas na capacidade funcional quer física como também na cognitiva em ambos os momentos de avaliação. Podemos constatar que não há diferenças estatisticamente significativas na primeira avaliação da capacidade funcional física, avaliada pela Escala de Barthel. Porém, apresentam ligeira significância

estatística na primeira avaliação da capacidade cognitiva expressa pela escala Rancho Los Amigos. No momento da alta, quer a capacidade funcional física, tal como a capacidade cognitiva, apresentam um valor muito significativo.

Tabela 21 - Teste de U Mann – Whitney entre a capacidade funcional e o grupo etário

Capacidade Funcional \ Idade	≤ 64anos	≥65 anos	UMW	P
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total Escala Barthel 1 (às 24 Hrs)	35.16	29.52	293.500	.272
Total Escala Barthel 2 (na Alta)	41.28	27.34	195.500	.007
Escala de Rancho Los Amigos 1 (às 24 Hrs)	39.19	28.09	229.000	.026
Escala de Rancho Los Amigos 2 (na Alta)	40.72	27.54	204.500	.007

▪ Tipo de AVC *versus* Capacidade Funcional

Aquando da análise descritiva considerámos três tipos de AVC: isquémico, hemorrágico e isquémico com transformação hemorrágica; no entanto, em virtude de apenas 3.3% dos sujeitos da amostra apresentarem AVC do tipo isquémico com transformação hemorrágica, decidimos não os considerar nesta análise inferencial, tendo a mesma se centrado na localização das diferenças entre a capacidade funcional física e cognitiva dos indivíduos com AVC isquémico e com AVC hemorrágico.

Realizado o teste de U Mann – Whitney (cf. Tabela 22) verificámos que as ordenações médias são menores nos doentes com AVC hemorrágico em todas as avaliações das escalas, o que traduz menor capacidade funcional nos doentes com este tipo de AVC. No entanto, nenhuma destas diferenças adquire significância estatística ($p > 0.05$).

Tabela 22 - Teste de U Mann – Whitney entre a capacidade funcional e o tipo de AVC

Capacidade Funcional \ Tipo de AVC	Isquémico	Hemorragico	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total Escala Barthel 1 (às 24 horas)	31.35	18.08	87.500	.065
Total Escala Barthel 2 (na Alta)	30.85	22.50	114.000	.238
Escala de Rancho Los Amigos 1 (às 24 horas)	30.82	22.75	136.500	.258
Escala de Rancho Los Amigos 2 (na Alta)	30.94	21.67	130.000	.179

No sentido de analisarmos melhor as diferenças entre os dois momentos de avaliação (às 24 horas de internamento e na alta) e uma vez que se trata do mesmo grupo de sujeitos, aplicamos o Teste de Wilcoxon (Pestana e Gageiro, 2005). Realizado o mesmo, podemos verificar (cf. Tabela 23) que as ordenações positivas são mais elevadas que as negativas em todas as avaliações e para ambos os tipos de AVC, o que mostra uma melhoria da capacidade funcional física e cognitiva na alta. As avaliações de Barthel e ERLA no AVC isquémico apresentam diferenças estatísticas altamente significativas ($p = 0.000$).

Tabela 23 - Teste de Wilcoxon entre o tipo de AVC e os totais das avaliações de Barthel e Rancho Los Amigos

Tipo de AVC	Momentos de Avaliação	Ordenações Negativas	Ordenações Positivas	p
AVC isquémico	Barthel2-Barthel1	8.50	15.74	.000
	Rancho2-Rancho1	11.50	16.31	.000
AVC hemorrágico	Barthel2-Barthel1	.00	2.50	.066
	Rancho2-Rancho1	1.50	2.25	.414

▪ **Tempo de Internamento versus Capacidade Funcional**

No sentido de dar corpo ao estudo desta relação, agrupámos o tempo de internamento, tendo por referência uma semana de permanência no serviço: internamento até 7 dias (N = 30) e internamento \geq 7 dias (N = 31).

Efectuamos o teste de U Mann – Whitney e pelos resultados apresentados na tabela 24 observa-se que os doentes com internamento inferior a 7 dias apresentam ordenações médias mais altas em todos os momentos de avaliação através das diferentes escalas, condizentes a uma melhor capacidade funcional a todos os níveis. As diferenças encontradas são altamente significativas no momento da alta entre os dois grupos (< 7 dias e ≥ 7 dias) respeitante à avaliação da capacidade física ($p = 0.000$) e as diferenças são estatisticamente muito significativas às 24 horas de internamento, também nesta capacidade ($p = 0.001$). Quanto à capacidade funcional cognitiva, em ambos os momentos de avaliação, as diferenças entre os grupos são estatisticamente muito significativas ($p < 0.01$).

Tabela 24 - Teste de U Mann – Whitney entre a capacidade funcional e o tempo de internamento

Tempo de Internamento \ Capacidade Funcional	<7 dias	≥ 7 dias	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total Escala Barthel 1 (às 24 horas)	38.65	23.60	235.500	.001
Total Escala Barthel 2 (na Alta)	38.73	23.52	233.000	.000
Escala de Rancho Los Amigos 1 (às 24 horas)	36.95	25.24	286.500	.008
Escala de Rancho Los Amigos 2 (na Alta)	37.10	25.10	282.000	.005

Aplicando o Teste de Wilcoxon, para uma análise complementar com a finalidade de conhecer a evolução da capacidade funcional física e cognitiva em cada grupo de sujeitos em separado, podemos verificar (cf. Tabela 25) que as ordenações positivas são mais elevadas que as negativas apenas nas avaliações da capacidade física, avaliada pela escala de Barthel, em ambos os grupos de doentes (com tempo de internamento inferior a sete dias e com tempo

de internamento superior ou igual a 7 dias), apresentando valores de significância estatística altamente significativos ($p = 0.000$).

O sentido dos resultados altera-se para a capacidade cognitiva avaliada pela ERLA em ambos os grupos de doentes onde as ordenações negativas são superiores às positivas. Neste âmbito, as diferenças encontradas são muito significativas ($p < 0.01$) sugestivas de uma menor capacidade funcional cognitiva, independentemente do tempo de internamento.

Tabela 25 - Teste de Wilcoxon entre o tempo de internamento e os totais das avaliações de Barthel e Rancho Los Amigos

Tempo de Internamento	Momentos de Avaliação	Ordenações Negativas	Ordenações Positivas	p
<7 dias	Barthel2-Barthel1	.00	11.50	.000
	Rancho2-Rancho1	11.00	9.81	.009
≥ 7 dias	Barthel2-Barthel1	6.83	14.90	.000
	Rancho2-Rancho1	10.25	9.97	.002

▪ **Lado da Lesão *versus* Capacidade Funcional**

Apesar de no momento da análise descritiva termos considerado doentes com AVC localizado no hemisfério direito, hemisfério esquerdo, tronco cerebral/cerebelo e outra localização (envolvendo ambos os hemisférios), para a análise inferencial, e dada a pequena percentagem de doentes com lesões nos dois últimos grupos (representando apenas 11.5% da amostra) decidimos não os considerar na análise inferencial.

Assim, recorrendo ao teste estatístico de Teste de U Mann – Whitney para o estudo da relação entre a capacidade funcional e o lado da lesão do AVC (hemisfério direito e hemisfério esquerdo) e pelos resultados obtidos e expressos na tabela 26, podemos verificar que os doentes com lesão no hemisfério direito têm ordenação média mais elevada no primeiro momento de avaliação (às 24 horas de internamento), traduzindo melhor capacidade funcional física e cognitiva comparativamente aos doentes vítimas de AVC no hemisfério esquerdo. No momento da alta, o grupo com ordenação média mais elevada, quer a nível da capacidade física como cognitiva é o grupo constituído pelos doentes com AVC localizado no

hemisfério esquerdo. No entanto pelos valores de $p > 0.05$, as diferenças encontradas entre os grupos não são estatisticamente significativas.

Tabela 26 - Teste de U Mann – Whitney entre a capacidade funcional e o lado da lesão

Capacidade Funcional	Lado da Lesão	Hemisfério Direito	Hemisfério Esquerdo	UMW	p
		Ordenação Média	Ordenação Média		
Total Escala Barthel 1 (às 24 horas)		28.56	26.65	334.500	.649
Total Escala Barthel 2 (na Alta)		26.73	28.12	341.500	.737
Escala de Rancho Los Amigos 1 (às 24 horas)		29.77	25.68	305.500	.325
Escala de Rancho Los Amigos 2 (na Alta)		27.02	27.88	348.500	.830

Quando aplicado o Teste de Wilcoxon, podemos constatar (cf. Tabela 27) que todos os doentes tiveram uma evolução positiva, independentemente da localização da lesão, isto é, uma melhoria da capacidade funcional física e cognitiva avaliadas pela escala de Barthel, e ERLA desde a primeira para a segunda avaliação. Em concreto existem diferenças estatísticas altamente significativas entre os dois momentos de avaliação nos doentes com AVC no hemisfério esquerdo ($p = 0.000$) na evolução da capacidade física e muito significativas no grupo de doentes com AVC no hemisfério direito na evolução da capacidade física e no grupo de doentes com AVC no hemisfério esquerdo aquando a evolução da capacidade cognitiva ($p < 0.01$). Nos doentes com AVC no hemisfério direito e no que diz respeito à evolução da capacidade cognitiva, as diferenças são ligeiramente significativas ($p = 0.012$).

Tabela 27 - Teste de Wilcoxon entre o lado da lesão e os totais das avaliações de Barthel e Rancho Los Amigos

Lado da Lesão	Momentos de Avaliação	Ordenações Negativas	Ordenações Positivas	p
Hemisfério Direito	Barthel2-Barthel1	4.50	7.21	.003
	Rancho2-Rancho1	6.50	7.09	.012
Hemisfério Esquerdo	Barthel2-Barthel1	.00	9.00	.000
	Rancho2-Rancho1	10.25	10.53	.001

▪ **Factores de Risco *versus* Capacidade Funcional**

Dada a diversidade e em certa medida a pouca representatividade de alguns factores de risco do AVC, decidimos optar pelo agrupamento destes mesmos factores, do qual resultaram quatro grupos a saber: os factores de risco de ordem Cardiovascular onde incluímos a HTA e Doença Cardíaca; factores de risco de ordem Metabólica onde se inserem a Hipercolesterolemia e a Diabetes; e os factores de risco de ordem Comportamental que abrangem o Tabagismo, o Etilismo e a Obesidade. O quarto grupo, designado por Outros inclui os doentes com dois ou mais grupos de risco associados. Não foi considerado o factor de risco da Contracepção Oral visto que apenas representa 0.8% da amostra, há a referir que um elemento da amostra não apresenta factores de risco, constituindo estes dois casos “missings”. Não se procedeu ao tratamento estatístico destes “missings” na medida em que as suas percentagens não irão enviesar os resultados finais.

Após a aplicação Teste Kruskal-Wallis, podemos constatar (cf. Tabela 28) que às 24 horas de internamento, em ambas as escalas, os doentes com o grupo de risco de ordem metabólica são os que apresentam uma ordenação média mais elevada e portanto melhor capacidade funcional física e cognitiva. O que também acontece no momento da alta, no que concerne apenas à capacidade funcional cognitiva. Respeitante à capacidade funcional física, são os doentes do grupo de risco Comportamental que apresentam uma ordenação média superior. Os doentes com grupo de risco de ordem cardiovascular são os que apresentam ordenações médias mais baixas no momento da alta em ambas as escalas, significando que são estes os doentes com pior capacidade funcional a todos os níveis aquando a alta. No entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0.05$).

Tabela 28 - Teste Kruskal-Wallis entre a capacidade funcional e os grupos de factores de risco

Capacidade Funcional \ Grupos de Factores de Risco	Cardiovascular	Comportamental	Metabólico	Outro	X ²	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Total Escala Barthel (às 24 Hrs)	27.34	27.33	40.17	30.82	1.680	.641
Total Escala Barthel (na Alta)	27.71	48.67	31.00	29.54	3.959	.266
Escala de Rancho Los Amigos (às 24 Hs)	27.50	23.83	50.33	30.15	5.374	.146
Escala de Rancho Los Amigos (na Alta)	27.76	35.50	39.50	29.93	1.737	.629

Quando aplicamos o Teste de Wilcoxon e tendo por referência os dois momentos de avaliação, através da aplicação das escalas de Barthel e Rancho Los Amigos, verificamos (cf. Tabela 29) que nos grupos Cardiovascular e Comportamental, houve uma evolução favorável dos doentes desde a primeira para a segunda avaliação quer a nível da capacidade funcional cognitiva como também na física. Para os doentes do grupo Cardiovascular, os valores estatísticos são ligeiramente significativos. O mesmo não acontece para os doentes constituintes do grupo Comportamental, em que as diferenças não são estatisticamente significativas. Os doentes do grupo Metabólico apresentam uma ligeira melhoria no Barthel, com uma ordenação positiva superior à negativa e valores de ordenações negativas e positivas exactamente iguais na ERLA, ambas sem valor estatisticamente significativo ($p > 0.05$).

O grupo que associa dois ou mais grupos de factores de risco, designado Outro, apresenta uma ordenação positiva superior à negativa para a capacidade funcional física, com um valor crítico altamente significativo ($p = 0.000$). Mas no que diz respeito à capacidade funcional cognitiva, a ordenação positiva é inferior à ordenação negativa, com um valor estatisticamente ligeiramente significativo ($p = 0.012$).

Tabela 29 - Teste de Wilcoxon entre os Grupos de Factores de Risco e os totais das avaliações de Barthel e Rancho Los Amigos

Grupos de Factores de Risco	Momentos de Avaliações	Ordenações Negativas	Ordenações Positivas	p
Cardiovascular	Barthel2- Barthel1	4.50	9.07	.002
	Rancho2- Rancho1	4.00	6.73	.005
Comportamental	Barthel2- Barthel1	.00	2.00	.109
	Rancho2- Rancho1	.00	2.00	.102
Metabólico	Barthel2- Barthel1	.00	1.00	.317
	Rancho2- Rancho1	.00	.00	1.000
Outro	Barthel2- Barthel1	5.00	14.35	.000
	Rancho2- Rancho1	14.88	11.39	.012

Posto isto, apesar do grupo Cardiovascular apresentar o menor valor de ordenações médias no momento da alta em ambas as escalas, os doentes com este grupo de risco evoluem favoravelmente durante o internamento.

▪ **Programa de Reabilitação *versus* Capacidade Funcional**

Realizado o teste de U Mann – Whitney verificámos (cf. Tabela 30) que em todas as avaliações da capacidade funcional, as ordenações médias são menores nos doentes que não cumpriram programa de reabilitação, face aos que usufruíram do programa de reabilitação, com um nível estatístico ligeiramente significativo ($p < 0.05$) apenas para as avaliações da escala de Barthel, mas sem significância estatística para a ERLA com $p > 0.05$.

Tabela 30 - Teste de U Mann – Whitney entre a capacidade funcional e o programa de reabilitação

Programa de Reabilitação	Sim Ordenação Média	Não Ordenação Média	UMW	p
Capacidade Funcional				
Total Escala Barthel 1 (às 24 horas)	37.53	27.82	279.500	.044
Total Escala Barthel 2 (na Alta)	38.95	27.12	251.000	.014
Escala de Rancho Los Amigos 1 (às 24 horas)	33.20	29.93	366.000	.484
Escala de Rancho Los Amigos 2 (na Alta)	32.90	30.07	372.000	.534

Pela aplicação do Teste de Wilcoxon entre o programa de reabilitação e os totais das avaliações de Barthel e Rancho Los Amigos, podemos verificar (cf. Tabela 31) que nos doentes que cumpriram programa de reabilitação, as ordenações positivas são superiores às negativas no que diz respeito às avaliações da capacidade funcional física avaliadas pela escala de Barthel, e com um valor crítico de significância: 0.001, isto é, muito significativo. O contrário acontece com estes doentes, cuja ordenação negativa é maior que a positiva no que diz respeito à capacidade cognitiva, avaliada pela escala Rancho Los Amigos, mas para um $p = 0.064$, isto é, não significativo.

Independentemente de cumprirem ou não o programa de reabilitação, os doentes evoluíram favoravelmente quanto à sua capacidade física, e com um nível estatístico altamente significativo ($p = 0.000$) para os que não cumpriram e muito significativo para os doentes que usufruíram do programa.

O oposto ocorre quanto à evolução da capacidade cognitiva, em que os doentes têm ordenações negativas superiores às positivas, com valores estatísticos altamente significativos ($p = 0.000$) para os doentes que não cumpriram programa de reabilitação e sem significância estatística ($p = 0.064$) para os doentes que efectuaram o programa.

Tabela 31 - Teste de Wilcoxon entre o programa de reabilitação e os totais das avaliações de Barthel e Rancho Los Amigos

Programa de Reabilitação	Momentos de Avaliação	Ordenações Negativas	Ordenações Positivas	p
Sim	Barthel2-Barthel1	.00	7.50	.001
	Rancho2-Rancho1	8.00	7.36	.064
Não	Barthel2-Barthel1	8.17	18.92	.000
	Rancho2-Rancho1	13.50	12.41	.000

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos dados obtidos e procurando salientar os resultados mais relevantes, surge a necessidade de os interpretar e discutir, tendo por referência a revisão bibliográfica efectuada, de modo a auferir as conclusões possíveis e destacar o interesse no desenvolvimento de novos estudos. Neste contexto, discutir-se-ão os resultados que se realçaram na execução do capítulo anterior. Para uma melhor organização da nossa discussão, optámos por interpretar os resultados obtidos tendo por base os objectivos expressos no início da presente investigação. Cada objectivo será estruturado por dois momentos: no primeiro abordaremos de forma sintética os achados da nossa investigação; e no segundo momento, faremos a discussão e análise dos resultados obtidos, comparando-os com investigações anteriores, expressando quando possível a minha experiência pessoal.

DETERMINANTES DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO DOENTE APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A nossa amostra foi constituída por 61 doentes, vítimas do primeiro episódio de AVC, maioritariamente do sexo masculino (65.57%). No que respeita à variável idade, esta oscilou entre os 45 anos e os 91 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 72.54 anos, sendo o grupo etário mais representativo o dos 81 aos 91 anos, constituindo 27,8% da amostra. No referente a outras variáveis sócio-demográficas utilizadas na caracterização da amostra, podemos de um modo geral descreve-la dizendo que a maioria dos sujeitos são casados (78.7%), residem em meio rural (67.2%) e como habilitações literárias possuem o 1º ciclo do ensino básico (com quatro anos de escolaridade) representando 55.7% da nossa amostra. Quanto à situação laboral, e indo de encontro com a média de idades atrás mencionada, 75.4% estão reformados. Quando inquiridos quanto ao grupo profissional, 47.6% dos indivíduos da nossa amostra pertencem ao grupo dos agricultores e trabalhadores rurais.

Numa perspectiva de avaliar as condições habitacionais dos doentes a que supostamente estariam sujeitos após a alta, constatamos que 55.8% dos doentes vivem em moradia com escadas e dos 29.5% que vivem em apartamento, 21.3% não têm elevador. Neste sentido surge a pertinência de fazermos uma ponte com a análise e discussão das variáveis circunstanciais da alta. Assim, a 67.2% do total da amostra foi efectuado o ensino formal de preparação para a alta, dos quais, 36.6% foram dirigidos aos cuidadores informais, e a 34.1% o ensino foi dirigido ao doente e seu cuidador conjuntamente. Após a alta, 62,2% dos indivíduos constituintes da nossa amostra necessitam de ajuda domiciliar, dos quais 31,1% têm apoio familiar e outros 31,1% dos elementos necessitam de apoio assistencial.

Relativamente aos ensinamentos formais de preparação para a alta, foram realizados apenas pelos enfermeiros. Do ensino efectuado, apenas 19.5% deste foi da responsabilidade do enfermeiro especialista em reabilitação. Quanto à visita pré-domiciliária, esta não foi efectuada a nenhum elemento da amostra.

Quanto às variáveis clínicas inerentes à nossa investigação, podemos constatar que 86.9% dos doentes da nossa amostra, sofreram um AVC isquémico e que diz respeito ao tempo de internamento, verificamos que 49.2% dos doentes permaneceram até 7 dias e 50.8% tiveram um internamento ≥ 7 dias. Desta forma, até aos 7 dias de internamento, concluímos que os doentes com AVC isquémico comparativamente com os doentes com AVC hemorrágico são em maior número, isto é, 93.3% contra 6.7%. Em doentes com 7 ou mais dias de internamento, esta percentagem tende a diminuir nos doentes com AVC isquémico e a aumentar em doentes com AVC hemorrágico, sendo a proporção de 85% para 15%.

No respeitante ao lado da lesão, a ocorrência de AVC foi superior no hemisfério esquerdo representando 49.2% da nossa amostra. O hemisfério direito foi atingido em 39.3% dos doentes, 8.2% dos elementos tiveram focos em ambos os hemisférios e apenas 3.3% tiveram envolvimento do tronco cerebral/cerebelo.

Algumas das fortes determinantes para o aparecimento do AVC são os factores de risco. A HTA está presente em 40.1% dos sujeitos da nossa amostra; 17.5% dos doentes têm diabetes. A doença cardíaca é o terceiro factor de risco mais representativo com 14.2% da nossa amostra seguido da hipercolesterolemia com 13.3% dos elementos. Relativamente ao grupo dos factores de risco comportamentais, o tabagismo apresenta a menor percentagem, em que apenas 2.5% da nossa amostra é fumadora. A obesidade e o etilismo apresentam a

mesma percentagem de indivíduos, representado cada um por 5.8% dos doentes.

Uma outra variável clínica considerada de relevo foi o programa de reabilitação. Apenas dois terços da amostra usufruíram do programa de reabilitação, na sua maioria, pelos fisioterapeutas (92.7%) e apenas 7.3% foi atribuído à terapeuta da fala. A média do número de sessões realizadas nos 41 elementos da amostra foi de 5.29, com o mínimo de uma e o máximo de 13 sessões.

▪ **Análise das Determinantes da Capacidade Funcional do Doente após Acidente Vascular Cerebral**

Podemos afirmar, em suma, que estamos perante uma **amostra constituída na sua maioria por homens** o que corrobora com a revisão de literatura sobre as diferenças de sexo na epidemiologia do AVC, que demonstra que este é mais comum em homens que em mulheres (Appelros, Stegmayr e Terént, 2009). A nossa amostra revela que **os doentes são maioritariamente idosos**. Os estudos encontrados na literatura, referem que o AVC é primariamente uma doença característica da idade avançada (Humphrey, Gibson e Jones, 2010). Uma das justificações sugeridas por Lusignan *et al.* (2006) bem como por Fairhead e Rothwell (2006) *cit in* Humphrey, Gibson e Jones (2010), é a existência de boas evidências que mostram que as pessoas idosas não são tão bem diagnosticadas e tratadas comparativamente com as pessoas jovens, até porque factores de risco, nomeadamente a incidência de estenose carotídea, aumentam acentuadamente com a idade. A DGS (2004) *cit in* Andrade (2009) especifica que o aumento da prevalência do AVC aumenta de 3% aos 65 anos para 30% com idade igual e superior a 85 anos. Estudos referem que a idade média de sofrer um AVC, nas mulheres é aos 75 anos, superior quando comparada com a idade média de AVC nos homens (70 anos) (Feigin, Lawes, Bennett, Zorowitz e Anderson, 2009), contrariamente ao demonstrado nos elementos da nossa amostra, em que a média de idades para o sexo masculino ($\bar{x}=72.80$) é ligeiramente superior à do sexo feminino ($\bar{x}=72.05$), apresentando ambos uma dispersão moderada ($15\% < CV \leq 30\%$).

Quanto ao baixo nível de escolaridade da nossa amostra, este é compatível com os valores referidos pela Agência Nacional para a Qualificação (s/d) ao expor que os níveis baixos de escolarização existentes em Portugal atingem sobretudo as gerações mais velhas.

De acordo com um “*Relatório sobre a situação da agricultura portuguesa*” (Direcção-Geral de Agricultura, 2003), 40% da população total em Portugal, reside em áreas

predominantemente rurais e considera que na região centro a agricultura é relevante na economia local, sendo predominante o emprego neste sector (Direcção-Geral de Agricultura, 2003). Estes dados vão de encontro com as determinantes sócio-demográficas que caracterizam a nossa amostra.

Relativamente às **condições habitacionais em que habitam os doentes, não são as ideias**. Estes dados vão de encontro com Moniz (2007 *cit in* Secretariado Nacional de Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência) ao considerar existir “no edificado nacional, uma larga percentagem de edifícios, espaços e instalações que não satisfazem as condições mínimas de acessibilidade e que colocam limitações aos cidadãos que deles pretendem, legitimamente, fruir” (p. 5). Na minha experiência pessoal, enquanto enfermeira a exercer funções numa unidade de AVC, esta situação revela-se preocupante aquando da preparação para a alta, uma vez que os doentes e seus cuidadores informais têm de arranjar alternativas, quer em modificar as suas próprias habitações quebrando barreiras ergonómicas (camas altas, cadeiras sem apoios laterais) e arquitectónicas, nomeadamente a largura das portas (de modo a ficar ajustada à largura das ajudas técnicas), colocação de rampas e corrimões, bem como alterações nas instalações sanitárias, acrescentando apoios e barras de segurança nas paredes e adaptar a banheira com cadeira giratória que permita entrar e sair da banheira de forma segura. Assim, **um facto pertinente, aquando a preparação para a alta é o ensino**, que foi realizado a mais de metade da amostra, quer ao doente como também ao seu **cuidador informal** para preparação e adaptação de ambos à nova situação de doença e/ou dependência. Andrade (2009) considera que o cuidador informal realiza tarefas multivariadas, “que vão desde a vigilância e acompanhamento até à administração da medicação e à prestação directa de cuidados «quase profissionais», que se desenvolvem num horário ininterrupto, sem limite de tempo” (p. 3). Podemos constatar, que é no cuidador informal que incide a maior responsabilidade, mesmo não sendo remunerado pelos serviços prestados, e que vão desde o transporte do familiar doente, preparação da comida, actividades de vida doméstica, tais como a limpeza da casa, lavagem da roupa, tratar de assuntos económicos, até aos cuidados pessoais. Após o AVC, muitos doentes ficam dependentes nas AVD’s imprescindíveis ao autocuidado, criando sobrecarga nos cuidadores que podem ser vizinhos, amigos, mas sobretudo familiares; não tendo, a maioria das vezes, preparação para prestação de cuidados especializados requeridos pelo doente após AVC. Andrade (2009) após análise de vários autores considera que se “até finais do século XIX a família desempenhou uma importante função no restabelecimento e manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros,

em que esta prestação se baseava num acto de reciprocidade” (p. 41), actualmente assistimos a um processo de mudança na estrutura familiar e dos papéis exercidos pelos seus membros. Vários fenómenos tais como: famílias com reduzido agregado familiar, o papel activo da mulher no mercado de trabalho, migrações para meios urbanos dispersos geograficamente ou mesmo para o estrangeiro e aumento do número de famílias divorciadas, explicam a diminuição de cuidadores informais (Andrade, 2009). No entanto, quando os filhos, pelas razões atrás referidas, ou porque o conjugue também doente e/ou idoso, não conseguem prestar os cuidados direccionados ao doente vitima de AVC, há necessidade de apoio assistencial. Este último passa pela colaboração de centros de dia e serviços de apoio domiciliário. Quando estas redes de suporte referidas não dão resposta dá-se a institucionalização do doente em lares ou internamento em unidades específicas após referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Relativamente aos ensinamentos, estes não foram feitos por outros grupos profissionais, além dos enfermeiros, talvez porque os doentes que necessitem de outros profissionais de saúde, nomeadamente fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala, continuem a manter contacto com estes, no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação após a alta, dando continuidade ao programa de reabilitação instituído pelo Fisiatra. A pouca percentagem de ensinamentos efectuados pelo enfermeiro especialista em reabilitação pode-se atribuir à presença de apenas um único especialista no serviço onde foi feita a colheita da amostra.

Referindo-nos à visita domiciliária pré-alta, que apesar de revestida de toda a sua importância não ter sido feita, deve-se a facto de na Unidade de AVC do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), EPE, ainda não existir a facultação desta valência. No entanto, há serviços em outros hospitais, como é o caso do Serviço de Neurocirurgia do Hospital de São João, onde esta visita domiciliária já está implementada e se efectua sempre que necessário e em três fases: antes, no dia e depois da alta (Centro Hospitalar de São João, 2006). Neste sentido, estamos cientes que **a visita domiciliária pré-alta seria uma mais-valia** para o profissional que faz os ensinamentos, adaptando os mesmos à estrutura física do espaço domiciliário e identificando potenciais problemas, tal como a existência de barreiras físicas. Após o diagnóstico da situação, o enfermeiro orientaria para possíveis alterações necessárias tendo como objectivo a segurança do doente e a promoção da sua independência. Por outro lado, também o cuidador, responsável pela integração do doente no domicílio, poderia esclarecer dúvidas *in loco*, sentindo o apoio e parceria do enfermeiro, de forma a sentir mais segurança enquanto futuro prestador de cuidados.

Relativamente às variáveis clínicas, o facto de o **tipo de AVC isquémico ser o mais prevalente**, vai de encontro com estudos de vários autores acompanhados por Moncayo-Gaete e Bogousslavsky (2002), referindo que as hemorragias intracerebrais não traumáticas correspondem a apenas cerca de 9-14% de todos os AVC's no Ocidente. Também Feigin *et al.* (2009) numa revisão sobre a epidemiologia do AVC, concluem que a proporção percentual de AVC isquémico varia entre 67-81%, contra 7-20% de hemorragia intracerebral e 1-2% de hemorragia subaracnóideia.

Quanto ao tempo de internamento, e através de um estudo, efectuado por Rocha (2008), no serviço onde foram recolhidos os dados da nossa amostra, subordinado ao tema *Doença Cerebrovascular Aguda: Avaliação De Protocolo De Trombólise*, a autora conclui que a demora média de doentes com AVC isquémico submetidos a trombólise, foi de 8.6 dias porque dois doentes manifestaram complicações (infecção respiratória e depressão profunda), ao excluir estes dois elementos, a média de dias de internamento diminuiria para 6,4 dias. Porém, no nosso estudo não foi abrangida a variável clínica: tratamento com trombólise, o que nos levou apenas à análise e discussão dos resultados tendo em conta o tipo de AVC e o tempo de internamento. Na nossa amostra, **doentes com AVC do tipo hemorrágico têm tendência a ter uma maior duração do tempo de internamento**, indo ao encontro dos resultados obtidos no estudo feito por Pereira, Coelho e Barros (2004) em que a duração do internamento nos doentes com AVC hemorrágico comparativamente aos doentes com AVC isquémico foi significativamente maior. Na nossa investigação, a relação entre as variáveis (tipo de AVC e tempo de internamento é válida e ligeiramente significativa ($\chi^2 = 10.351$; $p = .035$).

Apesar de o hemisfério esquerdo ter afectado mais elementos da nossa amostra, os estudos por nós pesquisados, não se referem à incidência da lateralidade hemisférica na sua generalidade, mas sim às síndromes neurológicas relacionadas com a localização da lesão a nível vascular; desta forma, através da compreensão da anatomia vascular cerebral, podem-se detectar consequentemente os défices apresentados pelo doente. Chenke e Nosse (1990 *cit in* Ventura, 1999) consideram que os vasos maioritariamente afectados no AVC são: a artéria cerebral média e a carótida interna, constituindo estes o principal aporte sanguíneo aos hemisférios.

No que concerne aos factores de risco, **a HTA é o mais comum nos doentes** que estudámos. De acordo com a bibliografia revista, doentes com hipertensão diastólica elevada têm um aumento de risco de AVC em 46% e doentes medicados para hipertensão sistólica

isolada, o risco de AVC é reduzido em 36% (Jurgens e Graudal, 2004 *cit in* Humphrey, Gibson e Jones, 2010). Auditorias sobre tratamento do AVC têm revelado que o deficiente controlo da pressão arterial é o mais importante factor de mortalidade, apesar de ser um factor de risco evitável e tratável.

A **diabetes é o segundo factor de risco mais representativo** na nossa amostra. Num estudo do Oxfordshire Stroke Project referido por Mast *et al.* (1995 *cit in* Pinzon e Furie, 2009), a diabetes revelou ser um factor importante preditivo do AVC recorrente, estimando-se que em 9.1% a causa do AVC recorrente seria atribuída à diabetes. De acordo com os mesmo autores e baseando-se no Stroke Data Bank, doentes com baixo risco de sofrerem o 2º episódio de AVC, não apresentavam diabetes, além disso, está demonstrada a forte relação entre a diabetes e existência de múltiplos enfartes lacunares. A seguir à HTA e diabetes, a **doença cardíaca assume o terceiro factor de risco mais expressivo**. Doentes com doença cardíaca, nomeadamente fibrilhação auricular (FA), doença cardíaca valvular, enfarte agudo do miocárdio, cardiomiopatia, disfunção ventricular esquerda, bem como outras doenças estruturais, têm um risco aumentado de sofrer o primeiro episódio de AVC e de ter um AVC recorrente devido ao potencial aumento de formação de trombos intracardíacos. No entanto, deverá ser feito um estudo completo às grandes artérias antes de se atribuir o tromboembolismo à origem cardíaca. Mais de 75.000 casos de AVC por ano são atribuídos à FA. Indo ao encontro com a nossa fundamentação teórica, a FA é responsável por cerca de ¼ dos AVC's em doentes com mais 80 anos (Ferro, 2003 e Goldstein *et al.*, 2006 *cit in* Ferreira *et al.*, 2006).

Quanto aos 13.3% dos elementos com hipercolesterolemia, estes possuem, pela forte relação com a formação de placas ateromatosas, maior risco associado ao AVC, e tal como já dito na fase conceptual, a aterosclerose das artérias extra e intracraniana é responsável por cerca de dois terços dos AVC's isquémicos (Tannouri, 2006).

Apesar de apenas 2.5% dos elementos serem fumadores, Shinton e Beevers (1989 *cit in* Humphrey, Gibson e Jones, 2010) acusam a forte ligação entre o tabagismo e incidência de AVC em 50%, considerando que habituais consumidores de tabaco apresentam evidentemente maior risco, independentemente de terem outros factores de risco associados. Também Wolf *et al.* (1998) *cit in* Pinzon e Furie (2009) consideram que fumar duplica em média o risco de AVC. O risco individual de AVC e outras doenças vasculares diminui rapidamente aquando a cessação do consumo de tabaco (Wolf *et al.*, 1988 *cit in* Humphrey, Gibson e Jones, 2010).

A obesidade, representada em 5.8% nos sujeitos da amostra, é considerada por Kurth

et al. (2002) *cit in* Humphrey, Gibson e Jones (2010) um factor de risco para o AVC na medida em que homens com índice de massa corporal (IMC) de 30 Kg/m² ou mais, têm duas vezes mais risco de AVC do que aqueles que têm um IMC de 20-29, e a cada aumento de unidade do IMC é associado um aumento de 6% no risco de AVC. Quanto ao etilismo, representado também por 5.8% dos indivíduos, Reynolds et al (2003) *cit in* Pinzon e Furie (2009), consideram que o consumo excessivo de álcool (60 gramas por dia), aumenta o risco individual de AVC para todos os subtipos, especialmente a hemorragia intracerebral e a hemorragia subaracnóideia, estando também associado à incidência da HTA.

Quanto aos dois terços da amostra que usufruíram do programa de reabilitação, os dados foram contabilizados no sistema informático, pelos registos dos fisioterapeutas e terapeuta da fala; os doentes iniciam o programa de reabilitação após o Fisiatra observar os doentes, e apenas em dias úteis (isto é, excluindo fins-de-semana e feriados). Quanto ao único enfermeiro especialista em reabilitação a exercer funções no serviço onde foram recolhidos os dados da amostra, a reabilitação das AVD's foi efectuada sempre que este estava de presença física no serviço. Estes dados, não foram contabilizados porque ainda não existe informaticamente uma área específica de registo, contrariamente aos restantes profissionais que assinalam em local distinto as suas avaliações e tratamentos, tornando mais fácil a sua contabilização.

EVOLUÇÃO DO NÍVEL DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO DOENTE COM AVC NA FASE AGUDA E NO MOMENTO DA ALTA

Para a avaliação da capacidade funcional recorreu-se à inclusão de escalas, tendo-se em conta o propósito dos usuários e a validade e confiabilidade das mesmas. Como já referido, na fundamentação teórica, a aplicação do Índice de Barthel pretendeu avaliar a capacidade funcional do doente na sua dimensão física e a Escala Rancho Los Amigos avaliou a capacidade funcional na dimensão cognitiva. Temos de ter presentes que, para ambas as escalas, quanto maior for a cotação do total obtido, maior capacidade funcional física e cognitiva terá o doente, sendo que para o Índice de Barthel os limites se situam entre 0 e 100, e para a ERLA, as apreciações variam de I a VIII. Na nossa amostra ambas as escalas foram aplicadas duas vezes: às 24 horas de internamento e no dia da alta.

Após a análise dos resultados, verificámos que os doentes melhoraram a sua capacidade funcional física e cognitiva aquando a alta, relativamente à primeira avaliação,

com diferenças estatísticas altamente significativas ($p = 0.000$).

▪ **Análise da evolução do nível de capacidade funcional do doente com AVC na fase aguda e no momento da alta**

Os resultados obtidos verificados nos doentes da nossa amostra, vão de encontro com um estudo efectuado por Moita (s/d) em que a generalidade dos doentes da sua amostra teve uma evolução funcional positiva no que diz respeito à função motora e independência nas AVD's. Também Costa (2010) referencia que, na sua investigação, os doentes apresentaram uma evolução funcional física e cognitiva favorável, existindo relação entre o nível de cognição e a severidade clínica.

Ventura (1999) conclui em sua monografia sobre a *Independência Funcional em doentes com AVC: Influência do Hemisfério Afectado*, que respeitante à independência funcional dos doentes, comparando a admissão e a alta, existem diferenças estatísticas altamente significativas ($p = 0.000$).

RELAÇÃO ENTRE AS DETERMINANTES DA CAPACIDADE FUNCIONAL COM A EVOLUÇÃO DO DOENTE APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Após a análise dos resultados e identificadas as determinantes da capacidade funcional, podemos então, relacioná-las com a evolução dos doentes após AVC.

Quanto ao género, **as mulheres evoluíram menos favoravelmente** que os indivíduos do sexo masculino, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas ($p > 0.05$). Relativamente à idade, os doentes mais novos, pertencentes ao grupo etário dos 45 aos 62 anos, têm maior capacidade funcional física e motora quer às 24 horas após o AVC, quer no momento da alta. Doentes com idade inferior ou igual a 64 anos apresentam uma maior capacidade funcional física e cognitiva nos dois momentos de avaliação, sendo a sua evolução muito significativa no momento da alta, em ambas as dimensões da capacidade funcional ($p = 0.007$). O oposto acontece com o grupo etário dos 81 aos 91 anos que, de maneira geral é o que tem uma evolução menos favorável.

Quanto ao tipo de AVC, e apesar de os doentes quer com AVC isquémico e AVC hemorrágico terem evoluído favoravelmente entre o início do internamento e na alta, melhorando a sua capacidade funcional física e cognitiva, foi no grupo de doentes com AVC isquémico que as avaliações de Barthel e ERLA apresentam diferenças estatísticas altamente significativas ($p = 0.000$), sendo também melhor a capacidade funcional física e cognitiva

logo às 24 horas de internamento nos doentes com este tipo de AVC (isquémico) relativamente aos doentes com AVC hemorrágico.

A capacidade funcional foi também analisada em função da variável tempo de internamento. Os **doentes com menor tempo de internamento (< 7 dias) têm maior capacidade física e cognitiva** quando comparados aos doentes com internamento igual ou superior a 7 dias. No entanto, pode afirmar-se que apesar da evolução da capacidade física revelar, independentemente do tempo de internamento, valores de significância estatística altamente significativos ($p = 0.000$), o mesmo não se pode dizer relativamente à capacidade cognitiva dos doentes cuja evolução ao longo do internamento é menos favorável, com diferenças encontradas muito significativas ($p < 0.01$) para ambos os grupos.

Quanto à lateralidade hemisférica podemos concluir que os doentes com AVC no hemisfério direito têm maior capacidade funcional física e cognitiva no primeiro momento de avaliação, isto é, às 24 horas de internamento, comparativamente com os doentes com AVC no hemisfério esquerdo. O contrário sucede na alta, em que são **os doentes com AVC no hemisfério esquerdo que apresentam maior capacidade funcional física e cognitiva**, sendo a evolução nestes doentes maior. Existem diferenças estatísticas altamente significativas nos doentes com lesão no hemisfério esquerdo ($p = 0.000$) na evolução da capacidade física. e muito significativas ($p = 0.001$) no que diz respeito à evolução da capacidade cognitiva.

Através da análise dos dados, obtidos no capítulo anterior, relativamente aos grupos que abrangeram os factores de risco, podemos concluir que no primeiro momento de avaliação, os doentes com factores de risco de ordem metabólica (diabetes e hipercolesterolemia) são os que apresentam melhor capacidade funcional física e cognitiva. No momento da alta, no que respeita à capacidade cognitiva, também estes indivíduos têm melhores resultados. No entanto as diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0.05$).

Quanto à capacidade física no momento da alta, **os indivíduos com melhores resultados são que têm como factores de risco, os de ordem comportamental**, contrariando a pior capacidade funcional física e cognitiva às 24 horas, comparativamente com todos os outros grupos. Para ambas as dimensões da capacidade funcional, os que apresentam piores resultados aquando da alta, são os doentes com factores de risco de ordem cardíaca apesar de terem evoluído favoravelmente durante o internamento e com diferenças

ligeiramente significativas ($p < 0.05$).

Chegamos agora a uma das variáveis que constitui, também ela, forte determinante na evolução da capacidade funcional: o programa de reabilitação. Todos os doentes da amostra, independentemente de cumprirem ou não o programa de reabilitação, tiveram uma evolução positiva na sua capacidade funcional física; para os que não cumpriram programa de reabilitação, existe um nível estatístico altamente significativo ($p = 0.000$) e para os que tiveram acesso ao programa de reabilitação o valor crítico é considerado muito significativo ($p = 0.001$). O mesmo não se pode auferir relativamente à capacidade funcional cognitiva, uma vez que houve uma involução, e para doentes que não usufruíram do programa de reabilitação esta diferença é altamente significativa ($p = 0.000$). Para os doentes que usufruíram do programa, o valor crítico não é significativo ($p = 0.064$).

▪ **Análise da relação entre as determinantes da capacidade funcional com a evolução do doente após acidente vascular cerebral**

O facto de as mulheres terem tido uma evolução menos favorável que os homens, na nossa amostra as diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$). No entanto, um estudo envolvendo 1136 indivíduos entre os quais 638 mulheres, sobre *Diferenças de Género na Incidência de AVC e pós-AVC*, Petrea *et al.* (2009) constataram que as mulheres apresentaram incapacidades significativamente maiores do que os homens quer na fase aguda do AVC em executar determinadas actividades de vida diárias quer no *follow-up* aos 3 e 6 meses após o AVC, e com maior probabilidade de serem reinstitucionalizadas ($p < 0.01$). Quanto à idade, **os idosos evoluem menos favoravelmente** comparativamente com os doentes mais novos, o que nos leva a concluir que quanto menor for a idade do doente, melhor será a sua capacidade funcional geral na fase aguda e aquando a alta. Muitos dos idosos não associam o início dos sintomas na fase aguda do AVC, atribuindo esses sintomas a outra doença anterior como a fadiga, dor de cabeça crónica, artrite e fraqueza, não tomando as medidas imediatas de actuação (Shaughnessy e Michael, 2009), dirigindo-se ao hospital ou pedindo ajuda. Contudo, não nos podemos esquecer de que com o aumento da idade e no processo do envelhecimento mesmo sem história de AVC, o indivíduo experimenta alterações em vários sistemas do organismo, ao nível da visão, da audição, do metabolismo, declínio das actividades intelectuais, alterações no aparelho locomotor, estando as pessoas idosas mais limitadas física e mentalmente (Andrade, 2009). Assim, quer no processo natural do

envelhecimento, quer indivíduos com AVC com idade superior a 65 anos, as suas capacidades funcionais são menores e os graus de dependência maiores.

O **facto dos doentes com AVC hemorrágico terem tido uma evolução menos favorável**, vai ao encontro com a revisão literária contemplada na primeira parte. Autores como Parente *et al.* (2000) referem que o AVC hemorrágico apresenta maior severidade comparativamente ao AVC isquémico, traduzindo-se por internamentos mais prolongados, maiores complicações, maior taxa de mortalidade e maiores custos financeiros associados.

Quanto ao tempo de internamento, independente deste, os doentes evoluíram na sua capacidade física, mas o mesmo não aconteceu a nível cognitivo. Este facto talvez se deva à aposta na **forte reabilitação física e motora do doente e na pouca importância dada à reabilitação cognitiva**. Existem, no serviço onde foi recolhida a amostra, escalas que avaliam actividades de vida diária, nível de consciência, força muscular entre outras, mas só com este estudo foi introduzida a ERLA que avalia o nível cognitivo do doente nas suas áreas abrangentes: memória, concentração, atenção, raciocínio, o juízo, entre outras funções executivas. Se todos os profissionais inseridos na equipa de saúde, responsáveis pela reabilitação do doente vítima de AVC, usufruíssem dos benefícios da aplicabilidade desta escala, houvesse **mais aposta na reabilitação cognitiva**, e conseqüentemente resultados mais favoráveis a este nível.

Os doentes com AVC no hemisfério esquerdo apresentaram melhor capacidade física e cognitiva na alta; estes dados vão de encontro com bibliografia pesquisada. Ventura (1999) conclui que nos doentes com lesão no hemisfério esquerdo, as diferenças relativas à evolução, são significativamente mais importantes. Apesar da negligência do hemicorpo afectado poder ocorrer em ambos os hemisférios, nos doentes com lesões à direita, este *neglect* é mais severo estando relacionado com a assimetria da representação do corpo e do espaço, podendo mesmo o doente apresentar anosognosia (isto é, não ter consciência da sua própria doença). Se para a linguagem, o hemisfério esquerdo é o dominante para outras funções, o hemisfério direito parece também liderar. Heilman (2009) responsabiliza-o pela prosódia verbal, expressões faciais, compreensão do espaço, o desenho, o vestir, o decidir quando começar uma acção, persistir nessa acção e conclui-la, bem como decidir não agir. Assim, e de acordo com a mesma autora, a maioria dos estudos recentes têm demonstrado que os danos no hemisfério direito têm maior probabilidade de induzir no doente deficiências graves redutoras da sua independência, em oposição às lesões ocorridas no hemisfério esquerdo.

Quanto aos grupos de risco, são os doentes com factores de risco de ordem metabólica

que apresentam melhor capacidade funcional e cognitiva às 24 horas de internamento e melhor capacidade funcional cognitiva na alta. Estes dados sugerem que os doentes, apesar de terem estes factores de risco modificáveis associados, estariam a ser vigiados nos seus médicos assistentes, apesar deste controle poder não ser assíduo, acreditando, pela melhoria da capacidade cognitiva destes doentes aquando a alta, que passem a ter após esta, maior cuidado na supervisão dos seus níveis glicose e colesterol.

O facto dos doentes que tinham factores de risco de ordem comportamental serem os que inicialmente apresentavam pior capacidade física e cognitiva e na alta apresentarem a melhor capacidade física, comparativamente aos doentes com outros factores de risco, revela a importância do ensino e prevenção secundária acerca dos factores de risco modificáveis nomeadamente o tabagismo, a obesidade e o etilismo. Medidas de combate a estes factores, tais como dar conhecimento sobre os malefícios destes factores e de que maneira foram responsáveis pelo internamento dos doentes, juntamente com vários tipos de apoio nomeadamente a orientação dada nas consultas de Nutrição e Cessação Tabágica ainda durante o internamento, podem constituir toda a diferença para uma melhor qualidade de vida e não recorrência de novo AVC. Nos **doentes com factores de risco de ordem cardíaca, apesar da sua evolução favorável durante o internamento, foram os que apresentaram menor capacidade física e cognitiva na alta**. Este facto pode induzir-nos que a HTA e a doença cardíaca têm tratamentos específicos e mais complexos. A HTA, enquanto factor de risco modificável, acredita-se que com os ensinamentos e medidas já atrás referidas, possa ser melhorada; no entanto, a patologia cardíaca, considerada silenciosa, necessita de constante supervisão clínica bem como medicação particularmente adaptada em função do próprio organismo do doente, justificando assim os resultados menos favoráveis no momento da alta.

No que respeita ao **programa de reabilitação**, os doentes independentemente de usufruírem ou não do mesmo, exibiram uma evolução física favorável, opostamente à capacidade funcional cognitiva cuja evolução foi no sentido contrário ao pretendido. Assim, e de acordo com as *Guidelines* recomendadas pela European Stroke Organisation [ESO] (2008), a reabilitação pretende possibilitar aos indivíduos com défice alcançar uma optimização das funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais. Actualmente, na unidade de AVC, onde foi recolhida a amostra para o presente estudo, as limitações cognitivas ainda não são amplamente reconhecidas, e consequentemente a sua reabilitação a este nível de intervenção é descuidada nos doentes. Costa (2010) considera que durante o processo de reabilitação deverá existir maior atenção aos aspectos cognitivos.

5 – CONCLUSÕES

Após esta odisseia procuramos agora reflectir sobre as limitações do nosso estudo, fornecendo sugestões e fazemos de seguida uma breve abordagem à forma como cumprimos o trajecto efectuado e onde focamos as principais conclusões deste estudo. No final deste capítulo realizamos uma reflexão sobre as implicações práticas onde sugerimos algumas medidas que, segundo os nossos achados, pensamos ser oportunas e benéficas visando o apoio ao doente vítima de AVC.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

Em relação à amostra houve, num primeiro momento, a preocupação em tentar reunir o maior número de elementos possível e que estes fossem representativos da população em geral, pelo que o questionário e formação sobre o preenchimento do mesmo, foi respectivamente entregue e efectuado em duas unidades de AVC em diferentes hospitais, no entanto, só em um serviço obtivemos os dados que serviram para instituir a amostra. Consideramos por isso, que a nossa amostra deveria ser constituída por mais elementos devido ao seu carácter não probabilístico, o que implica desde logo limitações na possibilidade de se fazerem generalizações. Contudo, face ao enquadramento do tempo disponível e ao facto de os doentes com AVC recorrente não terem constituído parte da amostra, estamos cientes que uma amostra de 61 elementos só foi possível devido ao grande empenho da equipa de enfermagem da unidade de AVC do Centro Hospital Cova da Beira, EPE.

Por estarmos cientes das nossas limitações, sugerimos novas investigações nesta área com um número de elementos consideravelmente maior de forma que a sua representatividade seja generalizada para a população em geral, constituindo boas estimações dos parâmetros dessa mesma população.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Na parte introdutória abordámos os diversos modelos conceptuais baseados em evidências científicas sobre o paradigma do AVC, que orientaram o posterior desenvolvimento da nossa investigação. O AVC é um distúrbio altamente incapacitante, estima-se que aproximadamente 60% dos sobreviventes de AVC voltem a recuperar a sua independência (Gresham *et al.*, 1979 *cit in* Vuadens, 2002); dos que ficam independentes, 15-30% ficam permanentemente incapacitados e 20% necessitam de cuidados institucionais nos primeiros três meses (Shaughnessy e Michael, 2009). As primeiras semanas e meses após o AVC são essenciais para a recuperação, seja por restituição da função, ou através de mecanismos de substituição ou compensação. E se para uns, a recuperação passa pela redução do edema e retorno da circulação dentro da penumbra isquémica, actualmente reconhece-se que a recuperação é um processo longo e que se prolonga mesmo após a resolução das mudanças estruturais causadas pelo AVC. Terá de haver uma reorganização cortical como resposta à aprendizagem e treino propostas pela reabilitação (Teasell, Foley e Salter, 2009). Reding e Potes (1988), Kotila *et al.* (1984) e Lincoln (1989) *cit in* Vuadens (2002) consideram que a neuroreabilitação eficaz não é assim tão linear devido a diferentes variáveis que contribuem para o prognóstico do AVC: gravidade do deficit neurológico, co-morbilidade e factores psicossociais. Podemos considerar que o grau de recuperação é altamente variável e foi neste sentido que se tornou imperativo para nós, esclarecer os processos que estão na base desta recuperação. Assim, terminamos a parte introdutória com a delineação dos objectivos para o presente estudo que, de uma maneira geral, consistem em identificar as determinantes na promoção da recuperação neurológica relacionando-as com a capacidade funcional física e cognitiva do doente após AVC.

No segundo capítulo, debruçamo-nos sobre a metodologia adoptada para dar resposta aos nossos objectivos, através da caracterização do tipo de estudo, dos participantes e instrumento de colheita de dados, fazendo referência ao procedimento da sua aplicação. O facto de termos recorrido a duas escalas (Barthel e Rancho Los Amigos) que avaliam a capacidade funcional do individuo nas suas dimensões físicas e cognitivas, foi uma mais valia, na medida em que se complementam, e tornam os resultados mais fidedignos até porque em neuroreabilitação a correcta medida de avaliar resultados, não passa por um único factor e o uso de apenas uma escala pode causar problemas na fiabilidade dos resultados (Vuadens, 2002).

No terceiro capítulo apresentámos os resultados obtidos nesta investigação relativos à caracterização do doente após AVC, recorrendo ao tratamento estatístico referente às variáveis em estudo e sua influência sobre a nossa variável dependente: capacidade funcional física e cognitiva do doente após AVC.

No quarto capítulo realizamos a discussão dos resultados, que visam dar uma resposta concreta aos objectivos inicialmente traçados. Assim, tomando em consideração a ordem dos objectivos gerais da presente investigação, chegamos às seguintes conclusões:

- Relativamente às determinantes da capacidade funcional do doente após acidentes vascular cerebral, podemos identificá-las como sendo: a idade, o sexo, o tipo de AVC, o tempo de internamento, o local da lesão, os factores de risco e o programa de reabilitação;

- Em relação ao nível de capacidade funcional do doente com AVC na fase aguda e no momento da alta, podemos concluir que houve uma melhor capacidade funcional física e cognitiva no momento da alta relativamente à capacidade funcional física e cognitiva às 24 horas de internamento, salientando-se que estas diferenças são altamente significativas ($p = 0.000$);

- Quanto à influência das determinantes na evolução da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral, podemos concluir que a evolução desta mesma capacidade funcional foi melhor em doentes com idades compreendidas entre os 45 e 62 anos, vítimas de AVC do tipo isquémico, com uma localização no hemisfério esquerdo e com um tempo de internamento inferior a sete dias. Os doentes que usufruíram do programa de reabilitação tiveram uma evolução favorável da capacidade funcional física com um valor crítico de significância: 0.001, isto é, muito significativo. Contrariamente podemos referir que a capacidade funcional cognitiva não melhorou em detrimento do programa de reabilitação, no entanto este facto não apresenta significância estatística ($p = 0.064$).

A identificação destas determinantes tem interesse expressivo para a prática clínica, uma vez que possibilita a adopção de estratégias preventivas capazes de minimizar as consequências advindas do AVC, quer para o doente, como também para o seu cuidador e em última instância para a comunidade que o envolve. Assim para alcançar o principal desígnio do presente estudo, desenvolvemos uma reflexão com base na literatura consultada, e nos conhecimentos adquiridos pela análise estatística, o que nos leva a apresentar de seguida

algumas implicações práticas do nosso trabalho.

IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

A implementação de medidas baseadas na evidência, tende a reduzir custos económicos e humanos originados pela ocorrência de AVC. No entanto, apesar dos grandes esforços nesta matéria estarem voltados para o tratamento na fase aguda e para a reabilitação física após AVC, uma estratégia mais simples afigura-se indispensável para reduzir a mortalidade e deficiência geradas pelo mesmo: implementação de medidas de prevenção, reduzindo a incidência do AVC (Humphrey, Gibson e Jones, 2010). Existem duas abordagens principais: a prevenção primária, através do uso de medidas que reduzam o aparecimento da doença cerebrovascular na população em geral, diminuindo a sua exposição aos factores de risco e a prevenção secundária, responsável por identificar e definir intervenções para os indivíduos conhecidos por constituírem alto risco, com o respectivo diagnóstico e tratamento precoce (Tones e Green, 2004 *cit in* Humphrey, Gibson e Jones, 2010).

Quanto aos factores de risco modificáveis, verificámos que todos eles estão directamente relacionados com a ocorrência de AVC, no entanto, factores comportamentais, como a obesidade, etilismo e tabagismo são mais facilmente corrigíveis, havendo uma melhor evolução da capacidade funcional destes doentes após prevenção secundária. Desta forma, o sucesso de conseguir que o indivíduo cesse de fumar requer uma combinação multiprofissional, desde campanhas de sensibilização anti-tabágica, apoio psicológico, à terapia farmacológica (Rice e Stead, 2004, Silagy *et al.*, 2004 *cit in* Humphrey, Gibson e Jones, 2010). Já o exercício físico tem um efeito benéfico não só na diminuição de peso como também na redução de outros factores de risco tais como a HTA, hipercolesterolemia e diabetes. Considera-se que o exercício físico reduz o risco de AVC quer isquémico, quer hemorrágico (Lee *et al.*, 2003 *cit in* Humphrey, Gibson e Jones, 2010).

A diabetes, hipercolesterolemia e HTA, também são factores que podem ser contornados com medidas dietéticas, terapêutica ajustada, exercício físico bem como vigilância permanente através do controle quer do próprio doente no domicílio, quer recorrendo ao médico assistente. A patologia cardíaca é uma das principais determinantes causadoras do aparecimento do AVC e também implicada na evolução da capacidade funcional do doente devendo ser adequadamente diagnosticada e tratada. Também medidas preventivas incidindo nos factores de risco associados ao AVC hemorrágico, nomeadamente a

HTA e o alcoolismo devem ser grandemente consideradas pelo pior panorama nestes doentes, como já referido na fundamentação teórica. Estudos comprovam que a restrição de sal na comida é benéfica para o tratamento da HTA e alguns doentes podem mesmo reduzir ou parar de tomar medicação anti-hipertensora (Hooper *et al.*, 2004 *cit in* Humphrey, Gibson e Jones, 2010).

Gresham et al (1997) *cit in* Silva (2010) consideram que o processo de reabilitação envolve determinados princípios: prevenção de complicações e o reconhecimento destas; tratamentos para alcançar o máximo de independência possível; aproveitar ao máximo a capacidade do doente e família adaptando-se à nova situação; promoção da reinserção social no regresso ao domicílio com actividades recreativas e vocacionais; readquirir um melhor nível possível de qualidade de vida apesar dos défices e a prevenção de AVC recorrente.

Após estas considerações, torna-se indispensável pôr em prática três projectos interventivos no campo de trabalho:

- Consulta de enfermagem no seguimento após alta dos doentes do foro cerebrovascular que estiveram internados na Unidade de AVC do CHCB, EPE.
- Visita domiciliária pré-alta, identificando potenciais barreiras ergonómicas e arquitectónicas, promovendo sugestões de mudança e adaptabilidade para a promoção da autonomia do doente que sofreu AVC, bem como esclarecer dúvidas e apoiar o seu cuidador informal na prestação de cuidados especializados;
- Criação de um Projecto de Reabilitação Cognitiva na Unidade de AVC do CHCB, EPE responsável pela sensibilização dos enfermeiros para os cuidados de enfermagem relacionados com a cognição, aprendizagem, consciência e memória; reconhecendo que a reabilitação da disfunção cognitiva, confere à enfermagem uma visão mais holística e integral da pessoa, não a restringindo aos aspectos exclusivamente físicos.

Assim e após esta reflexão, podemos finalmente ter uma visão mais ampla do status do AVC, quer como doença *per se*, como também pela identificação das suas determinantes e de que forma influenciam a capacidade funcional e conseqüente (in)dependência dos doentes que experimentam esta condição.

Terminamos este estudo com a convicção de que atingimos os objectivos inicialmente propostos e que serviram de reflexão sobre as atitudes subjacentes ao enfermeiro de reabilitação face à dimensão pessoal, familiar e social da pessoa com AVC, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a minoração das deficiências adquiridas e reduzindo conseqüentemente as incapacidades e desvantagens à posterior a que estão sujeitos os doentes vítimas de AVC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu S. e Damasceno A. (2009). Ajuda AVC - Manual on-line do Cuidador. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. Vol 17, Nº 1, Ano 17.
- Alves M. E. S., Guimarães V., Striebel V. L. W. e Peralles S. N. (2009). *Atendimento fisioterapêutico em grupo de indivíduos com hemiplegia após AVC*, X Salão de Iniciação Científica – PUCRS (Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul). Acedido em 20, Março, 2011 em http://www.pucrs.br/edipucrs/XSalaoIC/Ciencias_da_Saude/Fisioterapia_e_Terapia_Ocupacional/71459-MARIA_EDUARDA_DOS_SANTOS_ALVES.pdf.
- Andrade, F. M. M. de (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Tese de Mestrado em Educação: Área de Especialização em Educação para a Saúde Trabalho efectuado sob a orientação da Professora Doutora Maria da Conceição Pinto Antunes. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Braga.
- Appelros, P., B. Stegmayr B. e Terént A. (2009). Sex Differences in Stroke Epidemiology: A Systematic Review. In *Stroke – Journal of the American Heart Association*. 40:1082-1090. Dallas. ISSN: 1524-4628.
- Araújo, A. P. S., Silva, P. C. F., Moreira, R. C. P. S. e Bonilha, S. F. (2008). Prevalência dos fatores de risco em pacientes com acidente vascular encefálico atendidos no setor de neurologia da clínica de fisioterapia da UNIPAR.. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, Campus sede.V. 12, n. 1, p. 35-42, jan./abr.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. e Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*. VOL. 25, N.º 2 — Julho/Dezembro.

- Cacho E. W. A., Melo F. R. L. V. e Oliveira R. (2004) Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fugl-Meyer, *Revista Neurociências*. V.12 N.2 - Abr/Jun,
- Caldas, C. C. (2000). *A Herança de Franz Joseph Gall*. Lisboa. McGraw-Hill.
- Calil S. R., Santos T. A. B. P., Braga D. M. e Labronici R. H. D. D. (2007), Reabilitação por meio da dança: uma proposta fisioterapêutica em pacientes com seqüela de AVC, *Revista Neurociências*. Vol 15, N.3. São Paulo: Grámmata Publicações e Edições Ltda, 195–202, ISSN 0104–3579.
- Cancela, D. M. G. (2008). *O Acidente Vascular Cerebral - Classificação, Principais Consequências E Reabilitação*. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto. Acedido em 28, Junho, 2011, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>.
- Caplan, Louis R. (2009). *Caplan's stroke: a clinical approach*. 4th ed. Philadelphia. Elsevier Inc. ISBN 978-1-4160-4721-6.
- Cardoso, T., Fonseca T. e Costa M. (2003). Acidente Vascular Cerebral No Adulto Jovem. *Acta Médica Portuguesa*. 16:239-244.
- Carvalho, M. M. M. de (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-00-2.
- Cook, T. D. e Campbell, D. (1979). *Quasi experimentation: design & analysis issues for field settings*. Chicago. Rand McNally.
- Costa, F. A da (2010). *Evolução Cognitiva e Funcional de pacientes Pós – Acidente Vascular Cerebral*. Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde como requisito para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. Trabalho orientado por: Professora Dra. Vera Maria da Rocha. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Centro de Ciências da Saúde. Natal.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde. ISBN: 972-9425-97-3.

- Diretrizes Assistenciais do Hospital Israelita Albert Einstein (2009), Protocolo de Acidente Vascular Cerebral, Fisioterapia. Acedido em 04, Abril, 2011 em <http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes/neurologia/AVC.pdf>.
- European Stroke Initiative – EUSI (2003). *AVC Isquémico – Profilaxia e Tratamento*. Alemanha.
- European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee (2008). Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. *Cerebrovasc Dis. Basel*. Vol. 25 (5): 457–507.
- Feigin V. L., Lawes C. M. M., Bennett D. A., Zorowitz R. D. e Anderson C. S. (2009). Epidemiology of Stroke. In *Stroke recovery and rehabilitation*. Stein J. et al.(editores). New York. Demos Medical Publishing. ISBN-13: 978-1-933864-12-9.
- Ferreira C., Fernando P., Ferreira I., Rodrigues M. e Cruz V. T. (2006). *Factores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais*. Acedido em 28, Abril, 2011 em www.scribd.com/doc/54979235/Frv-Para-Avc.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusodidacta.
- Gil, A. C. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (4rd ed., pp.19-103). São Paulo. Atlas.
- Grelha, P. A. S. S. (2009). *Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida*. IV Mestrado em Cuidados Paliativos orientado por Professor Doutor Filipe Jorge Gamboa Martins Nave e co-orientado por Professor Doutor António Barbos. Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.
- Heilman K. M. (2009). Right Hemispheric Neurobehavioral Syndromes. In *Stroke recovery and rehabilitation*. Stein J. et al.(editores). New York. Demos Medical Publishing. ISBN-13: 978-1-933864-12-9.
- Hill, M. e Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Lisboa. Edições Sílabo.

- Humphrey, P., Gibson J. e Jones S. (2010). Reducing the risk of stroke. In *Acute stroke nursing*. Jane Williams, Lin Perry & Caroline Watkins (editores). Oxford. Wiley-Blackwell - A John Wiley & Sons, Ltd., Publication. ISBN 978-1-4051-6104-6.
- Jardim, S. A. (s/d). *Projecto de auto formação individual, na área de cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Trabalho realizado no âmbito do 2º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior De Enfermagem São José De Cluny. Funchal. Retirado em 27, Junho, 2011 em <http://www.citma.pt/Uploads/Sabina%20Alves%20Jardim.pdf>.
- Kiess, H. O. e Bloomquist, D. W. (1985). *Psychological research methods: A conceptual approach*. London. Allyn and Bacon.
- Lakatos, E. M. e Marconi, M. A. (1996). *Metodologia científica* (3 ed.). São Paulo. Atlas.
- Levine, P. G. (2009). *Stronger after Stroke – Your Roadmap to recovery*. New York. Demos Medical Publishing.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS*. 3ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo. ISBN: 978-972-618-452-2.
- Medeiros, M. S. M., Lima E., Martins R. A., Júnior L. A. G. e Medeiros R. F. (2002). Treinamento de força em sujeitos portadores de acidente vascular cerebral. *Revista Digital Vida & Saúde*, Juiz de Fora, V. 1, N. 3, dez./jan.
- Min, Li Li (2010). Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Acidente Vascular Cerebral: da Universidade para a Sociedade. *Boletim da FCM*. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas. Vol. 6, N. 4.
- Moita, S. R. S. (s/d). *Evolução Funcional do Utente com AVC nos Primeiros Seis Meses Após a Lesão no Distrito de Évora*. Monografia de conclusão da Licenciatura Bi-Etápica em Fisioterapia na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. Retirado em 2, Janeiro, 2012 em <http://www.profala.com/artfisio60.htm>.
- Moncayo-Gaete, J. e Bogousslavsky, J. (2002). Prognosis After Stroke: Stroke Recurrence and Other Outcome Events. In *Long-Term Effects of Stroke*. Bogousslavsky, J. (editor). New York. Basel. Marcel Dekker, Inc.. ISBN: 0-8247-4597-3.

- Nagasawa H., Maeda M., Kanda, T. e Sakai F. (2001). Differences of Locomotion *Function between Left and Right Cerebral*. *Journal of Physical Therapy Science*. Vol. 13, No. 2 129-137.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke - National Institutes of Health (2010). *Accidente cerebrovascular: Esperanza en la investigación*. National Institutes of Health. Acediso em 30, Junho, 2011 em http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/accidente_cerebrovascular.htm.
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica*.4 (XVIII): 437 453.
- Organização Mundial da Saúde Manual (2006). *STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Parente F., Fernandes A., Pinheiro B., Isidoro A., Barbosa V., Torres S. e Ferreira A. P. (2000). *Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico – Impacto Clínico e Social - Uma experiência num Hospital Distrital*, Trabalho apresentado no 6º Congresso Nacional de Medicina Interna. Porto. Acedido em 23, Março, 2011 em http://www.spmi.pt/revista/vol09/v09_n3_avc_hemorragico.pdf.
- Pedhazur, E. J. e Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design and analysis: An integrated approach*. New Jersey, NJ. Lawrence Earlbaum Associates.
- Pereira, A. e Poupa, C. (2004). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word*. Lisboa. Sílabo.
- Pereira S., Coelho F. B. e Barros H. (2004). Acidente Vascular Cerebral – Hospitalização, Mortalidade e Prognóstico. *Acta Médica Portuguesa*. 17:187-192.
- Perlini N. M. O. G. e Faro A. C. M. (2005). Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc. Enferm.*. 39 (2): 154-163.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS*. 3.ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo. ISBN: 9726182972.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais*. 4ª edição. Lisboa. Edições Sílabo.

- Petrea R. E., *et al.* (2009). Gender Differences in Stroke Incidence and Poststroke Disability in the Framingham Heart Study. In *Stroke – Journal of the American Heart Association*. 40:1082-1090. Dallas. ISSN: 1524-4628.
- Pinzon S. M. e Furie K. L. (2009). Secondary Prevention of Ischemic Stroke. In *Stroke recovery and rehabilitation*. Stein J. *et al.* (editores). New York. Demos Medical Publishing. ISBN-13: 978-1-933864-12-9.
- Rey, L. (1999). Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Rocha, S. I. M. (2008). *Doença Cerebrovascular Aguda: Avaliação De Protocolo De Trombólise – Unidade de Acidentes vasculares Cerebrais, Centro Hospital Cova da Beira, E. P. E.*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina orientado por Professor Doutor José Manuel Calheiros. Universidade da Beira Interior: Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã.
- Sacks, O. (1985). O Homem Que Confundiu A Mulher Com Um Chapéu. Lisboa. Relógio D'Água.
- Salter, K. B. A., Jutai J. e Teasell R. (2011). *Assessment of Outcomes Following Acquired/Traumatic Brain Injury*. ERABI Research Groups. Acedido em 8, Agosto, 2011, em <http://www.abiebr.com/sites/default/files/modules/module17.pdf>.
- Shaughnessy M. e Michael K. (2009). Stroke in Older Adults. In *Stroke recovery and rehabilitation*. Stein J. *et al.* (editores). New York. Demos Medical Publishing. ISBN-13: 978-1-933864-12-9.
- Silva, E. J. A. da (2010). *Reabilitação após o AVC*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, Área: Medicina Comunitária, trabalho efectuado sob a orientação do Dr. Manuel Viana. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina. Porto.
- Silva L. L. M, Moura C. E. M. e Godoy J. R. P. (2005). A marcha no paciente hemiparético, *Univ. Ci. Saúde*, Brasília, V. 3, N. 2, p. 261-273, jul./dez.
- Silva G. S., Gomes D. L. e Massaro A. R. (2005). Tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral isquêmico. *Neurociencias*. 13(1):039-049.
- Sotto Mayor, M., Ribeiro, O. e Paúl, C. (2009) Estudo Comparativo: Percepção Da Satisfação De Cuidadores De Pessoas Com Demência E Cuidadores De Pessoas Com

AVC, *rev latino-am enfermagem* setembro-outubro; 17(5), Acedido em 22, Julho, 2011 em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_04.pdf.

- Stein, J; Harvey, R. L.; Macko, R. F.; Winstein, C. J. e Zorowitz R. D. (2009). *Stroke recovery and rehabilitation*. New York. Demos Medical Publishing.
- Tambara, E. M. (2006). *Diretrizes para Atendimento Pré-hospitalar no Acidente Vascular Encefálico*, in *Medicina Perioperatória*. Ismar Lima Cavalcanti. Fernando Antônio de Freitas Cantinho e Alexandra Assad (Editores). Rio de Janeiro: Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro. 1356 p.. ISBN 85-98045-04-7. Acedido em 28, Maio, 2011 em www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Autores%20e%20funcoes.pdf.
- Tannouri, A. J. R. (2006). “*Campanha de prevenção do AVC*”: *doença carotídea extracerebral na população da grande Florianópolis*. Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina, Florianópolis. Acedido em 26, Junho, 2011 em <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CC0435.pdf>.
- Teasell R. W., Foley N. e Salter K (2009). Predictive Factors For Recovery. In *Stroke recovery and rehabilitation*. Stein J. et al.(editores). New York. Demos Medical Publishing. ISBN-13: 978-1-933864-12-9.
- Teixeira, C. P. e Silva, L. D. (2009). As Incapacidades Físicas De Pacientes Com Acidente Vascular Cerebral: Ações De Enfermagem, *Enfermería Global - Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería* Nº 15. ISN: 1695-6141.
- Vasconcelos, D. P., Rodrigues K. S. T., Freitas, C. A. S. L. e Sousa, S. M. M. (2004). *Assistência de Enfermagem a Pacientes Portadores de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico, Embasado na Teoria de Paterson-Zderad*, Trabalho apresentado no 7º CBCENF - Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem Fortaleza. Acedido em 28, Maio, 2011 em <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/assistencia%20de%20enfermagem%20a%20pacientes.pdf>.
- Ventura, M. C. A. A. (1999). *Independência Funcional Em Doentes Com Acidente Vascular Cerebral Esquerdo Ou Direito (Recuperação Do Doente De Acordo Com O Hemisfério Afectado)*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Sociopsicologia da

Saúde sob a orientação do Professor Doutor José Luís Pio Abreu. Instituto Superior Miguel Torga: Escola Superior de Altos Estudos. Coimbra.

- Vuadens, P. (2002). Assessment of Disability After Stroke. in *Long-Term Effects of Stroke*. Bogousslavsky, J. (editor). New York. Basel. Marcel Dekker, Inc.. ISBN: 0-8247-4597-3.
- Vuadens, P. (2002). Definition and Measurement of Outcome. in *Long-Term Effects of Stroke*. Bogousslavsky, J. (editor). New York. Basel. Marcel Dekker, Inc.. ISBN: 0-8247-4597-3.
- Williams J. e Pryor, J. (2010). Rehabilitation and recovery processes. in *Acute stroke nursing*. Jane Williams, Lin Perry & Caroline Watkins (editores). Oxford. Wiley-Blackwell - A John Wiley & Sons, Ltd., Publication. ISBN 978-1-4051-6104-6.
- World Health Organization (2006). *WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEP wise approach to stroke surveillance*. Geneva, World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO I
Instrumento de Colheita de Dados



Área Científica: Enfermagem de Reabilitação

Investigador Principal: Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

Investigador Colaborador: Rosa Maria Alves Coelho

Curso: Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

**Determinantes da Capacidade Funcional do Doente
após Acidente Vascular Cerebral**

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Viseu, Novembro de 2010



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

- Determinantes da Capacidade Funcional do Doente Após Acidente Vascular Cerebral-
FORMULÁRIO

NOTA DE ESCLARECIMENTO

- Com o presente estudo pretende-se conhecer a evolução da capacidade funcional do doente após Acidente Vascular Cerebral. Especificamente, pretemos levar a efeito um estudo que me permita, nesta população, identificar as determinantes que influenciam essa mesma evolução.
- Não é necessário identificar-se, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Obrigado pela sua colaboração
Pela Equipa de Investigação
Prof. Doutor Carlos Albuquerque

Código do Formulário

Parte I**Caracterização Sócio-Demográfica do Doente**

1 – Idade _____ Anos **2 – Sexo:** Masculino Feminino

3 – Estado Civil:

- Solteiro
- Casado
- Viúvo
- Divorciado
- Outro. Qual? _____

4 – Zona de Residência:

- Urbana
- Rural

5 – Habilitações literárias:

- Não sabe ler nem escrever
- Menos de 4 anos de escolaridade
- 4 anos de escolaridade (4ª classe)
- 4-6 anos de escolaridade
- 7-9 anos de escolaridade
- 10-12 anos de escolaridade
- Curso Superior
- Outro. Qual? _____

6 – Situação laboral:

7

–

Profissão:

-
- Empregado
 - Activo
 - Com baixa
 - Desempregado
 - Reformado
 - Doméstica

8 – Condições habitacionais:

- Moradia
 - Com escadas
 - Sem escadas
- Apartamento
 - Com elevador
 - Sem elevador
- Outro. Qual? _____

Parte II

Caracterização Clínica

Data do AVC ___/___/___

Data da alta ___/___/___

1 – Tipo de AVC:

- Isquémico
- Hemorrágico
- Outro. Especificar _____

2 - Tempo de Internamento:

- até 7 dias
- de 7 a 14 dias
- mais que 14 dias

3- Lado (Local) da Lesão:

- Hemisfério direito
- Hemisfério esquerdo
- Tronco cerebral/cerebelo
- Outro.

4- Factores de Risco:

- HTA
- Diabetes
- Doença Cardíaca
- Hipercolesterolemia
- Tabagismo
- Estilismo
- Obesidade
- Outro (s). Qual(ais)? _____

5 - Durante o internamento iniciou o programa de reabilitação?

- Não
- Sim

5.1 – Se a resposta foi Sim, por quem foi realizado o programa de reabilitação?

- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Outro. Especifique _____

5.2 – Se a resposta foi Sim, qual o número de sessões de reabilitação realizadas? _____**6 – Foi processado Ensino Formal de preparação para a alta:**

- Não
- Sim. Se sim a quem foi dirigido:
 - Ao doente
 - Ao cuidador
 - Ambos
 - Outros. Quem _____

6.1 – Se a resposta foi Sim, quem planeou e realizou o ensino?

- Enfermeiro Generalista
- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Terapeuta Ocupacional

7 – Prevê-se a Necessidade de Ajuda Domiciliar após a alta:

- Nenhuma
- Familiar
- Assistencial

8 – Prevê-se ou já foi efectuada visita domiciliária pré-alta:

- Sim
- Não

8.1 – Se a resposta foi Sim, quem realizou ou irá realizar essa visita?

- Enfermeiro de Reabilitação
- Fisioterapeuta
- Outro. Especifique _____

Parte III**Avaliação da Evolução da Capacidade Funcional**

Escala de Barthel			
Actividades de Vida Diária		Às 24 horas __/__/__	Dia da Alta __/__/__
Alimentar	0 = Totalmente dependente		
	5 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc..		
	10 = Independente (a comida é providenciada)		
Higiene Pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal		
	5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)		
Urinar	0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado de cuidar da algália		
	5 = Acidente Ocasional (máximo uma vez em 24 horas)		
	10 = Continente		
Evacuar	0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);		
	5 = Acidente Ocasional (uma vez por semana)		
	10 = Continente		
Transferência (Cama/Cadeira e Vice Versa)	0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se		
	5= Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se		
	10 = Alguma ajuda (verbal ou física)		
	15- Independente		
Mobilidade	0 = Imobilizado		
	5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...		
	10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)		
	15 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)		
Ir à casa de banho	0 = Totalmente Dependente		
	5 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho		
	10 = Independente		
Vestir	0 = Totalmente Dependente		
	5 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda		
	10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)		
Tomar banho	0 = Dependente, necessita de ajuda		
	5 = Independente		
Escadas	0 = Incapaz		
	5 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)		
	10 = Independente para subir e descer		
Total (0-100)			

Escala Cognitiva Rancho Los Amigos			
Nível- Denominação	Comportamento	Às 24 horas __/__/__	Dia da alta __/__/__
I-Sem resposta	Em coma; não responde a sons, sinais, luzes, toque ou movimento.		
II-Resposta Generalizada	Reage inconsciente, despropositada e inespecificamente a estímulos; respostas limitadas, frequentemente as mesmas independentemente do estímulo.		
III-Resposta Localizada	Reage especificamente, mas inconscientemente aos estímulos; pode seguir comandos simples num modo inconsciente e retardado, como fechar os olhos ou apertar a mão.		
IV-Confuso / Aagitado	Estado intensificado de actividade; comportamento bizarro, despropositado relativamente ao ambiente imediato; incapaz de cooperar com esforços do tratamento; frequentemente as verbalizações são incoerentes e/ou inadequadas; amnésia a curto ou longo prazo.		
V-Confuso / Inadequado	Incapaz de responder a comandos simples de modo consistente; atenção geral ao ambiente; muito desatento e sem capacidade de focar a atenção numa tarefa específica; concentra-se em actividades básicas (comer, alívio da dor, regressar a cama, ir ao wc, regressar a casa); incapaz de aprender novas informações.		
VI-Confuso / Apropriado	Comportamento dirigido para as metas, mas dependente de informações ou orientações externas; presta atenção por um período de cerca de 30 min, com comportamento adequado mas dificuldade em concentrar-se em ambiente barulhento ou quando a actividade requer etapas diferentes; maior profundidade e detalhe nas memórias passadas que nas recentes.		
VII-Automático / Apropriado	Parece apropriado e orientado no hospital e no domicílio; passa pela rotina diária automaticamente, com confusão mínima ou ausente, tem recordações superficiais das actividades; necessita de supervisão devido às noções de segurança e julgamento diminuídos; não compreende completamente o impacto dos seus problemas físicos e mentais.		
VIII-Intencional / Apropriado	Capaz de lembrar-se e integrar eventos passados e recentes, percebe e reage ao ambiente; exhibe transferência para novas aprendizagens, não necessita de supervisão uma vez aprendidas as actividades; pode continuar a exhibir uma capacidade diminuída de: raciocínio abstracto, tolerância ao stress e julgamento em emergência ou circunstâncias peculiares.		

Terminou o formulário.

Muito Obrigada pela sua colaboração.