

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**A PESSOA APÓS AVC:  
TRANSIÇÃO DA AUTONOMIA PARA A DEPENDÊNCIA  
DISSERTAÇÃO**

Dissertação académica orientada pela  
Professora Doutora Maria Manuela Martins  
e coorientada pelo Mestre Domingos Malta

**ANA DA CONCEIÇÃO ALVES FARIA  
PORTO | 2014**



*“ Os cuidados de Enfermagem são assim (...)  
uma imensidão de pequenas coisas.”*

(Hesbeen, 2000)



---

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria Manuela Martins por ter aceitado orientar esta dissertação, pela amizade, incentivo, confiança e por todos os ensinamentos durante este percurso.

Ao Mestre Domingos Malta por todas sugestões pertinentes.

A todos os Médicos e Enfermeiros que apoiaram esta investigação.

A todos os doentes, que participaram no estudo, a quem dedico este trabalho.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho.

Ao meu primo João por todo apoio e ajuda nas traduções de textos.

Aos meus pais por todo o encorajamento e acreditarem na realização desta investigação.

Ao meu namorado, pelos momentos ausentes, compreensão e por toda a ajuda técnica. Sem o seu apoio teria sido muito difícil.

---

## SIGLAS E ABREVIATURAS

- AAVD - Atividades Avançadas de Vida Diária
- ABVD- Atividades Básicas de Vida Diária
- AIT - Acidente Isquémico Transitório
- AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
- ARS - Administração Regional de Saúde
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- AVD - Atividades de Vida Diária
- CIF- Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DALY - Disability-Adjusted Life Year
- DGS – Direcção-Geral de Saúde
- DM - Diabetes Mellitus
- ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- ESO - European Stroke Association
- EUSI – European Stroke Initiative
- FA- Fibrilhação Auricular
- HDL - High-Density Lipoprotein
- HTA - Hipertensão arterial
- INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SAD- Serviço de Apoio Domiciliário
- SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network
- SPAVC - Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral
- UMCCI- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
- WHO - World Health Organization

---

## RESUMO

Apesar da incidência de AVC ter diminuído nos últimos anos, nos países desenvolvidos, devido ao maior controlo dos fatores de risco, o número absoluto de pessoas vítimas desta patologia tem aumentado e para isso contribuiu o envelhecimento da população.

As sequelas do AVC, na maioria das situações, implicam algum grau de dependência, afastando a pessoa de alguns papéis relevantes para si e modificando a vida da sua família para que lhe preste cuidados e para que se encarregue de tarefas antes realizadas por si.

É nosso propósito compreender e analisar o processo de transição das pessoas que se tornam dependentes após AVC da artéria cerebral média e descrever os acontecimentos significativos na vivência dessa transição, a fim de contribuir para a melhoria da assistência destas pessoas.

O estudo desenvolveu-se em duas Unidades de AVC do Vale do Ave, sendo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. Para a recolha de dados, recorreremos à entrevista semiestruturada que decorreu nos primeiros dez dias após AVC. Os participantes foram selecionados com a ajuda dos profissionais de saúde (Médicos e Enfermeiros) das respetivas Unidades. Depois de estarem identificados, foram incluídos na amostra seis homens e sete mulheres com diagnóstico de AVC da artéria cerebral média com dependência funcional e excluídos doentes com diagnóstico de AVC multifocal com afasia ou desorientação.

Após a análise dos resultados concluímos que os doentes objeto deste estudo relatam singularmente o percurso da doença desde o seu aparecimento até ao local de destino após a alta hospitalar. A relação de afeto, companheirismo, amizade, incentivo, disponibilidade e esperança facilitam o modo de integração da pessoa no hospital. Os profissionais de saúde, em especial, os Enfermeiros vão de encontro às necessidades que as pessoas identificam após AVC. O processo de adaptação à situação de doença e dependência, vivenciado com sentimentos positivos, negativos e ambivalentes e a preparação da alta são também descritos com inquietação. As mudanças na vida pessoal, familiar, social e profissional após a dependência por AVC são narrados com mágoa pelos participantes. Contudo, por vezes a doença aproxima as relações familiares e de amigos.

Ficamos com a certeza de que os cuidados de Enfermagem facilitam a vivência deste processo de transição ao doente e sua família.

**Palavras-chave:** AVC, transição, dependência, AVD, preparação da alta.

---

## ABSTRACT

Despite the fact that incidence by stroke has decreased in the past years, in developed countries, mainly due to the improvement of the level of control of risk factors, the absolute number of people who suffer from this health pathology has increased. A contribution to this fact was the aging population.

In most cases, in the aftermath of stroke, there is a certain level of dependence that tends to drive people away from performing roles which are of great importance to them and changes the family dynamic as well, since it is now upon other members to perform those tasks and look after that family member.

Our aim is to understand and analyse the transition process of people who become dependent after suffering a middle cerebral artery stroke, and describe meaningful events in their lives throughout that transition process, in order to contribute for a better assistance of these patients.

This study has been developed in the Cerebrovascular Accident Units in Vale do Ave, and is presented as a study of qualitative, exploratory and descriptive nature. For data collection purposes, we have used a semi structured interview method, having the interviews taken place during the first ten days after the subject had suffered stroke. All participants were chosen with the help of medical staff (both doctors and nurses) from each unit. After being identified, six men and seven women with middle cerebral artery stroke diagnose were included in the sample, having multifocal stroke, aphasia and disorientation cases been excluded.

After analyzing the results, we have concluded that patients taking part in this study describe their condition's route since its beginning until the discharging process. The relationship of affection, companionship, friendship, incentives, availability and hope facilitated the integration in the hospital. The Health practitioners, specially, nurses meet the needs that people identify after stroke. Adaptation to the disease and dependence after suffering a stroke experienced with positive, negative and ambivalent feelings and the preparation to discharge the patient are also described with anxiety. The changes in personal, social, professional and family life after the stroke and cases of dependence upon others are hurtfully described by the patients. However, in some cases, the disease tightens bonds between the patient and family members or friends.

We are sure that the care provided by the nursing staff made it much easier to go through this transition process both on the patients and on their families.

**Key words:** Cerebrovascular Accident, transition, dependence, discharge.

---

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>PARTE I - TRANSIÇÃO DA PESSOA APÓS AVC</b> .....	15
<b>1. Processo de Transição da Pessoa após AVC</b> .....	16
<b>2. A Pessoa e o AVC</b> .....	21
<b>3. Dependência após AVC</b> .....	25
<b>4. Percurso dos Cuidados à Pessoa com AVC da Prevenção à Reabilitação</b> .....	28
<b>5. Família da Pessoa após AVC</b> .....	41
<b>6. A Organização da Assistência de Saúde às Pessoas com AVC</b> .....	44
<b>PARTE II - ESTUDO DE CAMPO</b> .....	47
<b>1. Metodologia do Estudo</b> .....	48
<b>2. Instrumento de Colheita de Dados</b> .....	49
<b>3. Procedimento de Colheita de Dados</b> .....	50
<b>4. Participantes do Estudo</b> .....	53
<b>PARTE III - A VIVÊNCIA DA TRANSIÇÃO</b> .....	59
<b>1. Percurso da doença</b> .....	59
1.1 <i>Aparecimento do AVC</i> .....	60
1.2 <i>Durante o AVC</i> .....	62
1.3 <i>Após o AVC</i> .....	64
<b>2. Adaptação à Situação de Doença e Dependência</b> .....	68
2.1 <i>Sentimentos após AVC</i> .....	70
2.2 <i>Aceitação da situação de saúde</i> .....	74
2.3 <i>Condições da Transição</i> .....	76
2.4 <i>Preocupações</i> .....	81
<b>3. Integração no Hospital</b> .....	85
3.1 <i>Percepção da Equipa de Saúde</i> .....	86
3.2 <i>Percepção dos Cuidados de Saúde</i> .....	89

---

<b>4. Preparação da Alta</b> .....	94
4.1 <i>Preparação do Regresso a Casa</i> .....	94
4.2 <i>Perceção do Regresso a Casa</i> .....	97
4.3 <i>Perceção do Futuro</i> .....	99
<b>5. Mudanças na Vida</b> .....	103
<b>6. A Pessoa após AVC: Transição da Autonomia para a Dependência ...</b> .....	110
<b>CONCLUSÃO</b> .....	127
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	133
<b>ANEXOS</b> .....	157
<b>ANEXO I - Quadro orientador da entrevista</b>	
<b>ANEXO II - Guião da entrevista</b>	
<b>ANEXO III - Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar da região do Vale do Ave para realização de entrevistas</b>	
<b>ANEXO IV - Consentimento informado</b>	
<b>ANEXO V - Quadro orientador da categorização dos dados</b>	

---

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Territórios vasculares e manifestações clínicas .....	24
Quadro 2: Modelo temático da análise de dados .....	52
Quadro 3: Caracterização dos participantes .....	54
Quadro 4: Caracterização das condições de saúde dos participantes .....	55
Quadro 5: Índice de dependência dos participantes em cada atividade de vida diária .....	56
Quadro 6: Caracterização familiar dos participantes.....	57
Quadro 7: Aparecimento do AVC.....	60
Quadro 8: Durante o AVC.....	63
Quadro 9: Após o AVC .....	65
Quadro 10: Sentimentos após AVC .....	71
Quadro 11: Aceitação da situação de saúde.....	75
Quadro 12: Condições da transição.....	78
Quadro 13: Preocupações .....	81
Quadro 14: Percepção da equipa de saúde.....	86
Quadro 15: Percepção dos cuidados de saúde .....	90
Quadro 16: Preparação do regresso a casa .....	95
Quadro 17: Percepção do regresso a casa.....	98
Quadro 18: Percepção do futuro.....	99
Quadro 19: Mudanças na vida.....	104

---

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Dia da entrevista após AVC .....	51
Gráfico 2: Grau de dependência dos participantes .....	55

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Ações de Enfermagem na prevenção do AVC .....	30
Figura 2: Desenvolvimento dos exercícios terapêuticos após AVC adaptado à análise temática.....	32
Figura 3: Papel do Enfermeiro de Reabilitação na transição do doente após AVC .	38
Figura 4: Percurso da doença.....	67
Figura 5: Adaptação à situação de doença e dependência.....	84
Figura 6: Integração no Hospital .....	93
Figura 7: Preparação do regresso a casa .....	102
Figura 8: Mudanças na vida.....	109
Figura 9: Representação da Teoria de médio alcance das transições adaptada à análise temática.....	113
Figura 10: Achados emergentes dos discursos .....	126



---

## INTRODUÇÃO

Os Enfermeiros na sua prática de cuidados, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), procuram ao longo do ciclo vital das pessoas prevenir a doença e promover processos de readaptação, procuram a satisfação das necessidades humanas básicas fundamentais e a máxima independência nas atividades de vida diária (AVD), assim como a adaptação funcional aos défices e a múltiplos fatores, tendo por isso um papel preponderante junto das pessoas que transitam da autonomia para a dependência após Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), 15 milhões de pessoas sofrem AVC em todo o mundo a cada ano. Destes, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam permanentemente incapacitados. De acordo com projeções das Nações Unidas, o número de novos AVC's irá aumentar 1.5 milhões por ano até 2025 (Truelsen et al., 2006). A pressão arterial elevada contribui para mais de 12,7 milhões de AVC's em todo o mundo. Nos países desenvolvidos, a incidência de AVC está em declínio, em grande parte devido aos esforços para reduzir a pressão arterial e o tabagismo, no entanto, a taxa global de AVC continua a ser elevada, devido ao envelhecimento da população (OMS, 2002). Para além disso, o AVC continua a ser a principal causa de dependência física, sendo apenas precedida pelas doenças cardiovasculares e cancerígenas (Rodgers, 2004).

A dependência limita a pessoa na realização das AVD, no seu papel familiar, na participação social e laboral e, conseqüentemente piora a sua qualidade de vida (Scalzo, 2010). Deste modo, as pessoas com AVC que transitam da autonomia para a dependência são alvo dos cuidados de Enfermagem.

Na fase aguda do AVC, é preocupação dos Enfermeiros prevenir a recorrência de AVC; monitorizar os sinais vitais; avaliar a consciência, a orientação, os défices motores e sensitivos da pessoa; efetuar posicionamentos terapêuticos e mobilizações no leito de modo a evitar o padrão espástico que ocorre após o AVC. Após esta fase, o Enfermeiro de Reabilitação dota a pessoa e a sua família de competências que lhes permitam a readaptar-se à nova situação de saúde.

---

As sequelas do AVC mais evidentes, são os défices físicos e cognitivos, no entanto outras como a redução da capacidade de resistência ao esforço, as consequências de imobilidade, a perda de habilidades para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, de lazer ou trabalho são um conjunto de défices com um impacto muito elevado na funcionalidade e nos resultados obtidos com a reabilitação (Ramas, 2007).

Estas alterações modificam as condições de vida da pessoa, da sua família e da sociedade, alterando os papéis pessoais, familiares, sociais e profissionais do doente. A doença e a dependência agravam a situação financeira e provocam a sobrecarga dos vários elementos da família. Para além disso dificultam o bem-estar, vivenciando a pessoa sentimentos que vão desde a motivação, coragem e fé à apatia, sofrimento, depressão, vergonha, culpa e remorsos.

Perante tais mudanças, a pessoa doente e a sua família têm que aprender a viver com as novas condições e conhecer estratégias que permitam readaptar-se. As dificuldades de adaptação a uma mudança tão súbita fazem com que os profissionais de saúde, em particular os Enfermeiros, se preocupem em ajudar a pessoa a restabelecer a sua independência e a respetiva família na vivência desta transição. Os Enfermeiros devem constituir uma condição facilitadora para permitir que a pessoa usufrua de condições comunitárias e sociais que manifeste vontade de ter, como o apoio de familiares, amigos e sempre que possível satisfazer os seus sonhos.

A preparação da alta e reintegração na comunidade é também fundamental na reabilitação da pessoa após AVC, permitindo adaptação à nova situação e um novo equilíbrio de papéis (Markle-Reid et al., 2011).

Partindo da nossa experiência e conhecimento procuramos compreender como é que as pessoas que sofrem de AVC da artéria cerebral média vivenciam a transição da autonomia para a dependência, que sentimentos e preocupações vivenciam, que necessidades e dificuldades se lhes colocam, que acontecimentos são relevantes durante o processo de transição para a dependência no que concerne à sua vida pessoal, familiar, social e profissional e de que modo o Enfermeiro de Reabilitação intervém neste processo de transição.

O percurso que experimentamos foi guiado por uma questão central, a pergunta de partida. Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), a escolha da pergunta de partida é a melhor forma de dar início a um trabalho de investigação, pois permite ao investigador exprimir exatamente o que procura saber, elucidar ou compreender, contudo, é também um dos passos mais exigentes do processo de investigação, do ponto de vista da criatividade.

---

A resposta à questão de partida possibilitará alcançar a finalidade, tendo emergido a seguinte questão: **Como é que as pessoas que sofrem AVC da artéria cerebral média vivenciam a transição da autonomia para a dependência?**

Torna-se oportuno efetuar este estudo no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e pelo interesse em compreender e analisar o processo de transição das pessoas que vivenciam a transição da autonomia para a dependência após AVC da artéria cerebral média, assim como conhecer os acontecimentos que facilitam e dificultam esse mesmo processo, de modo a que como Enfermeira saiba ajudar as pessoas a vivê-la de forma positiva.

Delimitamos o nosso estudo ao território da artéria cerebral média, pois segundo Lundy-Ekman (2008), mais de 90% dos casos ocorrem neste território, acarretando défices neurológicos importantes, como hemiparesia e hemianestesia contralateral (com predomínio do membro superior), hemianopsia, afasia (se for o hemisfério dominante) e agnosia visual. O mesmo autor refere que a hemiparesia é o défice com maior impacto nas diversas atividades da pessoa após AVC.

Optámos por uma metodologia qualitativa e um tipo de estudo descritivo com características fenomenológicas, cujos dados foram tratados através da análise de conteúdo. O método de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada. Participaram no estudo treze doentes com AVC, internados em Unidades de AVC, seguindo-se uma técnica de amostragem não probabilística.

Este trabalho encontra-se dividido em torno de três identidades. Primeiro fizemos uma revisão da literatura tendo por base as palavras-chaves, surgindo assim a primeira identidade com o enquadramento teórico, onde se apresenta uma revisão sistemática da literatura que suporta este estudo, estando esta dividida em seis subcapítulos. O primeiro subcapítulo incide no processo de transição da pessoa após AVC; o segundo descreve a pessoa com AVC e o processo fisiopatológico; o terceiro refere-se ao processo de dependência na pessoa com AVC; o quarto narra o percurso dos cuidados à pessoa com AVC desde a prevenção à reabilitação; o quinto descreve a família da pessoa após AVC e o sexto relata a organização da assistência de saúde às pessoas com AVC.

A segunda identidade que explora o trabalho de campo dá origem a quatro subcapítulos. O primeiro subcapítulo descreve a metodologia do estudo, o segundo relata o instrumento de colheita de dados, o terceiro narra os procedimentos quer técnicos quer éticos e o quarto cita os participantes do estudo.

---

A terceira identidade traz para a discussão achados a partir dos discursos dos participantes e incorpora seis subcapítulos. O primeiro subcapítulo relata o percurso da doença, desde os primeiros sinais e sintomas do AVC até ao local de permanência do doente após a alta hospitalar; o segundo subcapítulo descreve o processo de adaptação da pessoa à situação de doença e dependência após AVC; o terceiro menciona como se dá a integração da pessoa dependente após AVC no hospital; o quarto explora o processo de preparação da alta; o quinto narra as mudanças que ocorrem na vida das pessoas após AVC da artéria cerebral média, tais como mudanças pessoais, familiares, sociais e laborais e o sexto discute os resultados, de acordo com as questões de investigação.

Por fim são apresentadas as conclusões que se consideram relevantes extrair do desenvolvimento do trabalho, assim como os seus contributos e futuras linhas de investigação.

A elaboração deste trabalho foi dificultada por questões temporais e pela pouca experiência na área da investigação, contudo todo este percurso constituiu um valioso momento de aprendizagem.

---

## PARTE I - TRANSIÇÃO DA PESSOA APÓS AVC

O termo transição deriva do latim *transitiōne*, significando uma mudança duradoura, um ato ou efeito de passar de um estado ou lugar para outro (Abreu, 2008).

Meleis e Trangenstein (1994, p. 256) definiram transição como “*a passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro*”. A transição tanto pode estar relacionada ao processo como ao resultado na complexidade de interações entre a pessoa e o ambiente, remetendo para uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social.

A instalação de um quadro de AVC é inesperada e não permite uma preparação psicológica. O conhecimento da doença permite monitorizar e controlar os fatores de risco que são modificáveis, como a Hipertensão arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM), entre outros, contudo não evita o seu aparecimento. A dependência após AVC representa para a pessoa uma rutura com o estilo de vida anterior, originando uma mudança inesperada, não planeada, com a qual tem de lidar e se adaptar. A importância da transição reside não apenas na aprendizagem que daí advém, mas particularmente na aceitação de novos papéis. Martins (2002) confirma que a maior parte das pessoas vítimas de AVC sobrevivem com variadíssimos graus de incapacidade e morbilidade, constituindo-se um fator perturbador do quotidiano da pessoa doente e da sua família. A doença e a dependência agravam a situação financeira e provocam a sobrecarga dos vários elementos da família.

Para além da adaptação à sua nova condição e alteração dos vários papéis, a pessoa ao ser internada, segundo Henckemaier (2004) passa por vários transtornos psicológicos. A pessoa vivencia um distanciamento do seu contexto familiar e das suas atividades quotidianas, para se integrar num ambiente diferente, pouco acolhedor e cheio de normas e rotinas a respeitar. Ainda durante o internamento, a pessoa dependente após AVC tem de aprender estratégias adaptativas à sua nova condição para retomar a sua vida e regressar a casa.

---

Rochette et al. (2007) cita que os sobreviventes após AVC são conduzidos a um processo inevitável de enfrentamento e adaptação à nova realidade.

A fim de compreender a transição da pessoa com AVC exploramos o Modelo das Transições de Meleis, aproximando-nos de um processo específico desta vivência.

## **1. Processo de Transição da Pessoa após AVC**

Uma alteração na vida das pessoas requer um período de ajustamento compensatório que resulta numa adaptação (Tomey; Alligood, 2007). A transição não é apenas um evento, mas pressupõe uma reorganização e uma redefinição da pessoa para incorporar a mudança na sua vida (Bridges, 2004). Kralik, Visentin e Loon (2006) referem também que transição não é sinónimo de mudança, mas do processo psicológico que envolve a adaptação aos eventos desta.

Transição é um conceito contemporâneo que surge da teoria de crise, relevante nas Ciências sociais e na área da saúde, com o contributo recente dos Enfermeiros para a compreensão do seu processo enquanto relacionado com a vida e a saúde (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Meleis, Trangenstein, 1994).

Os trabalhos de investigação conduzidos por Meleis et al. (2000) debruçaram-se sobre várias experiências de transição, incluindo a transição da pessoa para a dependência após um episódio de doença, como é o caso do AVC. A dependência altera a vida quer da pessoa, que necessita de auxílio em várias atividades do quotidiano, quer da sua família que se reorganiza ao ponto de abandonar vários papéis para cuidar do doente e se confronta a executar outros que estavam a cargo do seu familiar.

Inicialmente, para justificar o processo da transição recorria-se a aspetos individuais; atualmente, há um entendimento de que as condições e as influências das transições estão dependentes não só da pessoa, mas também da família e da organização (Zagonel, 1999).

Schumacher, Jones e Meleis (1999) referem que enquanto na transição individual saudável os processos movimentam-se na direção da saúde, nas transições para a doença, como é o caso do AVC, a movimentação faz-se no sentido duma maior vulnerabilidade e risco, tendo os Enfermeiros um papel fundamental ao ajudarem as pessoas a adaptarem-se à sua nova condição.

A Teoria de médio alcance de Meleis facilita uma visão mais aprofundada sobre as transições. Os três domínios desta teoria (natureza da transição, condições da transição e padrões de resposta face à transição) permitem identificar

---

possíveis tipos, padrões, propriedades, condições pessoais, sociais e da comunidade, assim como o processo e os resultados das transições, com o objetivo de se elaborar e implementar um plano de cuidados de Enfermagem.

Meleis et al. (2000) identificam quatro tipos de transições quanto à sua natureza, podendo ser desenvolvimental, situacional, saúde/doença e organizacional. Contudo, apesar de existir uma tipologia das transições, os resultados obtidos por vários estudos demonstraram que as experiências das transições não são unidimensionais, discretas ou mutuamente exclusivas. Apesar de únicas e singulares, as transições são um processo complexo em que múltiplas transições podem ocorrer simultaneamente durante um período de tempo, como transições saúde-doença, desenvolvimental, situacional e organizacional.

As transições de desenvolvimento são as que ocorrem ao longo do ciclo vital das pessoas; as situacionais estão relacionadas com a mudança de papéis nos vários contextos onde a pessoa está envolvida; as transições saúde-doença incluem mudanças súbitas de papel que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou também de um estado de cronicidade para um novo de bem-estar que engloba a cronicidade; as organizacionais, estão associadas a mudanças relacionadas com o ambiente, o que abrange aspetos relacionados tanto com o ambiente social, político e económico (Meleis; Schumacher, 1994).

Para além do tipo de transições, Meleis et al. (2000) classificam as transições em diferentes padrões, consoante os seus níveis de multiplicidade e complexidade: simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado e não relacionado, e identificam determinadas propriedades comuns, as quais chamam de propriedades universais de transição. Estas são a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o período de tempo da transição, os pontos e eventos críticos.

A consciencialização é considerada uma propriedade chave de todo o processo de transição, pois está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. Quando existe tal reconhecimento, a pessoa consegue encontrar uma coerência para o que está a acontecer e reorganizar-se num novo modo de viver, de responder e de estar no mundo. Chick e Meleis (1986) consideram a consciencialização, em torno das mudanças essencial para “estar em transição”. Porém, Meleis et al. (2000) defendem que a ausência de consciencialização das mudanças não é sinónimo de não estar a iniciar a transição. Isto leva a refletir a importância de reconhecer antecipadamente

---

a transição pelo Enfermeiro, antes mesmo de a pessoa doente tomar consciência da necessidade de se ajustar à nova condição.

O envolvimento refere-se ao grau com que alguém revela implicar-se nos processos inerentes à transição. O envolvimento pode ser desencadeado tanto por eventos fora do controlo da pessoa como pela própria, pode envolver mais do que uma pessoa e é influenciado pelo contexto e pela situação (Chick; Meleis, 1986).

Durante a transição, a pessoa pode experienciar várias mudanças significativas. A mudança engloba diversas dimensões: a natureza, a temporalidade, a importância percebida da gravidade da situação e as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais.

Para explorar a natureza da mudança importa perceber se é uma alteração da condição de saúde física ou mental, na condição social ou económica, na autoimagem, nas expectativas ou na rede de suporte. Relativamente à temporalidade importa perceber em que momento a pessoa ou família reconhecem a necessidade de mudança. Para caracterizar a mudança e diferença interessa também perceber quão importante, ou grave, é a mudança e o impacto que vai ter no estilo e hábitos de vida da pessoa e sua família. Em relação às normas e expectativas pessoais, familiares e sociais importa averiguar se a mudança era esperada e como se caracteriza, confrontando-a com as normas e as expectativas da sociedade.

A diferença verifica-se quando se confronta a realidade com as expectativas, podendo sentir-se ou ser visto como diferente ou ver o mundo de forma diferente.

Quanto ao período de tempo da transição, Bridges (2004) afirma que todas as transições começam por um fim, pois considera que antes de abraçar o novo, é necessário abandonar o passado. O fim, enquanto ponto de partida da transição, pode ser identificado a partir dos primeiros sinais de antecipação, de perceção, ou evidência da mudança. Evolui ao longo da transição, atravessando um período de instabilidade, de confusão e de stresse, até um eventual novo fim, com um novo começo, ou período de estabilidade.

De acordo Meleis et al. (2000), as transições estão associadas a pontos ou eventos críticos caracterizados pela instabilidade, incerteza e rutura com a realidade, podendo interferir com o desenrolar da transição, na medida em que podem influenciar a velocidade do processo, da consciencialização e do envolvimento. Deste modo, os Enfermeiros devem estar atentos a eventos causadores de vulnerabilidade.

A transição da pessoa após AVC da autonomia para a dependência é do tipo saúde- doença, visto que ocorrem mudanças repentinas de bem-estar para um

---

estado de doença, mas também do tipo situacional, pois ocorrem mudanças dos papéis pessoais, familiares, laborais e sociais resultantes da dependência e da hospitalização. Confrontada com a mudança, a pessoa tem de aprender estratégias para regressar a casa, lidar com a nova situação e aceitar a alteração dos vários papéis. Esta transição apresenta múltiplos padrões simultâneos e relacionados.

As propriedades universais são essenciais nesta transição. É necessário que a pessoa apresente consciência da situação, perceção a mudança e diferença e envolva-se no processo de recuperação. A situação de doença, dependência e a hospitalização são eventos críticos para a pessoa, variando o tempo de duração da transição consoante a sua capacidade de adaptação e da sua família à nova situação.

Para além da natureza das transições, Meleis et al. (2000) definiram três tipos principais de condições facilitadoras e inibidoras do processo de transição: pessoais, comunitárias e sociais.

Relativamente às condições pessoais, os mesmos autores referem que os significados, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico e a preparação e o conhecimento prévio podem ser quer facilitadores quer inibidores do processo de transição.

A partir dos significados construídos, cada pessoa vai definindo a sua forma de agir, de sentir, de ver e de ser. A atribuição de significado positivo ou neutro à situação pode ser facilitador da transição, na medida em que tem o potencial de fomentar o envolvimento e a adaptação à mudança necessários para lidar com a nova condição. O significado que o doente atribui à doença e dependência após o AVC condiciona o processo de transição.

As crenças culturais e atitudes resultam da educação, da cultura, do ambiente envolvente, das pessoas consideradas como referência, e das experiências, sejam elas positivas ou negativas, afetando o modo como cada pessoa lida com a transição. Pessoas que recorrem à Fé, acreditando na melhoria têm maior facilidade de se adaptar à dependência.

Em relação ao estatuto socioeconómico, alguns estudos demonstraram que as pessoas com estatuto socioeconómico mais baixo estão mais suscetíveis a sintomas psicológicos e eventos que dificultam a transição (Abe e Moritsuka, 1986; Uphold e Susman, 1981 citados por Meleis et al., 2000).

A preparação e conhecimentos prévios sobre o que esperar durante a transição e as estratégias a utilizar na gestão da situação facilitam a experiência da transição, contudo o aparecimento súbito do AVC não permite a preparação prévia.

---

Os recursos da comunidade (suporte familiar, informação, modelos) e as condições da sociedade podem também dificultar ou facilitar a vivência da transição (Meleis et al., 2000).

O terceiro domínio da Teoria das Transições consiste nos padrões de resposta. Estes dividem-se em dois tipos: indicadores de processo e indicadores de resultado.

Os indicadores de processo incluem: sentimentos, interação, localizar-se e estar situado e desenvolver confiança e coping (Meleis et al., 2000).

Os sentimentos, nomeadamente em relação aos profissionais de saúde, aos quais se podem fazer questões e esclarecer dúvidas são outro indicador importante de uma experiência positiva (Meleis, 2010; Meleis et al, 2000).

A interação permite a clarificação de dúvidas, comportamentos e atitudes entre os diversos elementos envolvidos no processo de transição proporcionando uma transição saudável.

O localizar-se e estar situado no tempo, espaço e relações é fundamental na maioria das transições. Os Enfermeiros têm um papel preponderante na localização do doente e família no contexto de transição. Meleis et al. (2000) referem que a comparação da vida anterior com a atual facilita a construção do sentir-se situado, em termos de tempo, de espaço, de relacionamentos e aceitação do estado de saúde.

O desenvolvimento de confiança e estratégias de coping centradas no problema permite o aumento da confiança nas pessoas que vivenciam uma transição, traduzindo-se pela sua compreensão nos processos em que estão envolvidos. O recurso a mecanismos de coping eficazes permite uma melhor adaptação ao novo contexto de saúde. A confiança no profissional de saúde e um bom apoio social (família, amigos) terá reflexo na forma como adere ao regime terapêutico (Meleis et al., 2000).

Os indicadores de resultado referem-se ao domínio de novas competências (capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências imprescindíveis para lidar com a transição) e à reformulação de identidades. Ambas refletem um resultado saudável em lidar com o processo de transição e esta é uma das áreas em que os Enfermeiros de Reabilitação tomam um lugar dominante, no apoio à pessoa doente, para que adquira ou aprenda novas competências.

À medida que os doentes se aproximam de um período de estabilidade, inerente ao término do processo de transição, os seus níveis de mestria aumentam. A redefinição da identidade resulta do facto da pessoa incorporar novos conhecimentos (Meleis et al., 2000).

---

A Teoria de médio alcance das transições de Meleis permite aos Enfermeiros uma melhor compreensão do processo de transição, pois através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de Enfermagem, permitindo ao Enfermeiro pôr em prática estratégias que facilitem a transição da pessoa para a dependência após AVC.

Em **síntese**, aprofundando os problemas das pessoas com AVC podemos afirmar que estas percorrem um processo de transição da saúde para a doença, mas também situacional com múltiplos padrões simultâneos e relacionados.

## **2. A Pessoa e o AVC**

Partindo da pessoa e explorando as interações desta com o processo de doença, vamos narrar o processo fisiopatológico, a fim de nos prepararmos para a compreensão da visão do Enfermeiro sobre os cuidados às pessoas com AVC.

O AVC é o rápido desenvolvimento de sinais clínicos, por distúrbios focais ou globais da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular. É provocado por uma interrupção no suprimento de sangue ao cérebro e ocorre quando uma artéria que fornece sangue a uma região cerebral fica bloqueada ou se rompe (OMS, 2009). É assim excluído o Acidente Isquémico Transitório (AIT), que se define como uma alteração transitória da perfusão de determinada região cerebral, durante o tempo insuficiente para provocar enfarte, ou seja, os sinais neurológicos estão presentes durante um curto período de tempo (Cambier; Masson; Dehen, 2005). A instalação dos sintomas é súbita, a recuperação é progressiva e completa ao longo de minutos ou horas, até um período máximo de 24 horas (Caldas, 1986; Ferro, 2006).

A alteração neurológica resultante do AVC não tem a ver com o tipo de AVC, mas com o local da lesão vascular do cérebro, o tamanho da lesão e a lateralidade afetada. Assim, a oclusão de diferentes artérias cerebrais origina quadros clínicos distintos. As alterações podem ser singulares, múltiplas ou difusas e podem também envolver perda de funções motoras, sensitivas, visuais, assim como nas funções de percepção e da linguagem, e podem ser tão leves, como por exemplo um adormecimento de uma parte do corpo, que se tornam insuficientes para perturbar as atividades do indivíduo ou, tão graves que conduzem a um estado de inconsciência total (Martins, 2002).

Porém, se é verdade que as células cerebrais que perdem o fornecimento de oxigénio e nutrientes podem deixar de trabalhar temporariamente ou morrer, é

---

igualmente verdade que existem muitas células remanescentes, pelo que, se a pessoa for reabilitada logo que seja possível após o AVC, muitos dos movimentos perdidos podem ser recuperados (Stokes, 2004).

As classificações tipológicas dos AVC's não são unânimes, no entanto, as mais utilizadas baseiam-se no critério etiológico, classificando-se em isquémicos ou hemorrágicos. Segundo a European Stroke Initiative (EUSI, 2003), a nível mundial, cerca de 75% dos AVC's são isquémicos e 25 % são hemorrágicos.

O sintoma mais associado à distinção entre um AVC hemorrágico e isquémico é a ocorrência, no primeiro, de uma dor de cabeça forte e repentina. Todos os outros sintomas (fraqueza motora, ataxia, perda sensorial, alteração da acuidade visual e da perceção visuoespacial, alterações ao nível da linguagem e da produção de discurso, défices cognitivos e défices comportamentais) poderão ocorrer em ambos os tipos de AVC's (Silverman et al., 2011).

O **AVC Isquémico** ocorre devido à falta de irrigação sanguínea numa determinada região cerebral ou por hipotensão arterial grave, causando morte de tecido cerebral e pode classificar-se em: Lacunar; Trombótico ou Embólico (Martins, 2002).

O AVC Lacunar ou síndromes lacunares, segundo Martins (2006) representam cerca de 10% de todos os AVC's. Estão geralmente associados a HTA mal controlada ou a DM. Ocasionalmente ocasionam um dos cinco síndromes característicos: hemiplegia motora pura, hemisíndrome sensitivo puro, síndrome sensitivomotor, disartria e hemiparesia atáxica. O prognóstico de um enfarte lacunar geralmente é bom.

O AVC trombótico surge quando o processo patológico responsável pela obstrução do vaso se desenvolve no próprio local da oclusão. As trombozes arteriais ocorrem com maior frequência do que as venosas (Caldas,1986). Têm geralmente um início repentino, evoluindo depois de forma um pouco mais lenta no decorrer de um período de minutos, horas ou mesmo, ainda que raramente, dias.

O AVC embólico ou embolia cerebral define-se como todo o processo em que se verifica a oclusão arterial por um corpo estranho (embolo) em circulação, que é libertado na corrente sanguínea e que se desloca até às artérias cerebrais. Os locais mais comuns são a artéria cerebral média ou a artéria cerebral posterior ou os seus ramos e em menor frequência, a artéria cerebral anterior.

Os quadros de embolia cerebral instalam-se normalmente de forma súbita e com, défice neurológico. Os sintomas podem repetir-se no tempo, significando embolização recorrente. A formação de êmbolos está normalmente associada a doenças cardiovasculares, nomeadamente devido a Fibrilhação auricular (FA) e

---

outras arritmias; enfarte do miocárdio; endocardite bacteriana subaguda ou aguda; endocardite não bacteriana; endocardite infecciosa; cardiomiopatias; estenose mitral; complicações de cirurgia vascular ou próteses valvulares.

O **AVC Hemorrágico** é menos comum, mas não menos grave, e ocorre pela rutura de um vaso sanguíneo intracraniano, levando à formação de um coágulo que afeta determinada função cerebral, podendo ser dividido em hemorragia intracerebral e hemorragia subaracnóidea.

Tanto na isquemia como na hemorragia, vai ocorrer morte das células, ou seja, vai ocorrer enfarte. A rodear este enfarte está uma área de edema que se chama zona isquémica. Nesta região as células estão vivas, mas não estão a funcionar de forma adequada. Se o tratamento do AVC for rápido podem-se evitar sequelas maiores nestas células (Martins, 2002)

Geralmente, o AVC hemorrágico é o mais grave, com mortalidade até 50% nos 30 dias após o AVC e ocorre numa população mais jovem. Os fatores predisponentes são a HTA, a aterosclerose, aneurismas congénitos, tumores, traumatismos cranioencefálicos, entre outros (Menoita, 2012).

A instalação clínica ocorre tipicamente quando a pessoa está acordada, manifestando-se por um défice focal agudo seguido de sinais de HTA intracraniana com cefaleias e vômitos e deterioração progressiva no nível de consciência. A HTA provoca a lesão crónica dos pequenos vasos perfurantes, nomeadamente nos ramos da artéria cerebral média e cerebral posterior e nos ramos paramedianos da artéria basilar (Caldas, 1986).

O quadro clínico e o prognóstico dependem do grau de hemorragia e do grau de lesão cerebral. Estas hemorragias podem ser profundas, a partir das artérias perfurantes conduzindo a um efeito de massa que destrói o tecido cerebral vizinho. Podem assumir carácter expansivo ou ser mais limitadas, sendo estas mais compatíveis com a sobrevivência (Martins, 2002).

A Hemorragia subaracnóidea é o AVC menos frequente e afeta geralmente pessoas com idade inferior a 35 anos. Pode ser causada por rutura de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, angiomas arteriovenosos e traumatismos. Num terço dos casos, os mecanismos desencadeantes são esforço físico, tosse, defecação, relações sexuais e exposição prolongada ao sol. Os sintomas surgem de forma brusca, como por exemplo cefaleias intensas, transtornos de vigília, fotofobia e sinais de irritação das meninges (Martins, 2006).

A oclusão de diferentes artérias cerebrais origina síndromes vasculares com os seus sinais clínicos específicos e característicos (Quadro 1). O vaso mais

frequentemente afetado é a artéria cerebral, seguindo-se-lhe com maior regularidade a carótida interna, sendo os outros vasos mais raramente afetados (Martins, 2006).

Conforme a área afetada, o doente apresenta diferentes défices.

TERRITÓRIO CAROTÍDEO	TERRITÓRIO VERTEBRO-BASILAR
<p><b>Artéria central da retina</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cegueira ipsilateral</li> <li>• Amaurose fugaz ipsilateral</li> </ul>	<p><b>Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos</b></p> <p>Os quadros são múltiplos, dependendo das combinações das zonas afetadas.</p> <p>Sintomas e sinais mais frequentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desequilíbrio, ataxia</li> <li>• Nistagmo</li> <li>• Diplopia, paresia dos movimentos oculares conjugados</li> <li>• Disartria</li> <li>• Disfagia, soluços</li> <li>• Coma</li> <li>• Síndromas alternas (paresia de um nervo craniano ipsilateral e hemiparesia e/ou hemihipostesia contralateral)</li> <li>• Paresias e/ou alterações de sensibilidade</li> </ul>
<p><b>Artéria cerebral anterior</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome frontal</li> <li>• Parésia do membro inferior contra lateral</li> <li>• Afasia transcortical (hemisfério esquerdo)</li> </ul>	
<p><b>Artéria coroideia anterior</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemiparesia contralateral</li> <li>• Hemihipostesia contralateral</li> <li>• Hemianopsia contralateral</li> </ul>	
<p><b>Artéria cerebral média</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Todo o território</u>: hemiparesia contralateral, de predomínio braquifacial, afasia global (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia.</li> <li>• <u>Ramos ântero-superiores</u>: hemiparesia contra lateral, de predomínio braquifacial, afasia não fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito).</li> <li>• <u>Ramos póstero-inferiores</u>: afasia fluente (hemisfério esquerdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisfério esquerdo) e neglect (hemisfério direito) e quadrantanopsia contralateral.</li> <li>• <u>Ramos profundos</u>: hemiparesia contralateral e Hemihipostesia contralateral.</li> </ul>	
	<p><b>Artéria cerebral posterior</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemianopsia contralateral</li> <li>• Hemihipostesia contralateral</li> <li>• Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo)</li> <li>• Agnosia para cores (hemisfério esquerdo)</li> <li>• Agnosia visual (hemisfério esquerdo)</li> <li>• Prosopagnosia (hemisfério direito)</li> </ul>

Quadro 1: Territórios vasculares e manifestações clínicas (Ferro; Pimentel, 2006, p.81)

O diagnóstico de AVC deve começar pelo reconhecimento dos sinais e sintomas da pessoa que presencia o aparecimento. O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), em 2013, em informação aos órgãos de comunicação social da saúde refere ser essencial os cidadãos reterem os sinais de alerta do AVC: falta de força num braço, boca ao lado ou dificuldade em falar.

Kwan, Hand, Sandercock (2004) citados pela European Stroke Organization (ESO, 2008) acrescentam que os doentes com suspeita de AVC devem ser transportados o mais rápido possível para o hospital mais próximo que tenha uma Unidade de AVC, de modo a que obtenham um tratamento precoce.

Em Portugal, segundo, dados do INEM (2013), o AVC continua a ser uma das principais causas de morte, sendo também a principal causa de morbilidade e de potenciais anos de vida perdidos no conjunto das doenças cardiovasculares.

---

Os doentes apresentam várias alterações após AVC com grande impacto no seu dia-a-dia e da sua família. Face à diversidade de sintomatologia, tornou-se relevante estudar a transição das pessoas após AVC da artéria cerebral média, que mantêm a capacidade de comunicar e se tornaram dependentes fisicamente após a doença.

### 3. Dependência após AVC

A dependência, definida no Decreto-Lei nº101/2006, artigo 3º alínea h, é “*a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária*”. Esta definição acrescenta que a dependência das pessoas não se deve apenas à sua incapacidade física, mas também às dificuldades familiares e a falta de apoios sociais.

A dependência é um conceito multidimensional, que incorpora fatores físicos, mentais, cognitivos, sociais, económicos e ambientais (OMS, 2003), e a dependência resultante do AVC varia de acordo com o grau de recuperação neurológica, o local da lesão, o estado anterior do utente e os sistemas de suporte envolventes (Teasell; Bayona; Heitzner, 2009). O AVC é uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo (Giles; Rothwell, 2008).

Rabelo e Neri (2006) referem que após AVC, as várias sequelas motoras, sensitivas, cognitivas e emocionais fazem com que a pessoa necessite de um prestador de cuidados, podendo despertar sensação de incontrolabilidade sobre si mesmo. Esta perda de controlo faz o doente sentir perda da sua identidade e autonomia.

Contudo, não se deve confundir independência e autonomia. Sequeira (2007) refere que são termos que se complementam, mas não significam o mesmo. O mesmo autor diz que a independência remete para a capacidade de desempenho de atividades de vida diária e de autocuidado, enquanto a palavra autonomia, de origem grega, segundo Zimerman (2005) significa capacidade individual de cuidar de si (auto = eu; nomos = lei). Vieira (2004) concebe autonomia na esfera da capacidade de decisão, definindo-a como a capacidade da pessoa em manter o seu poder de decisão, mas também como capacidade de comando e como faculdade de se governar a si próprio, enquanto a independência reporta-se à capacidade

---

funcional da pessoa na realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário.

De acordo com a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, em 2011, as doenças cerebrovasculares foram responsáveis por 8,1% dos anos de vida saudável perdidos (Disability-adjusted life year- DALY) em Portugal.

A dependência após AVC restringe a pessoa em várias AVD, desde os autocuidados até às tarefas complexas, como o trabalho, para além da fase aguda. As incapacidades tais como paralisia dos músculos, rigidez das partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais comprometem várias atividades do quotidiano da pessoa (Andrade et al., 2009).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011, p.1) define AVD como um *“conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia”*, subdividindo em três grupos: atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades domésticas e comunitárias ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades avançadas da vida diária (AAVD).

As ABVD são atividades essenciais para o autocuidado e, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 1999, versão β2, p.55) autocuidado é *“...um tipo de ação realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida”*. Clarke et al. (2002) confirmam que após o AVC, o doente fica dependente nos autocuidados vestir-se, comer e tomar banho. Para além disso, a disfunção motora na execução de outros movimentos funcionais após o AVC como o pegar num copo de água ou apertar os botões de uma camisola afetam o doente na realização das ABVD (Loewen; Anderson, 2006). Porém, segundo Queirós (2010), autocuidado não se restringe às atividades básicas de vida diária, nem às atividades instrumentais da vida diária, é abrangente, estruturando-se ao longo do processo de desenvolvimento da pessoa.

As AIVD exploram um nível mais complexo de funcionalidade necessárias para a adaptação ao ambiente (Alves et al., 2007). Fricke (2010) e Cardoso e Eusébio (2011) citado pela OE (2011) descrevem as AIVD, como a capacidade da pessoa para gerir o ambiente em que vive, por exemplo, preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, gerir dinheiro, usar o telefone, tomar medicamentos, fazer compras e utilizar os meios de transporte. Estas atividades ficam gravemente afetadas para as pessoas, pela dependência decorrente do AVC.

---

As AAVD são mais complexas que as instrumentais e embora não sejam essenciais para a independência da pessoa, a capacidade desta continuar a desempenhá-las pode contribuir para a manutenção da boa saúde mental e física e para uma qualidade de vida excelente (Paschoal, 2007). São exemplo de atividades desse tipo: o trabalho, atividades de lazer, exercício físico, contatos sociais e conduzir um automóvel. Xie et al. (2006) confirmam que após o AVC, as pessoas apresentam dificuldades em se envolver e executar atividades recreativas. O isolamento social é também referido em vários estudos de doentes após o AVC (Mackenzie; Chang, 2002).

A reeducação das AVD é muito importante para a reinserção sociofamiliar da pessoa. Apesar de ser um processo moroso, acarreta dificuldades não só para si como também para a sua família, tendo o Enfermeiro um papel fundamental na sua reabilitação (Leal, 2001).

Para além do contacto social, o AVC afeta gravemente a produtividade dos doentes. Sacco (2002) alerta para esse facto, referindo que as sequelas pós-AVC implicam algum grau de dependência, principalmente no primeiro ano após o AVC, com cerca de 30 a 40% dos sobreviventes impedidos de voltarem ao trabalho. Falcão et al. (2004) observaram que o AVC trouxe modificações na condição de trabalhadores. Antes do AVC, 83% dos homens e 54% das mulheres encontravam-se a trabalhar; após o AVC, apenas 25% dos homens e 4,5% das mulheres mantiveram essa condição. Após o AVC, o rendimento principal deixou de ser o trabalho, sendo substituído pela reforma e por benefícios sociais, para quase 50% dos homens e 32% das mulheres. Aproximadamente, 10% dos homens e 45% das mulheres passaram a viver com recursos de familiares ou doações.

Ultimamente tem-se verificado um aumento no número de vítimas de AVC com idades que rondam os 50 anos ou até mais novos em todo o mundo, pessoas em plena atividade e no auge do seu rendimento, retirando-lhes a capacidade produtiva total ou parcialmente (Chalela et al., 2004)

A dependência física pode ser medida através de várias escalas como o Índice de Katz e o Índice de Barthel que classificam o grau de dependência na realização das ABVD e, a Escala de Lawton & Brody que classifica o grau de dependência na realização das AIVD.

**Em síntese**, o AVC provoca inúmeras incapacidades temporárias e/ou permanentes com graus de dependência variados na realização das AVD, desde o autocuidado até ao papel profissional e social, levando à perturbação do equilíbrio quer do doente quer da sua família, o que justifica estudar a transição da autonomia para a dependência.

---

## **4. Percurso dos Cuidados à Pessoa com AVC da Prevenção à Reabilitação**

O AVC é uma doença que apesar de não ser possível evitá-la, é possível preveni-la. Os Enfermeiros por serem os profissionais de saúde que estão mais de perto e durante mais tempo com as pessoas têm um papel de excelência na sua prevenção e recuperação. Após a ocorrência do AVC, os cuidados de Enfermagem passam por todas as etapas de acompanhamento da pessoa doente e sua família, desde a prevenção secundária, à reabilitação, preparação da alta e reintegração na família e na comunidade.

O AVC é uma doença multifatorial, apesar de nem todos os fatores de risco precisarem estar presentes para uma pessoa ter um AVC. Ferro (2006) ao referir-se aos fatores de risco para a ocorrência de AVC, classifica-os em: não modificáveis, como a idade, sexo, grupo étnico e racial, origem geográfica, hereditariedade, estação do ano e baixo peso ao nascer, e modificáveis, como a HTA, a DM, a Dislipidemia, o AIT, a FA, a Estenose carotídea, a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, a dieta, e a terapia hormonal de substituição, de acordo com a existência ou não de intervenções válidas para os controlar. O mesmo autor salienta que os dois fatores de risco mais relevantes são a idade, uma vez que o aumento exponencial da incidência e da mortalidade estão associados à idade e à HTA.

De acordo com Appelros, Stegmayr e Tere'nt (2009), a idade mais frequente para a ocorrência do AVC é entre os 65 e os 85 anos. No homem, a idade média do primeiro AVC é 68,6 anos, enquanto na mulher é 72,9 anos e, a incidência de AVC no homem é 33% mais elevada (Correia et al., 2004).

Em relação à HTA, segundo Goldstein et al. (2010) citado pela Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC, 2011), a HTA é o fator de risco vascular mais importante e relevante para a ocorrência do AVC. As características humanas e comportamentais que aumentam a tensão arterial também aumentam o risco de AVC (Pinto, 2007).

O papel do Enfermeiro começa muito antes da instalação do AVC. A prevenção primária das doenças cerebrovasculares, através das consultas de vigilância dos hipertensos nos Centros de saúde e Unidades de saúde familiar deve ter início na comunidade antes da sua ocorrência.

Contudo, após a sua ocorrência, o Enfermeiro tem um papel fulcral na prevenção secundária, reduzindo o número de fatores de risco potenciais a um novo AVC, pois o risco de recorrência encontra-se substancialmente aumentado

---

após um AIT ou AVC prévio (Vickrey et al., 2002). Shah e Gondek (2000) confirmam que o risco de recorrência de AVC é entre 15% a 30% em cinco anos.

A vigilância e o tratamento da HTA visam evitar a médio prazo, a progressão da doença e das suas repercussões nos órgãos alvo e, a obter a longo prazo, a diminuição da morbidade e da mortalidade cardiovascular (Portugal, 2003). O papel dos Enfermeiros na comunidade passa por ensinar aos doentes estilos de vida saudáveis que proporcionem uma descida significativa da pressão arterial; ensinar dietas saudáveis com diminuição do consumo de sal e gorduras, pois estes aumentam a pressão arterial e incentivar a prática de exercício físico regular, pois pode reduzir significativamente a pressão arterial. O exercício deve compreender movimentos cíclicos (marcha, corrida, natação, dança).

O Enfermeiro tem também um papel fundamental na educação da pessoa com Diabetes, na sua autovigilância e autocontrolo, na gestão do regime terapêutico, nos cuidados alimentares e no incentivo da atividade física, considerando que os doentes diabéticos têm uma maior suscetibilidade a aterosclerose e uma maior prevalência de fatores de risco aterogêneos como HTA e Dislipidemia (Goldstein et al. (2010) citado por SPAVC (2011)).

A Dislipidemia é outro fator de risco modificável do AVC. A vigilância do colesterol e triglicéridos é fundamental quer antes, quer depois do AVC (Zieman; Ouyang, 2010).

A intervenção do Enfermeiro foca-se muito na importância da dieta e nutrição das pessoas, pois podem influenciar o risco de AVC por vários mecanismos, nomeadamente pela redução de alguns fatores de risco vascular importantes como a HTA, Diabetes e Dislipidemia (Flemming; Brown, 2004).

O Enfermeiro baseado nos estudos de Leys et al. (2004) citado pela SPAVC (2011) recomenda dietas ricas em vegetais, legumes, fruta, peixe, cereais, azeite e produtos lácteos pobres em gordura (dieta mediterrânea), pois reduzem o risco de AVC e, também baseado nos estudos de Ding (2006) citado pela SPAVC (2011) alerta que o consumo de dietas pobres em sódio e ricas em potássio, magnésio ou cálcio (produtos lácteos pobres em gordura) tem um efeito protetor para o AVC.

O alcoolismo é outro fator de risco para AVC's e por isso o Enfermeiro desaconselha o seu consumo excessivo (Elkind; Sciarra; Boden, 2006).

O exercício físico e o controlo de peso são outros focos de interesse para os Enfermeiros. O excesso de peso está associado, de forma proporcional, a um maior risco de AVC (Straus, Majumdar, Mcalister, 2002). Segundo Winter et al. (2008) citado pela SPAVC (2011), os marcadores de distribuição abdominal de gordura apresentam uma relação forte com o risco de AVC e AIT independente de outros

---

fatores de risco vascular, e por isso, o Enfermeiro ensina às pessoas obesas dietas saudáveis e recomenda também a prática de exercício físico.

Quando o Enfermeiro aborda o sedentarismo aplica o conhecimento de vários autores. O sedentarismo aumenta o risco de AVC, porque a falta de atividade física pode levar à obesidade. Tem-se tornado claro, que qualquer tipo e quantidade de atividade física é benéfica e esse benefício é proporcional à quantidade de exercício efetuado (Carnethon, 2009).

Por outro lado, a comunicação social tem sido uma ajuda útil no ensino às populações sobre as implicações do tabagismo, pelo que recordemos Ezzati et al. (2006) citado pela SPAVC (2011), onde referem que o tabagismo, depois da HTA, é a segunda causa, em termos mundiais, de mortalidade atribuível a fatores de risco modificáveis do AVC (Flemming; Brown, 2004).

Por tudo isto, podemos verificar que o Enfermeiro tem um papel crucial no ensino de medidas preventivas de um novo AVC.

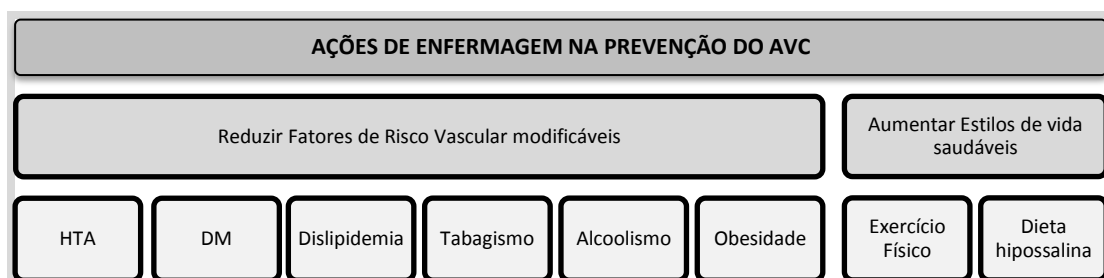


Figura 1: Ações de Enfermagem na prevenção do AVC

Para além da prevenção secundária, a intervenção dos Enfermeiros na fase aguda do AVC passa por monitorizar os sinais vitais, avaliar a consciência e orientação do doente, assim como executar os posicionamentos terapêuticos e mobilização passiva, de modo a evitar o padrão espástico.

Logo após o AVC, o hemitorço afetado apresenta um estado de flacidez sem movimentos voluntários, a pessoa é incapaz de manter um membro em qualquer posição, especialmente durante as primeiras semanas. Em alguns casos, a flacidez permanece por apenas algumas horas ou dias, mas raramente persiste indefinidamente (Bobath, 1990). Ainda que a hipotonia possa persistir, é frequente ser seguida por um quadro de hipertonia, verificando-se o aumento da resistência ao movimento passivo, sendo isto típico dos padrões espásticos, onde os músculos antigravíticos tomam o domínio sobre os músculos mais fracos.

A espasticidade geralmente leva à incapacidade de a pessoa rolar, sentar-se, transferir-se, manter a postura e deambular. A pessoa tem tendência para transferir o seu peso para o lado são, por falta de noção da linha média, ficando

---

limitada desde os autocuidados, às atividades mais complexas. O Enfermeiro tem um papel primordial na reabilitação destes doentes.

O momento ideal para iniciar a mobilização não é claro, mas a mobilização nos primeiros dias após AVC parece ser bem tolerada (Diserens; Michel; Bogousslavsky, 2006). A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2010) recomenda que logo que a estabilidade hemodinâmica e neurológica permitam, deve iniciar-se a reabilitação.

Segundo o Decreto-Lei nº 9/89 de 2 de Maio, artigo 3 alínea 1, a reabilitação é *“um processo global e contínuo destinado a corrigir a deficiência, a conservar, a desenvolver ou restabelecer as aptidões e capacidades da pessoa para o exercício de uma atividade considerada normal”*.

A reabilitação após AVC pretende capacitar as pessoas com défice, para que obtenham e mantenham funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais (ESO, 2008).

Segundo o regulamento n.º 125/2011, relativo às Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, publicado em Diário da República, os Enfermeiros de Reabilitação têm um papel fundamental junto das pessoas que se tornam dependentes após uma doença como o AVC, ao elaborar e implementar um programa de treino de AVD em busca da adaptação às limitações da mobilidade e ao maximizar a autonomia do doente.

Johnstone (1986) defende que é imprescindível aplicar o padrão de desenvolvimento motor do lactente nos primeiros meses de vida ao doente hemiplégico, pois o corpo do doente torna-se semelhante ao da criança recém-nascida. A pessoa não é capaz de executar movimentos controlados voluntários, porque a lesão cerebral comprometeu o mecanismo normal dos reflexos de postura que desenvolveu no início da sua vida. Predominam então os reflexos mais poderosos ou reflexos dominantes, levando ao aparecimento dentro de algumas semanas ou meses do padrão espástico.

O Enfermeiro, baseado nas etapas de desenvolvimento do lactente normal, introduz várias técnicas ao doente, desde o posicionamento antiespástico, mobilização passiva e exercícios terapêuticos, para que este adquira a coordenação da postura e a movimentação. Martins (2002) afirma que o primeiro passo na recuperação destes doentes é o posicionamento no leito, contrariando o padrão espástico e depois mesmo nos exercícios de mobilização, treino de postura, do equilíbrio e da marcha deve-se contrariar o padrão espástico.

A rotação do tronco é dos primeiros exercícios ensinados até que este movimento se transforme em exercício controlado pela vontade, para o lado são e

para o lado afetado. De seguida, o Enfermeiro executa diversos exercícios como a ponte, exercícios de automobilização, carga no cotovelo, controlo do joelho e quadripedia. Após estes exercícios no leito, o Enfermeiro de Reabilitação ensina ao doente a técnica de levantar e de transferência quer para a cama, quer para a cadeira; exercícios de equilíbrio, quer sentado, quer de pé; de postura adequada; treino de marcha; treino dos autocuidados; exercícios de facilitação cruzada; treino de motricidade fina, assim como exercícios de atenção dirigida.

Os exercícios terapêuticos devem ser realizados logo que seja possível para preparar o doente para o levantar e prevenir complicações inerentes à imobilidade no leito. Johnstone (1986) recomenda o uso da cadeira de baloiço no treino do equilíbrio dinâmico do doente sentado, antes do levantar.

Johnstone (1986) advoga também o uso de talas de pressão insufláveis, pois aumentam a carga sensitiva, proporcionam estabilidade na postura e apoio nos exercícios terapêuticos e nas AVD. As talas são colocadas nos membros superiores e inferiores afetados após AVC em posturas antiespásticas, com o objetivo de inibir o espasmo muscular e reeducar a discriminação sensitiva, estimulando os recetores propriocepetivos e cutâneos através da aplicação de pressão sobre os tecidos. Com a aplicação das talas, os membros estão estáveis durante a execução dos exercícios, controlando os padrões de movimentos combinados e evitando reflexos patológicos.

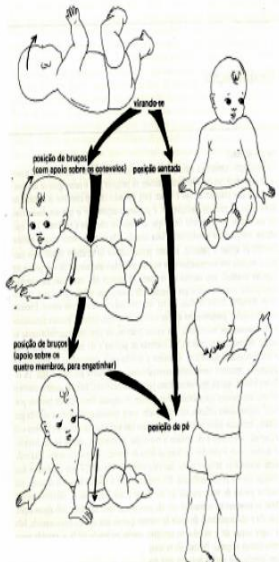
DESENVOLVIMENTO DOS EXERCÍCIOS TERAPÊUTICOS		
Suporte Teórico	Exercícios	Materiais de suporte
 <p>O diagrama ilustra o desenvolvimento motor de um indivíduo após um AVC. No topo, um bebê está deitado no leito. Uma seta curva apontando para a direita indica a 'posição sentada'. Uma seta curva apontando para a esquerda indica a 'posição de pé'. No meio, um bebê está sentado na cadeira de baloiço, com uma seta apontando para a esquerda que indica a 'posição de braços' (com apoio sobre os cotovelos). No fundo, um bebê está deitado no leito, com uma seta apontando para a esquerda que indica a 'posição de braços' (apoio sobre os quatro membros, para engatinhar). No canto inferior direito, um indivíduo está de pé, com uma seta apontando para a esquerda que indica a 'posição de pé'.</p>	Posicionamento antiespástico Mobilização passiva Rolar Ponte Automobilização Carga no Cotovelo Controlo do Joelho Quadripedia Equilíbrio Carga no Joelho Levante para cadeira de baloiço Exercícios de pé Treino em terapia de espelho Treino de marcha Treino do autocuidado: higiene Treino do autocuidado: ir ao sanitário Treino do autocuidado: alimentar-se Treino do autocuidado: vestir e despir Treino de atenção dirigida Treino de motricidade fina	Talas de pressão Cadeira de baloiço Espelho quadriculado Espelho reto Banco de Baloço Banco de quadripedia Objetos de espessuras diferentes Cubo de botões Bolas

Figura 2: Desenvolvimento dos exercícios terapêuticos após AVC adaptado à análise temática (Johnstone, 1986, p.10)

---

Este modelo de reabilitação para além da reeducação motora explora a função sensitiva. Muitas vezes, a perda sensitiva após AVC não é detetada nos primeiros dias, embora posteriormente é percebida. As alterações sensoriais mais frequentes e observáveis após AVC são os défices sensoriais superficiais, proprioceptivos e visuais.

A diminuição e/ou abolição da sensibilidade superficial (tátil, térmica e dolorosa) contribui para o aparecimento de disfunções perceptivas (alterações da imagem corporal, neglect unilateral) e para o risco de autolesões. A diminuição da sensibilidade proprioceptiva, ou seja, postural e vibratória, contribui para a perda da capacidade para executar movimentos eficientes e controlados, para a diminuição da sensação e noção de posição e de movimento, impedindo e diminuindo novas aprendizagens motoras no hemicorpo afetado. A sensibilidade proprioceptiva é uma das perdas mais difíceis de recuperar (Martins, 2002). A alteração da sensibilidade é uma área problemática para o desenvolvimento do autocuidado com segurança.

Haan, Nys e Zandvoort (2006) ressaltam que distúrbios do campo visual são bastante comuns em pessoas que sofrem AVC. O distúrbio visual mais comum é a hemianopsia homónima (cegueira da metade nasal de um dos olhos e da metade temporal do outro olho), um défice visual que contribui para a diminuição do nível de consciência e/ou diminuição da noção do hemicorpo afetado (anosognosia), muito frequente em pessoas com AVC no hemisfério direito, tornando-se um problema em alguns autocuidados, particularmente na alimentação. Poderão também surgir alterações a nível da autoimagem e esquema corporal, como o neglect unilateral e falhas na discriminação esquerda/direita (Martins, 2002).

A apraxia e a agnosia são também distúrbios frequentes nestes doentes. A apraxia consiste na incapacidade para programar uma sequência de movimentos, apesar das funções motora e sensorial estarem aparentemente conservadas. A agnosia consiste na incapacidade de reconhecer objetos familiares de uso pessoal, e de lhe dar função, ainda que os órgãos sensoriais não estejam lesados (Shiv; Loewenstein; Bechara, 2005), tornando-se difícil a realização de alguns autocuidados como por exemplo, a higiene, o vestir e despir.

Na fase aguda, o Enfermeiro deve abordar o doente do lado não afetado, para evitar assustá-lo, e de seguida deve abordar do lado afetado, a fim de se tornar um estímulo no reconhecimento deste lado. Depois de ajudar o doente a perceber o seu défice de perceção, ensinar a olhar e a girar a cabeça para o lado do membro ou membros afetados, fazer o doente nomeá-los e reforçar a consciência proprioceptiva do lado afetado, o Enfermeiro deve estimular a pessoa do lado afetado. Este mesmo princípio aplica-se à organização da unidade do doente.

---

Johnstone (1986) recomenda que se coloque a mesa- de-cabeceira e a cadeira do lado afetado.

O toque, a estimulação tátil e térmica durante o banho devem ser privilegiados para que o doente dê atenção ao lado afetado, utilizando mesmo um espelho de corpo inteiro para o ajudar na postura e equilíbrio. A família deve ser ensinada destas alterações e estimulada a participar nestes exercícios.

Após o AVC, muitas pessoas não possuem a capacidade de percepção do seu corpo, nem apresentam capacidade para se autocuidarem, e como tal é importante estimular a sensibilidade, a mobilização dos segmentos do corpo, assim como a motricidade fina, atendendo às suas limitações, de forma a conseguir integrar atividades mais complexas que são exigidas aquando dos autocuidados.

Logo que a condição do doente permita, tendo em conta a sua evolução, o Enfermeiro deve responsabilizar o doente pelo seu autocuidado, permitindo uma adaptação gradual às suas limitações, encorajando-o na realização das atividades em que possa usar as partes do corpo não afetadas pelo AVC. O Enfermeiro de Reabilitação ensina estratégias para que o doente consiga efetuar o autocuidado higiene, vestuário, ir ao sanitário e comer e beber. A utilização de um espelho nestas atividades permite que a pessoa integre o seu esquema corporal, corrigindo a sua postura, sempre que necessário. O Enfermeiro deve incentivar a pessoa a não desprezar o lado afetado, integrando-o progressivamente nas suas atividades (DGS, 2010). Quando a pessoa não tem possibilidade de desenvolver por si só o autocuidado, o Enfermeiro e, na continuidade, a família poderão ajudá-la.

Para além da dificuldade em alimentar-se após o AVC, devido à alteração da consciência e/ou problemas neurológicos/motores (DGS, 2010), a pessoa pode também apresentar dificuldade na deglutição por alteração da coordenação muscular designando-se disfagia. A incidência da disfagia após AVC pode variar de 22 a 65% dos doentes (Ramsey; Smithard; Kalra, 2003). A sonolência, a paresia facial, os desvios da língua, a disartria ou alterações da articulação verbal fazem prever a presença de disfagia.

Os sinais clínicos da disfagia incluem a sensação de que os alimentos estão aderentes à faringe, tosse, ou sufocação, disfonia e regurgitação nasal ou oral. Uma oclusão deficiente das mandíbulas e lábios, sensações alteradas, falta de controlo da cabeça e dificuldades em manter a posição de sentado também contribuem para os problemas de deglutição (Westergren, 2006).

Nas primeiras horas após AVC, não é essencial iniciar a alimentação, contudo, é importante a hidratação por via endovenosa. Antes de iniciar a administração de qualquer líquido ou alimento sólido ao doente consciente, o

---

Enfermeiro faz uma avaliação da pessoa e, posteriormente se o teste for negativo, não fazendo prever problemas importantes de deglutição, ensina o doente e família como deve ser este autocuidado, quer o comer, quer o beber, mostrando ajudas técnicas que facilitam este autocuidado (DGS, 2010).

O padrão habitual de eliminação pode também ser alterado após AVC devido a sinais de confusão mental, alterações de consciência, dificuldade na comunicação, incapacidade motora e funcional, imobilidade, medicação e bexiga neurogénica. Nos primeiros dias após o AVC, estima-se que cerca de 2/3 dos doentes possam apresentar incontinência, retenção urinária ou mais frequentemente urgência urinária. Podem ser situações transitórias ou permanentes requerendo atenção dos profissionais de saúde (DGS, 2010).

As perdas urinárias nos doentes com AVC podem ser devidas a lapsos de memória, fatores emocionais ou incapacidade para comunicar segundo Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2002) afetando por isso a sua qualidade de vida (Haacke et al., 2006).

A eliminação intestinal também está normalmente afetada após AVC, podendo ocorrer a incontinência anal e a diarreia, sendo mais frequente ocorrer a obstipação. Várias condicionantes contribuem para estas alterações como: a imobilidade, a dificuldade em encontrar uma posição facilitadora no leito, as alterações no padrão da alimentação, as dificuldades na mastigação e/ou deglutição, a falta de privacidade, a medicação e o intestino neurogénico (DGS, 2010). A obstipação é normalmente restabelecida quando se desenvolvem hábitos intestinais regulares, podendo usar-se o reflexo gastrocólico com estimulações retais e uso de laxantes (SIGN, 2002).

De modo a restabelecer o padrão vesical e intestinal habitual, o Enfermeiro planeia de acordo com a resposta de eliminação do doente rotinas, auxiliando-o a ir à casa de banho, efetuando ensinamentos e treinos vesicais e intestinais, preservando a todo o custo uma eliminação sem recurso a algaliação.

Muus e Ringsberg (2005) acrescentam que a perda ou diminuição na linguagem por parte de alguns doentes após o AVC afeta também muito a sua qualidade de vida, pela sua repercussão na comunicação e integração social.

Segundo Brass et al. (2005), os problemas da linguagem são frequentes nos indivíduos que sofreram um AVC devido à obstrução da artéria cerebral média no hemisfério esquerdo. Contudo, doentes com lesão do hemisfério direito também podem apresentar problemas de comunicação, pois a comunicação não está só dependente da linguagem, mas do estado de consciência, da orientação, performance motora e métrica. A pessoa pode apresentar alterações da fala

---

resultantes de comprometimento do aparelho fonador. As mais comuns são disartria (dificuldade para articular a palavra) e a disfonia (alteração ou enfraquecimento da voz) (Nys et al., 2005).

A afasia é a perda das capacidades de linguagem, causadas por lesão geralmente no hemisfério dominante, incluindo a linguagem, a interpretação e a transmissão através do ouvir, do falar, da leitura e da escrita (Lundy-Ekman, 2008). Nos doentes afásicos, a vontade de comunicar está normalmente presente, contudo, é muitas vezes frustrada pela incapacidade de produzir um discurso de forma correta ou de compreender, podendo levar à depressão por incapacidade de estabelecer um diálogo com os outros provocando sentimentos de revolta, frustração, vergonha, ansiedade e angústia, muitas vezes com períodos de labilidade emocional (DGS, 2010).

O Enfermeiro ensina formas alternativas de comunicação de não-verbal, através da expressão facial, gestual e escrita. Certas técnicas que utiliza na comunicação com a pessoa permitem diminuir a ansiedade desta.

Confrontada com as mudanças após o AVC, a pessoa apresenta instabilidade emocional e de comportamento expressando medo, hostilidade, fúria, perda de controlo, menor tolerância a situações de stress, isolamento e depressão (DGS, 2010).

Segundo Martins (2006), o AVC é frequentemente descrito pela pessoa através de sentimentos de tristeza, distrabilidade, irritabilidade, impulsividade, desinteresse, desesperança, falta de coragem, alterações do sono-vigília, diminuição do peso e apetite, problemas sexuais, melancolia de viver sem perspectiva, bem como pensamentos de morte. A ocorrência repentina do AVC e a presença das incapacidades resultantes podem despertar, para alguns sobreviventes o sentimento de término da vida (O'Connel et al., 2001).

A pessoa após AVC apresenta emoções instáveis, não sendo capaz de inibir a expressão das emoções. Antes da doença é emocionalmente estável, contudo após o evento apresenta dificuldade em controlar as emoções, chorando e rindo sem justificação plausível (Caldas, 1999).

A depressão tem sido detetada em 20% a 50% dos doentes que sofreram AVC (Terroni et al., 2003). Vários fatores indiciam que o AVC pode levar à ocorrência de depressão devido a alterações fisiopatológicas e não apenas psicológicas (Carota; Staub; Bogousslavsky, 2002). A localização do AVC pode associar-se com maior ou menor prevalência de depressão dependendo do tempo de evolução (Aybek et al., 2005). Bhogal et al. (2003) referem que as pessoas com

---

lesão à esquerda apresentam-se mais deprimidas em comparação com as que sofrem lesão a direita.

A depressão compromete o grau de capacidade das diversas AVD, interfere nas atividades de extrema importância na realização pessoal, profissional, social e sexual do indivíduo, estando entre os transtornos neuropsiquiátricos mais comuns que ocorrem após o AVC (Kanner, 2004).

Markle-Reid et al. (2011) referem que além dos problemas causados diretamente pelo AVC, não se deve esquecer a importância dos problemas secundários, como o isolamento social, a diminuição da participação em atividades de lazer, a demora no retorno ao trabalho, ansiedade e depressão.

Perante estas alterações emocionais e de comportamento, o Enfermeiro encoraja a pessoa a expressar os seus sentimentos e frustrações relacionadas com a doença, discute este problema com o doente e pessoas significativas, explicando que as alterações emocionais estão relacionadas com a doença, tenta trazer a pessoa à sua nova realidade, à aceitação da sua autoimagem, estimulando-a no seu autocuidado e reorienta-a no espaço, tempo e situação, utilizando estímulos visuais, verbais e auditivos, recorrendo também a objetos familiares de uso habitual de fotografias da família e outros (DGS, 2010).

As tarefas domésticas, as atividades de lazer, os contactos sociais e a atividade profissional são AVD muito importantes para as pessoas mesmo após o AVC, e por isso o Enfermeiro deve criar as condições necessárias para que a pessoa tenha uma transição saudável e ensinar estratégias de reintegração nestas atividades.

Para além das alterações emocionais e de comportamento, a pessoa por vezes apresenta défices cognitivos, tais como alterações da memória, orientação, concentração e atenção, organização, iniciativa, capacidade de julgamento, raciocínio lógico matemático e leitura. Estas alterações dependem da localização e a gravidade da lesão.

Herskovitz (2007) relata que distúrbios na cognição afetam o processo de reabilitação da pessoa após AVC. Estas pessoas necessitam de aprender novas habilidades para executar os exercícios e relembrar as instruções, e nesse sentido, comprometimentos na memória, por exemplo, podem afetar o sucesso da reabilitação (Luk et al., 2008). O Enfermeiro executa com a pessoa treinos cognitivos, de atenção e de memória individualmente ou através de jogos de grupo.

Podemos afirmar que os Enfermeiros de Reabilitação têm competências específicas para intervir nestes doentes, de tal forma que para além de executarem cuidados específicos, tornam-se gestores de casas, onde a sua intervenção vai

---

para além da pessoa doente, mas também junto dos outros Enfermeiros, no sentido de orientar e ajudar na tomada de decisão e no prosseguir do acompanhamento do doente desde a fase aguda até à intervenção na comunidade.

Todos os Enfermeiros contribuem na facilitação deste processo de transição, desde os cuidados imediatos até aos cuidados diferenciados executados pelos Enfermeiros de Reabilitação.



Figura 3: Papel do Enfermeiro de Reabilitação na transição do doente após AVC

A preparação da alta e necessidade de criar condições para receber a pessoa dependente após AVC no contexto domiciliário, eliminando barreiras arquitetónicas, é outra das preocupações dos Enfermeiros. Após a fase aguda, procura-se que a pessoa volte ao seu contexto familiar o mais rápido possível, que os familiares possuam os conhecimentos e as habilidades necessárias para realizar todas as tarefas necessárias à prestação de cuidados que a pessoa requer após AVC e que o local que a recebe após a alta esteja adaptado à sua condição física.

A política de cuidados atual, centrada no tratamento da doença que preconiza internamentos hospitalares cada vez mais curtos sem tempo suficiente para a recuperação total do doente leva a que os cuidados domiciliários ganhem

---

uma importância cada vez maior. O espaço familiar torna-se indispensável para o processo de recuperação do doente (Petronilho, 2007).

A preparação da alta ao longo do internamento, para além de contribuir para a continuidade dos cuidados, permite manter e potenciar a melhoria do estado de saúde e a independência das AVD. Ao preparar a alta, a equipa multidisciplinar pretende capacitar o doente e sua família para o autocuidado; estimular a maior independência possível, sem substituir a pessoa nas atividades em que é autónoma; promover a adaptação do doente e família ao meio exterior, eliminando barreiras no sentido da satisfação das suas necessidades; mobilizar os recursos da comunidade e reintegrar o doente no seu ambiente social.

Deste modo, a preparação da alta é fundamental e segundo a DGS (2004, p.3) é *“...um processo complexo que exige uma efectiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família (...) e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários”*.

No planeamento da alta, o Enfermeiro deve identificar as capacidades e dependências da pessoa antes e durante o internamento, assim como no momento da alta hospitalar; identificar as dificuldades do doente em termos de realização das AVD e as sentidas pela família na satisfação das necessidades do doente; planear o ensino ao doente/família em função das dificuldades identificadas, evidenciando as suas capacidades; promover e facilitar o acesso aos recursos existentes na comunidade; dar sugestões que contribuam para a resolução ou minimização das dificuldades identificadas, assim como alterações sobre a organização do espaço físico no domicílio do doente que possibilitem que este viva de forma mais independentemente possível e prevenindo perigos na sua própria casa e informar a família sobre as redes de apoio e as ajudas técnicas existentes. Para além dos contactos com o doente e família, o Enfermeiro deve fazer o planeamento da alta hospitalar durante o internamento, em articulação com o Centro de saúde da área de residência do doente (caso vá para o domicílio) ou com a instituição que irá receber o doente, caso vá para uma Unidade de Cuidados Continuados, um lar ou outro local (DGS, 2010).

O planeamento da alta envolve toda a equipa multidisciplinar e, de acordo com o potencial de reabilitação, vontade do doente e apoio familiar é decidido o local onde o doente fará reabilitação após a alta, numa Unidade de Cuidados Continuados, em ambulatório ou no domicílio.

De acordo com a Heart and Stroke Foundation of Ontario (2007), a pessoa após AVC com défices ligeiros pode ser encaminhada para um programa de

---

reabilitação em ambulatório; enquanto pessoas com sequelas moderadas a severas devem ser tratadas em Unidades de reabilitação com internamento.

A duração ideal da reabilitação não está claramente definida. Segundo Ryerson (2010) citado por Umphred (2010), a recuperação funcional do doente com AVC, varia de pessoa para pessoa, podendo ser de meses a anos. Pesquisas vieram contrariar o que se pensava, historicamente, que a recuperação da função motora após o AVC estaria completa depois de 3 a 6 meses do início (Aziz et al., 2007).

Kwakkel et al. (2004) referem que foi verificada uma associação entre o aumento de intensidade da reabilitação, especialmente do tempo despendido a treinar as AVD, e a melhoria dos resultados funcionais. ESO (2008) confirmam que os benefícios mais evidentes foram observados nos membros inferiores e no treino geral das AVD. Os ensaios que compararam início precoce e tardio da reabilitação revelaram melhor prognóstico se o tratamento for iniciado logo nos primeiros 20 a 30 dias após o AVC (Salter et al., 2006). Muitas das complicações imediatas dos AVC's estão relacionadas com a imobilidade (Langhorne et al., 2000), e assim, a mobilização é um componente fundamental da reabilitação precoce.

De acordo com a National Stroke Association (2013), do universo de sobreviventes de AVC,; 10% recuperam quase integralmente; 25% recuperam com sequelas mínimas; 40% apresentam incapacidade moderada a grave necessitando de acompanhamento específico; 10% necessitam de tratamento a longo prazo numa unidade especializada; 15% morrem pouco depois do episódio; 14% dos sobreviventes têm um segundo episódio ainda durante o 1º ano.

O prognóstico e os ganhos da pessoa com AVC sob programa de reabilitação dependem do tipo, extensão e gravidade da lesão, sendo mais grave em caso de hemorragia e idades mais elevadas, pois um cérebro mais jovem tem maior plasticidade e adaptação funcional (Menoita, 2012).

A capacidade que as pessoas possuem para alcançar os objetivos da reabilitação depende da sua motivação, do suporte social e familiar e, principalmente, do seu estado cognitivo (Hershkovitz,2007).

**Em síntese**, os Enfermeiros têm um papel fundamental junto das pessoas que transitam da autonomia para a dependência após AVC. Desde a fase aguda à reabilitação da pessoa doente, o Enfermeiro ajuda-a na sua recuperação física e emocional, na prevenção secundária do AVC e na preparação da alta. Os Enfermeiros de Reabilitação têm competências acrescidas para acompanhar e melhorar a assistência a estes doentes em qualquer contexto, quer seja no hospital, nas Unidades de Cuidados Continuados ou no domicílio.

---

## 5. Família da Pessoa após AVC

As consequências do AVC são diversas para a pessoa doente, contudo ultrapassam o âmbito individual, afetando também a família (Royal College of Physicians, 2004). Moreira (2001) confirma que quando uma pessoa sofre um AVC toda a dinâmica familiar pode ser alterada pelo grau de dependência que geralmente esta doença acarreta.

Segundo a CIPE (1999, versão  $\beta$ 2, p.65), a família é “ (...) *um conjunto de seres humanos considerado como unidade social ou o todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas.*”

A família é um pilar fundamental para qualquer pessoa, a primeira unidade social onde ela se insere e também a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização (Martins, 2002)

Andrade (1996) sugere um emergir de uma reorganização familiar após AVC, havendo uma redefinição de papéis entre os elementos da família, com a eleição de alguém que assuma a responsabilidade de cuidador. Embora toda a família partilhe tarefas, a função de cuidar da pessoa dependente, tende a ser assumida por uma única pessoa (Campos, 2008). O cuidador informal ou prestador de cuidados, geralmente obedece a quatro fatores, relacionados com o parentesco: ser cônjuge, ser do gênero feminino, já viver com a pessoa doente e ter relação afetiva, principalmente conjugal e de filhos (Fonseca; Penna, 2008).

Cuidar de alguém é muito mais do que as tarefas observáveis pois requer um esforço contínuo chegando mesmo a levá-lo à doença (Paúl, 1997). O cuidador no domicílio enfrenta a necessidade de adaptação às mudanças e, os Enfermeiros, por se encontrarem numa posição privilegiada para satisfazer as necessidades dos doentes e família, devem compreender a realidade que envolve o cuidar no domicílio (Mok; Faye; Vivian; Ellen, 2002).

Todo este novo contexto pode reformular a própria estrutura familiar. A estrutura familiar é o conjunto ordenado de relações entre as partes da família e entre a família e outros sistemas sociais. Para se identificar a estrutura, identificam-se os indivíduos que a constituem, as relações entre eles, e as relações entre a família e os outros sistemas sociais onde está inserida (Hanson, 2005). A pessoa por vezes é obrigada a abandonar o seu lar e a relação com a sua família, por estar dependente e necessitar de alguém que cuide de si (Martins, 2002).

---

Andrade (1996) acrescenta também que a família é considerada 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.

Hanson (2005) refere que a sociedade espera que a família ajude no equilíbrio psicológico em momentos de crise acidental, como é o caso de uma doença. Dinis (2007, p. 125) acrescenta que *“a família dá apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença”*.

Uma doença repentina e incapacitante, como é o caso do AVC exige várias adaptações quer por parte da pessoa doente, quer por parte da família. A vivência desta crise irá ser influenciada pelos recursos que a família dispõe (estrutura da família, tipo de relações desenvolvidas, natureza individual dos seus elementos), bem como pela forma otimista e positiva como a crise é encarada. As famílias com fracas fontes de suporte são mais susceptíveis à rutura (Martins, 2004).

Perante esta situação exige-se a necessidade de reorganização da família, de modo a encontrar respostas ao sucedido, aliado à adaptação, coesão e comunicação entre os diferentes elementos da família (Imaginário, 2004).

Martins (2002) acrescenta que perante a doença, os membros da família abandonam as suas atividades normais, os seus projetos e dedicam-se a restaurar o equilíbrio da unidade. Os papéis e as responsabilidades previamente assumidas pelo doente delegam-se a outros membros ou então deixam de ser cumpridas. De acordo com o momento do ciclo vital da família, a doença e dependência tem diferentes impactos na reorganização familiar.

A reestruturação torna-se mais complexa quando o chefe de família é acometido pelo AVC, visto que ocorrem mudanças na gestão do orçamento doméstico e na tomada de decisões (Perlini; Faro, 2005).

A família sofre um marcado processo de ansiedade, devido às responsabilidades adicionais e para minimizar o risco de entrar em rutura física, emocional e mesmo financeira é fundamental que a família seja flexível. As famílias que toleram situações emocionais fortes, que são flexíveis na mudança de papéis, que resolvem problemas de forma eficaz e utilizam recursos externos têm vantagens quando se depararem com situações agudas. A família pode ter dificuldades em tomar decisões, cuidar-se mutuamente ou solucionar problemas, o que demonstra que os problemas individuais não se centram apenas na pessoa, mas afetam toda a família (Sánchez; Sánchez, 2004).

A adaptação inicial ocorre logo na hospitalização do familiar devido ao afastamento físico do doente, ao medo de perder a pessoa querida e também devido aos problemas financeiros que a hospitalização acarreta (Urizzi et al., 2008).

---

Contudo, segundo Hafsteinsdóttir e Grypdonck (1997) o maior impacto ocorre após a alta hospitalar, uma vez que é o momento que o doente retorna ao lar e se depara com as sequelas físicas e emocionais, que comprometem a autonomia e a independência. Mendonça, Garanhan e Martins (2008) confirmam que durante esta fase, sentimentos de revolta e desânimo podem surgir, causando stress quer ao doente quer à sua família.

As dificuldades fazem a família repensar a vida e as relações interpessoais. Contudo, enquanto uns face aos problemas reencontram laços que pareciam não existir, unindo-se e gerando força para superar o sofrimento desta vivência, outros vivenciam conflitos e crises que desestruturam o dia-a-dia das pessoas envolvidas (Knihs; Franco, 2005)

A incapacidade após AVC provoca sofrimento e angústia na vida das pessoas. A atenção quer do doente, quer da família volta-se para o que se perdeu, pelo que ocorrem sentimentos de inutilidade, inadequação, inferioridade e até mesmo um quadro de depressão. As atitudes e comportamentos da família perante o grau incapacitante da doença variam com as expectativas que o doente e a família têm, quer em relação à evolução da incapacidade, quer às suas próprias consequências. Uma dessas consequências é o estigma social, muitas vezes negligenciado, mas com impacto profundo nas relações familiares, sociais e profissionais (Sousa; Relvas; Mendes, 2007).

O Enfermeiro deve integrar a família no processo de cuidados, mantendo-a informada sobre a doença e as suas implicações, ensinando sobre como dar resposta às necessidades e dificuldades do doente e ajudando-a na vivência desta transição. Marques, Rodrigues e Kusumota (2006) salientam que o esforço e o potencial de cada família devem ser reconhecidos e valorizados pelo Enfermeiro que utilizará o que é positivo nela para fornecer o suporte necessário a cada uma, encorajando-as e auxiliando-as para a reorganização e o equilíbrio do sistema familiar. O conhecimento das atividades desenvolvidas no domicílio e das sobrecargas enfrentadas pelos cuidadores é fundamental para amenizar a tensão intrafamiliar.

**Em síntese**, a família altera a dinâmica da sua vida após o AVC e a dependência do seu ente querido. Cada família vivencia este processo de transição de modo único, de acordo com a sua capacidade auto-organizativa. A capacidade de adaptação da família à situação de doença e dependência e a sensação de competência para cuidar do seu familiar são influenciadas pelos profissionais de saúde, principalmente os Enfermeiros.

---

## **6. A Organização da Assistência de Saúde às Pessoas com AVC**

A Declaração de Helsingborg em 1995 teve como objetivo principal assegurar que todos os doentes europeus vítimas de AVC tivessem acesso a cuidados permanentes por parte de Unidades especializadas.

O reconhecimento das doenças cardiovasculares como a principal causa de morte em Portugal fez com que em 2001 fossem criadas as Unidades de AVC, definidas como sistemas de organização de cuidados prestados aos doentes com AVC. Stroke Unit Trialists' Collaboration (2007) define uma Unidade de AVC como uma área definida de uma enfermaria hospitalar que cuida de doentes com AVC e dispõe de uma equipa multidisciplinar especializada.

As áreas fundamentais da equipa multidisciplinar da Unidade de AVC são a Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Serviço Social. A equipa multidisciplinar deve trabalhar de forma coordenada através de reuniões periódicas para planificação dos cuidados dos doentes (Langhorne; Pollock, 2002).

A finalidade das Unidades de AVC é reduzir o internamento em hospitais de agudos, a incapacidade funcional, as complicações após AVC e o número de doentes que necessitem de cuidados de Enfermagem em casa ou nas Unidades de doentes crónicos, assim como facilitar o retorno ao seu ambiente familiar e logo que possível ao seu local de trabalho (Portugal, 2001).

Segundo ESO (2008), uma revisão sistemática atualizada confirmou uma redução significativa na letalidade, dependência e na necessidade de cuidados institucionais em doentes tratados em Unidades de AVC, comparados com doentes tratados em enfermarias gerais. Todos os tipos de doentes, independentemente do género, idade, subtipo de AVC e gravidade do AVC, parecem beneficiar do tratamento em Unidades de AVC (Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2007).

Em 2006, a Declaração de Helsingborg propôs algumas metas ambiciosas na área do AVC até 2015, das quais se destaca a intenção de que todos os doentes com AVC tenham acesso à continuidade de cuidados, desde as Unidades de AVC organizadas para a fase aguda até à reabilitação apropriada e a prevenção secundária, e ainda que mais de 85% dos doentes devem sobreviver no 1º mês após o AVC (OMS, 2006).

Com a criação das Unidades de AVC surgiu também a 7 de Maio de 2001 a Via Verde AVC que visa uma maior rapidez na triagem, avaliação e orientação dos doentes que entram no Serviço de Urgência, com o objetivo de reduzir a

---

morbilidade e mortalidade. A Via Verde é, assim, uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas graves, como o AVC, que importam ser valorizadas pela sua importância para a saúde das populações dado que o tempo, entre o início de sintomas e o diagnóstico e tratamento é fundamental para a redução de mortalidade (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e Alto Comissariado da Saúde, 2007).

O sucesso do tratamento dos doentes com AVC agudo começa com o conhecimento das pessoas dos sinais de alerta de AVC, o accionar rapidamente o sistema de emergência pré-hospitalar através do 112, assim como também o diagnóstico ou suspeita diagnóstica efetuados por parte do INEM na fase pré-hospitalar e encaminhamento para os Hospitais ou Unidades hospitalares mais adequadas e com disponibilidade logística para a receção dos doentes. O aumento do internamento hospitalar através das Vias Verdes AVC é uma das metas consideradas prioritárias para as Doenças Cardiovasculares no Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

Relativamente ao tratamento do AVC isquémico, os mais recentes progressos levaram à aprovação e disseminação, inclusive em Portugal, de uma terapêutica específica: a trombólise. A redução do tempo de demora entre o início dos sintomas e o início do tratamento constitui um objetivo prioritário em todos os programas de AVC, sobretudo do AVC isquémico, onde a janela terapêutica para a trombólise situa-se atualmente nas primeiras 4,5 horas após início dos sintomas, segundo a European Cooperative Acute Stroke Study III (Fisher; Hachinski, 2009).

Para dar apoio às necessidades das pessoas que se tornam dependentes, como é o caso dos doentes após AVC, surgiu em 1997 o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Este Serviço tem como objetivos contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias, prevenir e atuar em situações de dependência, promover a autonomia, prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar, apoiar os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e AVD e colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde.

Contudo, a articulação entre as redes de cuidados primários e hospitalares mostrava-se ineficaz levando à necessidade da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Em 2006 surge então a RNCCI com o objetivo de prestar cuidados a pessoas em situação de dependência, e apoiar os familiares ou prestadores na respetiva qualificação para a prestação de cuidados, independentemente da idade. Funcionam como um dos recursos intermédios entre

---

a alta hospitalar e o domicílio, possibilitando a continuidade do processo de cuidados (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2007).

O Decreto-lei n.º 101/2006 define os Cuidados Continuados Integrados como “(...) *processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social*” (p.3857). A RNCCI inclui Unidades de internamento denominadas: Unidades de cuidados continuados de convalescença, Unidades de cuidados continuados de média duração e reabilitação, Unidades de cuidados continuados de longa duração e manutenção e Unidades de cuidados paliativos. Para além das Unidades de internamento, a rede presta cuidados em Unidades de ambulatório, de promoção de autonomia e apoio social, e também presta cuidados domiciliários através de equipas de resposta domiciliária, quer por equipas de cuidados continuados integrados (ECCI), quer por Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

Paúl e Fonseca (2001) advogam a prestação de cuidados continuados, que possibilitem qualidade de vida às pessoas dependentes.

Em **síntese**, embora centrados na pessoa, no seu processo de transição saúde-doença e situacional, trouxemos para a discussão a pessoa e o AVC, a dependência ocasionada pela doença, o percurso dos cuidados à pessoa com AVC desde a prevenção à reabilitação, a família da pessoa que vivencia estas mudanças e a organização da assistência de saúde.

---

## PARTE II - ESTUDO DE CAMPO

Ao longo deste capítulo apresentámos, de forma objetiva e sistemática, a finalidade e os objetivos do estudo, as questões orientadoras da investigação, o método usado para a colheita de dados, as considerações técnicas e éticas que guiaram a investigação e por fim a caracterização dos participantes e o contexto do estudo, ou seja, o processo que desenvolvemos para compreender a transição da pessoa que se torna dependente após AVC.

Vários têm sido os estudos epidemiológicos que indicam que o AVC tem uma multiplicidade de consequências negativas na vida da pessoa, variando da morte, institucionalização e perda de independência (Appelros; Nydevik; Viitanen, 2003). Contudo, o AVC tem impacto não apenas na função física, mas também nas funções psicológicas e sociais do doente, estendendo-se aos restantes membros da família e comunidade. A doença impede ou dificulta a realização de projetos de vida, altera a dinâmica familiar, incluindo a sustentabilidade da família (Seana et al., 2005).

A maioria das publicações aborda a transição da pessoa dependente após AVC na perspetiva dos cuidadores familiares e na sua consequente sobrecarga. Isso pode ser atribuído ao défice cognitivo e da comunicação, que por vezes resulta na pessoa após o AVC, podendo limitar a avaliação da vivência do AVC na perspetiva da pessoa doente. Porém, como nem todos os sobreviventes têm estes défices, é possível estudar como ocorre a transição da pessoa dependente após AVC na ótica do próprio doente.

A escolha da metodologia utilizada pode ser encarada como uma estratégia ou um conjunto de decisões acerca do desenho de estudo escolhido. Fortin (2003) define a fase metodológica como o conjunto dos métodos e das técnicas que visam a elaboração do processo de investigação científica.

---

## 1. Metodologia do Estudo

Como é nosso propósito compreender e analisar o processo de transição das pessoas com AVC da artéria cerebral média, bem como perceber os acontecimentos significativos nesta transição, optamos por um estudo **qualitativo**. Para Lincoln (1997) os métodos qualitativos são aqueles que procuram capturar o fenômeno de uma maneira holística e compreendê-lo dentro do local onde as pessoas vivem.

O estudo é de caráter **exploratório**, uma vez que para além de observar e descrever a transição dos doentes após AVC, explora como as pessoas vivenciam este processo e, para Triviños (1995) os estudos exploratórios permitem ao investigador aumentar o conhecimento em torno de determinado problema. Este estudo aproxima-se também da **fenomenologia**, pois procura-se a compreensão da transição das pessoas que se tornam dependentes após AVC, não preocupando com explicações e generalizações. Optamos por este tipo de estudo, pois segundo Leopardi (2002) é um tipo de pesquisa que tenta compreender um problema na perspectiva das pessoas que o vivenciam.

Podemos ainda afirmar que é de natureza **transversal**, porque é efetuado durante um período/ corte de tempo, num determinado momento (Fortin, 2003). Pretendemos estudar num determinado momento temporal, ou seja, no momento da aplicação da entrevista e assim sendo os planos foram implementados no período de Janeiro a Outubro de 2013.

Após a pesquisa bibliográfica e dada a dimensão da problemática da dependência após AVC na vida da pessoa doente e sua família, urge como finalidade desta investigação contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação às pessoas com AVC da artéria cerebral média que transitam da autonomia para a situação de dependência.

Para melhor orientar o nosso estudo delineamos os seguintes objetivos:

- Compreender o processo de transição das pessoas que se tornam dependentes após AVC da artéria cerebral média.
- Analisar a sequência dos acontecimentos relevantes no processo de transição das pessoas que se tornam dependentes após AVC da artéria cerebral média.
- Descrever os acontecimentos significativos para a pessoa na vivência do processo de transição.

Os objetivos de uma pesquisa “ (...) *indicam claramente o que o investigador tem intenção fazer no decurso do estudo*” (Fortin, 2003, p. 40).

---

Para um esclarecimento mais preciso do ponto de vista em que nos colocamos, fizemos recurso a um conjunto de questões de investigação que de seguida apresentamos, que emergiram da revisão bibliográfica:

- Que sentimentos vivenciam as pessoas que transitam da autonomia para a dependência após AVC da artéria cerebral média?
- Que preocupações experienciam as pessoas dependentes após AVC da artéria cerebral média?
- Que dificuldades se colocam às pessoas com AVC da artéria cerebral média?
- Que acontecimentos são relevantes durante o processo de transição para a dependência no que concerne à sua vida pessoal, familiar, social e profissional?
- Que necessidades se colocam às pessoas com AVC da artéria cerebral média?
- De que modo o Enfermeiro de Reabilitação ajuda no processo de transição das pessoas que sofrem de AVC da artéria cerebral média?

Estas questões orientaram a fase seguinte do estudo, contribuindo para a organização do instrumento de colheita de dados.

## 2. Instrumento de Colheita de Dados

Nas Ciências sociais e humanas, os instrumentos mais utilizados na colheita de dados são os questionários, as entrevistas, a observação, as notas de campo, análise documental e outros. Face à natureza e objetivos do estudo utilizamos a entrevista para colher os dados.

A entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas, pois permite ao investigador alguma liberdade para falar dos assuntos que se quer falar. A entrevista serve de método exploratório para examinar conceitos, tornando-se o principal instrumento para uma investigação qualitativa (Fortin, 2003).

Escolheu-se a **entrevista** do tipo **semiestruturado**, pois esta técnica permite que o investigador exprima as suas perceções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências através das suas perguntas abertas e das suas reações, atingindo um grau máximo de autenticidade e de profundidade (Quivy; Campenhoudt, 2003).

A nossa entrevista foi constituída por vinte perguntas abertas que emergem do conhecimento da revisão bibliográfica e dos objetivos, pelo que iniciamos por

---

realizar um quadro orientador da entrevista, onde articulamos os objetivos, as questões de investigação e as perguntas da entrevista (Anexo I).

Basicamente o guião da entrevista foi constituído por três momentos (Anexo II). No primeiro momento caracterizamos as condições sociodemográficas e familiares dos participantes, identificando o sexo, a idade, o estado civil, a ocupação, a escolaridade, os antecedentes patológicos, o tipo de família e o momento do ciclo vital em que se encontravam.

No segundo momento caracterizamos a situação de dependência dos participantes utilizando o Índice de Barthel. O Índice de Barthel é um instrumento que permite classificar e compreender o grau de dependência da pessoa na realização de dez ABVD: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney; Barthel, 1965). A pontuação da escala varia de 0 a 100, com intervalos de 5 pontos, sendo que um total de 0-19 indica dependência total; 20-39 dependência grave; 40-59 dependência moderada; 60-90 dependência leve e 91-100 independente (Sequeira, 2007). Por permitir esta avaliação é bastante utilizado em estudos com doentes vítimas de AVC (Sainsbury et al., 2005).

No terceiro momento efetuamos as perguntas centrais da pesquisa, também organizadas por áreas: condições da transição, a dependência e preparação do regresso a casa e os papéis: pessoal, familiar, social e profissional.

O modelo teórico que suportou a construção da nossa entrevista foi a Teoria de médio alcance de Meleis (2000). Analisando a natureza e as condições da transição, compreendemos como as pessoas vivenciam a transição para a dependência após AVC.

### **3. Procedimento de Colheita de Dados**

Este estudo reveste-se de um conjunto de procedimentos técnicos, através da execução, análise e tratamentos de dados da entrevista e procedimentos éticos como o consentimento informado, anonimato e confidencialidade.

Para a seleção dos participantes a investigar, primeiramente contactamos os profissionais de saúde do Serviço (Médicos e Enfermeiros). Depois de identificados os participantes, com o apoio da equipa de saúde, conferimos os critérios de inclusão e exclusão.

---

Após esta fase, entre o 1º e 10º dia após AVC, o investigador fez uma breve apresentação do estudo e, caso a pessoa doente demonstrasse disponibilidade era combinada entrevista.

Consideramos pertinente realizar algumas entrevistas antecipatórias para explorar e confirmar a existência de dificuldades sentidas na entrevista com estas pessoas e servindo de treino ao investigador. Neste tipo de estudos, antes de começar a colheita de dados propriamente dita, o investigador deve aproximar-se do fenómeno em estudo para aumentar a sensibilidade ao mesmo.

As entrevistas foram gravadas em suporte magnético, após autorização dos entrevistados e tiveram uma duração de aproximadamente 30 minutos, para os três momentos, sendo efetuadas num espaço reservado, disponibilizado pelo Serviço.

A entrevista foi efetuada em maior número no 5º dia após o AVC.

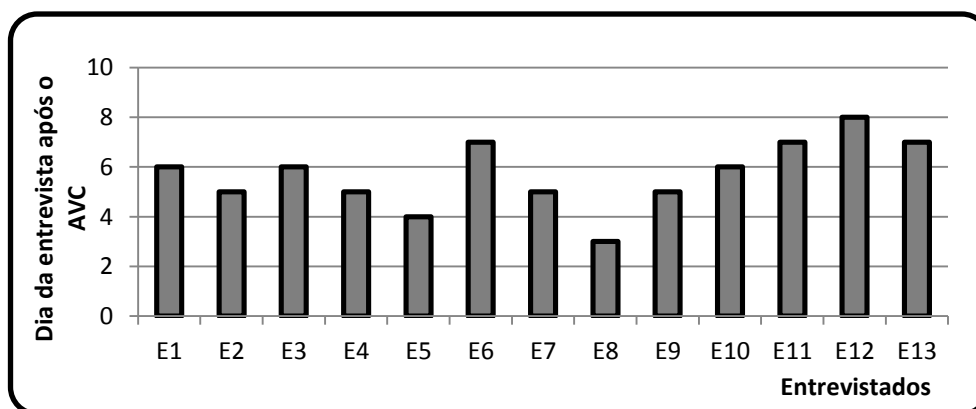


Gráfico 1: Dia da entrevista após AVC

Cada entrevista foi transcrita de uma forma global, tendo-lhes sido atribuído um número de registo, de acordo com a ordem que foram efetuadas as entrevistas.

Numa primeira fase foram retiradas todas as perguntas e em cada entrevista foi efetuado um texto único afastando do que motivou o discurso e categorizado depois de uma leitura em profundidade do texto. Numa segunda fase, foi construído o suporte documental onde associamos os discursos a cada uma das perguntas, a fim de identificar as categorias e as subcategorias, o que fomos fazendo na leitura linha a linha. Numa terceira fase foram aferidos os achados entre a primeira e a segunda fase.

As informações contidas nessas falas formaram o corpus, que é um conjunto de informações que foram submetidas à análise de informação e sistematização dos dados através da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2003). O objetivo desta análise é compreender o sentido da comunicação, o seu conteúdo e as significações explícitas ou ocultas (Chizzotti, 2009).

A análise e a interpretação da informação obtida consistiram no recorte das transcrições, codificação e categorização da informação encontrada. Para facilitar a análise foi construído o Modelo temático de análise de dados, de forma a conjugar a informação obtida com as dimensões do estudo (Quadro 2). Através da análise temática procuramos o significado do que é dito e assim construímos o corpo dos resultados da pesquisa.

UNIDADES TEMÁTICAS	CATEGORIAS
<b>Aparecimento do AVC</b>	Início Hora do dia Sintomas do AVC Origem da identificação de sintomas
<b>Durante o AVC</b>	Contacto após identificação de sintomas Transporte para hospital após identificação de sintomas
<b>Após o AVC</b>	Destino após a alta hospitalar Local de permanência
<b>Sentimentos após o AVC</b>	Sentimentos positivos Sentimentos negativos
<b>Consciência da mudança</b>	Consciencialização Negação
<b>Condições da transição</b>	Acontecimentos facilitadores da transição Acontecimentos inibidores da transição
<b>Preocupações</b>	Preocupações pessoais Preocupações familiares
<b>Perceção da equipa de saúde</b>	Constituição da equipa multidisciplinar Relação profissional
<b>Perceção dos cuidados de saúde</b>	Expectativa dos cuidados de saúde Satisfação dos cuidados
<b>Preparação do regresso a casa</b>	Envolvimento na Reabilitação Domínio de novas competências
<b>Perceção do regresso a casa</b>	Avaliação do regresso a casa Apoio familiar
<b>Perceção do futuro</b>	Previsão do futuro Dificuldades no futuro
<b>Mudanças na vida</b>	Significado da vida após a doença Vida familiar Vida social Vida profissional

Quadro 2: Modelo temático da análise de dados

Para além dos procedimentos técnicos, ao longo das entrevistas foram salvaguardados os princípios éticos inerentes ao protocolo de Helsínquia.

Segundo Fortin (2003, p.116), “...a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas.” Por isso, aquando da investigação, o Enfermeiro deve estar consciente dos direitos dos doentes e atender aos vários princípios éticos como o princípio da beneficência e não maleficência; o princípio de autonomia e respeito pela dignidade humana,

---

dando direito ao doente de revelação completa da intenção do estudo e expondo o consentimento informado e o princípio da justiça, mantendo o anonimato, a confidencialidade, a privacidade e ao tratamento justo dos dados.

O Decreto-Lei n.º 104/98- Artigo 81 salvaguarda que fazer investigação em saúde implica, não raramente, estudar populações constituídas por indivíduos fragilizados de forma física ou psicológica, como idosos, crianças, pessoas com deficiência e por isso devem ser protegidos os seus direitos, respeitando as suas opções políticas, culturais, morais e religiosas.

Assim, para a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi pedida autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar da região do Vale do Ave, sendo este aprovado (Anexo III).

Relativamente às pessoas doentes foi-lhes entregue o Consentimento informado (Anexo IV), explicado e, apenas os que assinaram, passaram para a fase da entrevista. A cada possível participante foi fornecida informação acerca dos objetivos, métodos, benefícios previstos e o eventual desconforto na ocupação do seu tempo e dado o direito de desistência da participação no estudo, sem algum prejuízo. Por uma questão de manutenção do anonimato, aos entrevistados foram atribuídos códigos E1, E2, E3, etc, de acordo com a ordem da entrevista.

Garantiu-se ainda a destruição de toda a informação sobre os participantes que pudessem conduzir à sua identificação, tal como o Consentimento informado assinado pelo doente e pelo investigador, após a conclusão da investigação.

#### **4. Participantes do Estudo**

Os participantes do estudo foram selecionados segundo uma amostra intencional até à saturação dos dados, sendo estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos na amostra homens ou mulheres com diagnóstico de AVC da artéria cerebral média com dependência funcional, com a capacidade de comunicar e que aceitassem participar no estudo e, excluídos homens ou mulheres com diagnóstico de AVC multifocal com afasia ou desorientação. Esta informação foi obtida com a ajuda dos Médicos e Enfermeiros das Unidades de AVC, onde foi realizado o estudo.

Restringimos o estudo a pessoas acometidas por AVC do território da artéria cerebral média, por ser o local mais frequente de AVC, e deixar como sequela hemiparesia ou hemiplegia, causando dependência funcional à pessoa doente e fazendo com que dependa de terceiros.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a amostra de conveniência integra sujeitos recrutados num determinado local durante um determinado período de tempo, estando acessíveis ao investigador por um processo que não exige o conhecimento do universo. A escolha por este tipo de amostra é frequente em contexto de saúde (Martins, 2006; Ribeiro, 2008).

Para a realização do estudo selecionamos pessoas da região do Vale do Ave, que recorreram ao Centro Hospitalar da área de residência, dando entrada nas Unidades de AVC, de Janeiro de 2013 a Outubro de 2013 e encontrando-se entre o 1º e o 10º dia após AVC.

A amostra não foi representativa da população, mas deu-nos maior riqueza de dados relacionados com os objetivos e foi assim constituída por 13 entrevistados que se tornaram dependentes após AVC da artéria cerebral média.

Entrevistados	Idade	Sexo	Estado civil	Ocupação	Escolaridade
E1	73	Feminino	Casado	Reformada	3º ano
E2	62	Masculino	Casado	Alfaiate	4º ano
E3	62	Feminino	Divorciado	Reformada	4º ano
E4	55	Masculino	Solteiro	Desempregado	4º ano
E5	76	Masculino	Casado	Reformado	Analfabeto
E6	48	Feminino	Casado	Desempregada	Analfabeta
E7	75	Masculino	Viúvo	Reformado	3º ano
E8	76	Feminino	Viúvo	Reformada	Analfabeta
E9	55	Feminino	Casado	Comerciante	6º ano
E10	72	Feminino	Casado	Reformada	3º ano
E11	52	Masculino	Divorciado	Desempregado	9º ano
E12	63	Feminino	Casada	Reformada	3º ano
E13	58	Masculino	Casado	Serralheiro	5º ano

Quadro 3: Caraterização dos participantes

As idades dos participantes estão compreendidas entre os 48 e os 76, sendo a média de idades de 63, 615 aproximadamente. Relativamente à distribuição face ao sexo, sete dos inquiridos são do sexo feminino e seis do sexo masculino. Quanto ao estado civil, oito participantes são casados, dois são divorciados, dois são viúvos e um é solteiro. Respeitante ao grau de instrução, varia desde o analfabetismo até ao 9º ano, tendo em maior número o 3º ano completo. Sete entrevistados são reformados, três exercem a sua profissão e outros três estão desempregados. Todos os entrevistados expressam o Catolicismo.

No que concerne aos fatores de risco de AVC, apenas um dos entrevistados não apresentam.

Entrevistados	Antecedentes
E1	Colectomia; HTA
E2	HTA; DM; Obesidade; AVC sem défices
E3	DM; Herniorrafia inguinal
E4	Etilismo; Tabagismo
E5	HTA; DM; Hipercolesterolemia
E6	HTA
E7	DM; Hipercolesterolemia; Hiperuricemia
E8	HTA; DM; Hipercolesterolemia
E9	Depressão; Cirurgia a Coluna
E10	HTA; Hipercolesterolemia
E11	Gastrectomia; Etilismo
E12	Trombose sem sequelas; FA
E13	DM

Quadro 4: Caraterização das condições de saúde dos participantes

Grande parte dos participantes é hipertenso, outros são diabéticos, obesos, apresentam FA, Hipercolesterolemia, têm hábitos etílicos ou tabágicos.

O grau de dependência dos participantes foi avaliado através do Índice de Barthel, apresentando estes desde dependência leve a grave. Em maior número, os participantes apresentam dependência moderada (Média do Índice de Barthel total é de 50,385 aproximadamente).

Para descrever o grau de dependência dos participantes, apenas utilizamos o valor da média e não outras medidas estatísticas, porque não pretendíamos correlacionar dados, simplesmente caraterizar a população quanto à sua dependência.

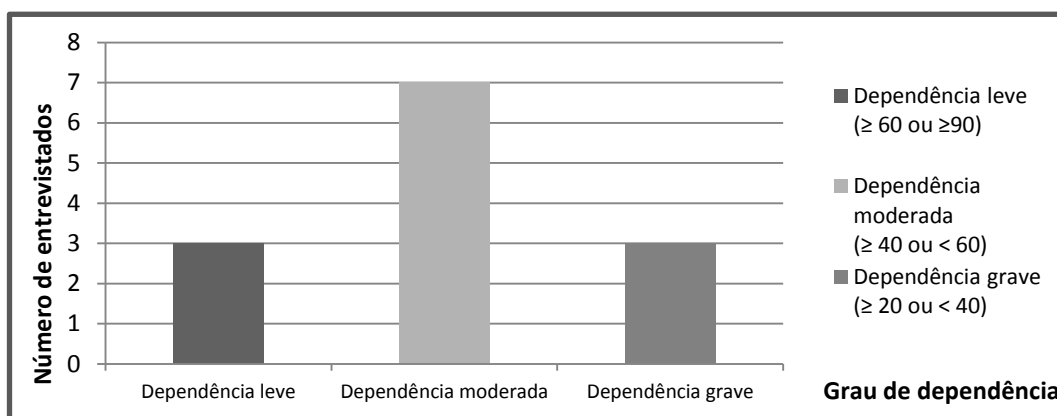


Gráfico 2: Grau de dependência dos participantes

O Índice de Barthel dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total, mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às suas necessidades (Araújo et al., 2007).

Entrevistados	ÍNDICE DE BARTHEL										
	Alimentação	Vestir	Banho	Higiene corporal	Uso da casa de banho	Controlo intestinal	Controlo vesical	Subir escadas	Transferência cadeira cama	Deambulação	Total
E1	5	5	0	0	5	10	10	0	0	10	45
E2	5	5	0	5	5	10	10	0	5	10	55
E3	5	5	0	5	5	10	10	5	10	10	65
E4	10	5	0	5	5	10	10	5	10	10	70
E5	5	5	0	0	0	10	10	5	5	10	50
E6	5	5	0	0	0	10	10	0	5	0	35
E7	5	5	0	0	5	10	10	0	5	10	50
E8	5	5	0	0	5	10	10	0	5	10	50
E9	10	10	5	5	5	10	10	5	10	10	80
E10	5	0	0	0	0	10	10	0	0	0	25
E11	5	5	0	5	0	10	10	0	5	5	45
E12	5	0	0	0	0	10	10	0	5	0	30
E13	5	5	0	0	0	10	10	5	10	10	55

Quadro 5: Índice de dependência dos participantes em cada atividade de vida diária

A atividade de vida diária que se encontra mais comprometida nos participantes, no momento da entrevista é o banho, e, apenas um dos participantes não apresenta dependência total nesta atividade, apresentando este participante dependência moderada (Média do Índice de Barthel - Banho é de 0,385 aproximadamente).

A seguir ao banho, as atividades com maior índice de dependência dos participantes são as atividades de vida higiene corporal e subir escadas (Média do Índice de Barthel - Higiene corporal e subir escadas é de 1,923 aproximadamente).

As atividades de vida uso da casa de banho e vestir também se encontram muito comprometidas para estes participantes (Média do Índice de Barthel - Uso da casa de banho é de 2,692 aproximadamente e Média do Índice de Barthel - Vestir é de 4,615 aproximadamente).

Os participantes apresentam em maior número uma dependência moderada na atividade de vida alimentação (Média do Índice de Barthel - alimentação é de 5,385 aproximadamente), na atividade de vida Transferência cadeira-cama (Média do Índice de Barthel - Transferência cadeira-cama é de 5,769) e na atividade de vida deambular (Média do Índice de Barthel - Deambulação é de 7,308).

Alterações na função vesical são muito comuns após AVC (DGS, 2010). Segundo Thomas et al. (2005), 40 a 60% das pessoas após AVC apresentam problemas com as perdas urinárias, contudo todos os participantes apresentam controlo vesical (Média do Índice de Barthel - Controlo vesical é de 10).

A obstipação é comum após AVC, com vários fatores predisponentes como a imobilidade e a inatividade, a ingestão inadequada de comida e líquidos, a depressão ou ansiedade ou então défices cognitivos (Duncan et al., 2005). Também pode ocorrer incontinência fecal após AVC, porém todos os participantes apresentam controlo intestinal após AVC (Média do Índice de Barthel - Controlo Intestinal é de 10).

Quanto à família dos entrevistados, a família alargada é a mais representada. Aprofundando mais as famílias verificamos que dos 13 participantes, 6 estão no momento de partida dos filhos “ninho vazio” (Relvas, 2006), seguida de famílias com filhos adultos.

Entrevistados	Tipo de família	Momento do ciclo vital
E1	Alargada	Partida dos filhos
E2	Nuclear	Filhos adultos
E3	Nuclear	Partida dos filhos
E4	Unipessoal	Concepção
E5	Alargada	Partida dos filhos
E6	Nuclear	Filhos adultos
E7	Alargada	Morte de um dos pais
E8	Alargada	Morte de um dos pais
E9	Alargada	Filhos adultos
E10	Alargada	Partida dos filhos
E11	Unipessoal	Concepção
E12	Alargada	Partida dos filhos
E13	Alargada	Partida dos filhos

Quadro 6: Caracterização familiar dos participantes

---

Em **síntese**, o nosso processo de pesquisa foi predominantemente de natureza qualitativa, de onde partiu uma pergunta que nos ajudou a centralizar no problema, seguindo-se um conjunto de questões que foram orientadoras do estudo.

As perguntas de investigação foram úteis para este percurso e influenciaram a colheita de dados que realizamos. Centramo-nos num processo de colheita de dados, com recurso à entrevista semiestruturada, seguindo-se metodologicamente alguns princípios inerentes ao respeito pelas questões éticas.

Realça-se que os participantes são em maior número moderadamente dependentes na idade média de 63, distribuídos em número próximo (8 e 7) Homens e Mulheres, em maior número casados e reformados, de baixa escolaridade e cujo apoio é feito pela família alargada centrado no subsistema parental considerando que os filhos são a figura emergente dos discursos.

A transição das pessoas após AVC da autonomia para a dependência foi descrita pelos participantes desde o aparecimento dos sinais e sintomas, mantendo-se por um tempo de evolução e terminando como se o episódio terminasse. No decurso deste tempo, vários sentimentos foram vivenciados e uma forte consciência de mudança, em condições particulares da transição, evidenciando-se um conjunto de perceções do doente e preparações para as mudanças culminando com uma vida efetivamente diferente.

---

## **PARTE III - A VIVÊNCIA DA TRANSIÇÃO**

Analisando os discursos dos participantes e confrontando com a bibliografia traçamos o percurso da vivência da transição da pessoa com AVC. Verificamos que os participantes relatam um percurso da doença, vivenciando particularidades sobre a adaptação à sua nova condição de saúde, dando ênfase à dependência. O hospital é um local particular na vida dos participantes, evidenciando-se a integração neste meio e traçando o futuro na preparação da alta para finalizar a vivência da transição, constatando ao mesmo tempo com as mudanças de vida.

Nesta parte seguem-se os temas que emergiram da análise, pretendendo expor a informação recolhida ao longo das entrevistas efetuadas aos participantes e as principais conclusões retiradas. No capítulo final são discutidos os dados que contribuíram para toda a transição.

Assim para ilustrar com mais clareza os resultados obtidos e responder aos objetivos inicialmente traçados, recorreremos a alguns quadros que identificam a unidade temática, as categorias, as subcategorias e as unidades de registo. Os excertos mais significativos dos discursos foram descritos ao longo do texto, conforme a pertinência revelada, estando em anexo o quadro orientador da categorização dos dados (Anexo V), onde são descritos todos os discursos.

### **1. Percurso da doença**

O percurso de uma doença vai desde o seu aparecimento até à sua estabilização. O AVC aparece repentinamente, mas deixa por vezes sequelas nas pessoas para toda a vida.

Mediante o percurso da doença, esta tem diferentes implicações no sistema familiar. Ainda que o reajuste e adaptação da família possa ser a mesma para a doença aguda ou crónica, um início súbito exige uma mobilização de recursos mais rápida e no menor tempo e conseqüentemente maior desgaste e stress. Na doença com aparecimento gradual ocorre um reajuste e uma adaptação mais atempada e prolongada no tempo (Rolland, 2001). O mesmo autor acrescenta que a dependência provocada por uma doença é uma questão altamente significativa na moderação do grau de stress para o doente e para a família.

Após o AVC, a pessoa transita de um estado de saúde para um estado de doença e dependência, à qual tem de se adaptar e percorrer todo o processo de reabilitação em busca da independência.

### 1.1 Aparecimento do AVC

O aparecimento de uma doença reporta-se à manifestação de sinais e sintomas, e o seu início pode caracterizar-se como agudo ou gradual. O AVC ocorre repentinamente, sem preparação prévia do doente e para o seu aparecimento contribuem fatores de risco modificáveis, de acordo com estilo de vida da pessoa e também não modificáveis sem a sua intervenção (ESO, 2008).

O AVC manifesta-se de diferente modo em cada doente, pois depende da área do cérebro atingida, da extensão da mesma, do tipo, Isquémico ou Hemorrágico, das doenças associadas, da idade do doente, entre outros.

Os principais sinais de alarme na fase aguda do AVC são as alterações da força muscular de início súbito, num ou mais membros, alterações do equilíbrio, da visão, da linguagem, da sensibilidade e assimetria da face, défice na compreensão, na memória e na concentração (Gonçalves, 2012).

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Início</b>	Súbito	“... sem mais nem menos.” (E1)
<b>Hora do dia</b>	Manhã	“Na segunda-feira de manhã, estava deitada no sofá. Entretanto levantei e estava cheia de tonturas e a mão a ficar presa.” (E6)
	Tarde	“Isto aconteceu às 2h da tarde, estava a trabalhar” (E13)
	Noite	“Estava na cama a dormir e apareceu sem mais nem menos.” (E1)
<b>Sintomas do AVC</b>	Sintomas iniciais do AVC	“... senti dores de cabeça ao ir à casa de banho e caí ...” (E12)
	Sintomas de evolução do AVC	“... Entretanto ele viu-me com a boca lado e com menos forças nas pernas...” (E12)
<b>Origem da identificação de sintomas</b>	Próprio	“Fui lavar a cara e vi a cara diferente. Queria falar e não podia.” (E4)
	Familiares	“a minha filha antes de ir para o trabalho passa todos os dias na minha casa e viu que eu tinha um olho mais pequenino ...” (E1)
	Testemunhas	“... estava a cortar a carne na minha loja e fiquei a olhar para ela, não conseguia cortar. (...) Uma senhora foi chamar a minha filha e disse-lhe que não estava bem” (E9)

Quadro 7: Aparecimento do AVC

---

A característica principal do AVC é a rapidez com que surgem as alterações. Os participantes relatam que o **início é súbito** “... *sem mais nem menos.*” (E1); “... *acordei assim. Fui lavar a cara e vi a cara diferente. Queria falar e não podia.*” (E4), tal como OMS (2009) refere que o AVC ocorre de modo súbito com sintomas que persistem para além de 24 horas. Contudo por vezes, a evolução dos sintomas pode ser mais lenta, “*Comecei por sentir que via mal na quinta-feira à tarde (...) No sábado de manhã quando me levantei senti sem forças nas pernas.*” (E5); “*Na segunda-feira (...) estava cheia de tonturas e a mão a ficar presa (...) Na terça-feira à tarde, a minha cunhada foi lá a casa e contei-lhe que já não mexia este braço.*” (E6), tal como ocorre no AVC trombótico, que segundo Caldas (1986) tem geralmente um início súbito, mas evolui depois de forma um pouco mais lenta no decorrer de um período de minutos, horas ou mesmo, ainda que raramente, dias.

Martins (2006) refere também que a principal característica de um AVC é o desenvolvimento, súbito e catastrófico, de um défice neurológico. A autora certifica que a hemiplegia é o sinal clássico e mais frequente de um AVC e grande parte numa primeira fase apresenta perturbações de consciência que podem variar desde a sonolência até ao coma. As alterações resultantes destas lesões podem ser mais ou menos graves, consoante com o grau de dependência resultante.

Segundo o INEM (2011), os sinais de alerta de um AVC são falta de força num braço, boca ao lado ou dificuldade em falar. A OMS (2009) refere que os sinais e sintomas de um AVC devem incluir um ou mais distúrbios definitivos da função cerebral tais como comprometimento motor unilateral ou bilateral, incluindo falta de coordenação; comprometimento sensorial unilateral ou bilateral; afasia/disfasia; hemianopsia; desvio conjugado do olhar; apraxia de início agudo; ataxia de início agudo, défice de perceção de início agudo.

Os participantes apercebem-se dos **sintomas iniciais**, “*Comecei com dores de cabeça.*” (E1); “*Comecei por sentir que via mal...*” (E5); “*...estava deitada no sofá. Entretanto levantei e estava cheia de tonturas e a mão a ficar presa.*” (E6); “*...estava a trabalhar, ia ao armazém buscar material e ao sair da carrinha comecei a sentir a perna a fugir, mas não fiz caso.*” (E13) e de **evolução**, “*Entretanto a minha filha (...) viu que eu tinha um olho mais pequenino que outro (...) O meu marido (...) disse: tem um bocado a boca torta. E eu disse: falei bem para ti quando acordei, mas agora custa-me mais e parece que tenho menos força neste braço.*” (E1); “*... vim até ao quarto a gatinhar e disse ao meu marido que não estava bem que chamou o meu irmão. Entretanto ele viu-me com a boca lado e com menos forças nas pernas...*” (E12), porém segundo ESO (2008), grande parte das pessoas não identifica os sinais e sintomas como alarme de um AVC.

---

Mandelzweig et al. (2006) e Montaner et al. (2001) referem que a consciencialização para o AVC depende de fatores demográficos, socioculturais e do conhecimento médico individual. ESO (2008) afirma que aproximadamente 33 a 50% dos doentes reconhecem os seus próprios sintomas como um AVC e, no nosso estudo ocorreram relatos que confirmam “... peguei na minha roupa para ir para a casa de banho tomar banho e ao pousar a roupa junto à banheira senti mal disposta e pensei não estou bem, vou para a cama. Saí da casa de banho, cheguei à lavandaria e senti que ia cair. Encostei-me a um móvel, senti um peso deste lado esquerdo, desmaiei e caí. Quando acordei (...) arrastei-me até onde podia. Ia para por a pé e tombava para o lado esquerdo. Senti que me deu uma trombose.” (E3)

Os participantes narram também que o AVC ocorre em qualquer **hora do dia**, durante qualquer atividade, de **manhã**, “Na segunda-feira de manhã, estava deitada no sofá. Entretanto levantei e estava cheia de tonturas e a mão a ficar presa.” (E6), durante a **tarde**, “Isto aconteceu às 2h da tarde, estava a trabalhar” (E13) ou à **noite**, durante o sono, “Estava na cama a dormir e apareceu sem mais nem menos.” (E1). Mackey et al. (2011) referem que o AVC ocorre a qualquer hora, contudo 14% dos AVC’s ocorrem durante a noite.

A **origem de identificação dos sintomas** são o **próprio** doente, “Fui lavar a cara e vi a cara diferente. Queria falar e não podia.” (E4); “estava a trabalhar, ia ao armazém buscar material e ao sair da carrinha senti a perna a fugir, mas não fiz caso. Vou para preencher uns papéis e senti também a mão a fugir e disse logo isto não está nada bem.” (E13), os doentes em conjunto com os **familiares**, “...a minha filha antes de ir para o trabalho passa todos os dias na minha casa e viu que eu tinha um olho mais pequenino (...) O meu marido (...) disse: tem um bocado a boca torta. E eu disse-lhe: agora custa-me mais e parece que tenho menos força neste braço.” (E1); “...senti dores de cabeça ao ir à casa de banho e caí (...) meu irmão (...) viu-me com a boca ao lado e com menos forças nas pernas” (E12), ou **testemunhas**, “...estava a cortar a carne na minha loja e fiquei a olhar para ela, não conseguia cortar. (...) Uma senhora foi chamar a minha filha e disse-lhe que não estava bem” (E9), o que confirma o que ESO (2008) refere, que os sintomas são identificados pelos doentes, por testemunhas ou familiares.

## 1.2 Durante o AVC

ESO (2008) defende que o tratamento do AVC após deteção de sinais e sintomas, deve ser uma emergência e, como tal, é de extrema importância a rapidez que se efetua o contacto para os Serviços de Emergência Médica, citando “*tempo é cérebro*”. Assim, o objetivo principal na fase pré-hospitalar dos cuidados

agudos no AVC deve ser evitar atrasos. Deste modo, o reconhecimento de sinais e sintomas do AVC pelo doente, por familiares ou por testemunhas é fulcral. Apesar da maioria das pessoas concordar que o AVC é uma emergência e que deve procurar ajuda médica imediata, apenas cerca 50% contacta os Serviços de Emergência Médica, segundo os mesmos autores.

Os doentes, por vezes, não pedem ajuda, aguardando pela melhoria de sintomas, por falta de conhecimentos e receio da hospitalização, tal como refere um participante, *“Na terça-feira à tarde, a minha cunhada foi lá a casa e contei-lhe que não mexia este braço. Eu não queria mas ela obrigou-me a ir ao hospital (...) Ao vir para cá já não mexia a perna.”* (E6), o que vai encontro do que ESO (2008) narra, que as principais causas do atraso no contacto para ajuda médica são a falta de conhecimento dos sintomas de AVC, do reconhecimento da sua gravidade, e, também a negação da doença e esperança na resolução desses sintomas. Mesmo o participante com maior escolaridade e conhecimentos sobre sintomas de AVC, apenas recorreu ao Serviço de Urgência no 3º dia após AVC, negligenciando os sintomas até então.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Contacto após identificação de sintomas</b>	Familiares	<i>“... no quarto arrastei o edredão para chegar ao telefone, peguei nele com a mão direita e liguei à minha filha Sara.”</i> (E3)
	Bombeiros	<i>“Desci abaixo da cama e liguei aos bombeiros.”</i> (E7)
	Profissionais de saúde	<i>“Chamei o Médico a casa”</i> (E6)
	Vizinhos	<i>“... a vizinha chamou por mim e falei com ela a dizer que não estava bem ...”</i> (E11)
	Patrão	<i>“Estava lá no trabalho o patrão à beira, disse-lhe que não estava bem e ele disse para eu ver isto.”</i> (E13)
<b>Transporte para hospital após identificação de sintomas</b>	Carro	<i>“Telefonei para um filho meu e ele trouxe-me aqui no carro dele.”</i> (E8)
	Ambulância	<i>“Fiquei assim, então a minha filha chamou ambulância e vim para o hospital.”</i> (E9)
	A pé	<i>“... vim ao centro de saúde a pé que é perto, à beira.”</i> (E13)

Quadro 8: Durante o AVC

Os doentes quando identificam os sintomas telefonam aos **familiares**, sendo por norma os filhos, *“Liguei à minha filha.”* (E5); *“Telefonei para um filho meu”* (E8), ou o cônjuge, *“...vim até ao quarto a gatinhar e disse ao meu marido que não estava bem...”* (E12), ou então os irmãos, *“Chamei pela minha irmã que*

---

*mora em cima da minha casa.*” (E4). Também contactam os **profissionais de saúde**, “*Chamei o Médico a casa*” (E6), os **Bombeiros**, “*Desci abaixo da cama e liguei aos bombeiros.*” (E7), os **vizinhos**, “*...a vizinha chamou por mim e falei com ela a dizer que não estava bem, disse-lhe onde estava a chave, ela entrou e ligou à minha cunhada, que chamou os bombeiros.*” (E11) ou o **patrão**, “*Estava lá no trabalho o patrão à beira, disse-lhe que não estava bem e ele disse para eu ver isto.*” (E13). Estes relatos vão de encontro ao que ESO (2008) refere que os cuidados médicos raramente são procurados pelo próprio doente, maioritariamente o contacto inicial é realizado por um familiar, não acedendo por isso da forma mais rápida aos cuidados de saúde.

Martins (2006) baseada em recomendações internacionais refere que o doente, dentro das 3 horas subsequentes aos primeiros sinais ou sintomas de AVC, deve recorrer ao hospital mais próximo, que tenha uma unidade de AVC, para que tenha um tratamento ultraprecoce. Na literatura científica, são relatados benefícios a curto e a longo prazo, particularmente na redução de sequelas, mortalidade e institucionalização de quem recorre ao hospital o mais rápido possível.

ESO (2008, p.13) recorrendo a diversos estudos menciona que “*a chegada directa ao Serviço de Urgência através de ambulância ou transporte dos Serviços de Emergência Médica é a forma mais rápida de referência*”. O **transporte** que os doentes utilizam normalmente é a **ambulância**, “*Eles ligaram para os bombeiros, chamaram a ambulância e vim para o hospital.*” (E1), contudo alguns dos participantes deslocam-se no **carro** de familiares, “*Liguei à minha filha e ela trouxe-me para cá.*” (E5); “*Telefonei para um filho meu e ele trouxe-me aqui no carro dele.*” (E8). Apenas um dos entrevistados dirigiu-se **a pé** aos cuidados de saúde, “*...vim ao centro de saúde a pé que é perto, à beira.*” (E13).

### 1.3 Após o AVC

Mesmo após a estabilização do AVC, o regresso a casa é um momento de grande angústia para o doente e sua família, pois a confrontação com as incapacidades, sem o apoio da equipa de saúde nem sempre é fácil, “*Não estou preparada para ir para casa. Isso era o que eu queria, mas não posso. Para já não, que não estou segura.*” (E6)

Na opinião de Nunes (2008), a alta hospitalar não significa a total recuperação do doente e por isso é fundamental garantir a continuidade de cuidados, quer seja por parte da família, quer de instituições de saúde e /ou sociais, de maneira a que este possa ser reintegrado com o maior grau de independência na sua comunidade.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Destino após a alta hospitalar</b>	Domicílio próprio	<i>“Quando sair daqui vou para minha casa.”</i> (E4)
	Domicílio dos filhos	<i>“Vou continuar a ter apoio dos meus filhos. Principalmente da mais velha que quando sair daqui vou para casa dela, para o Porto.”</i> (E7)
	Unidade de Cuidados Continuados	<i>“Quando sair daqui vou pros Cuidados Continuados até ficar boa.”</i> (E12)
	Incerteza do destino	<i>No próximo mês não sei onde estarei. A minha casa tem muitas escadas. Talvez irei para os cuidados continuados ou então para os meus anexos que são rés-do-chão.”</i> (E3)
<b>Local de permanência</b>	Domicílio próprio	<i>“No futuro quero voltar à minha casa.”</i> (E3)
	Domicílio dos filhos	<i>“Ainda não sei para casa de que filho vou (...) E depois vou lá ficar.”</i> (E8)

Quadro 9: Após o AVC

O objetivo da reabilitação, segundo a OMS (2003), é desenvolver um grau de independência funcional, tanto no hospital como após a alta, em casa e na comunidade, que permita retomar o máximo das atividades que o indivíduo desenvolvia anteriormente à doença.

Existe uma revolução no caminho da reabilitação do doente após AVC, que defende o regresso dos doentes ao seu ambiente, o mais rapidamente possível de acordo com o que cada situação permite (Teasell et al., 2009).

Na declaração de Helsingborg de 2006, uma das metas estabelecidas pela OMS, a atingir até ao ano de 2015, consiste no acesso contínuo a cuidados organizados, desde a fase aguda até à reabilitação, pretendendo-se que 70% das pessoas sejam independentes na realização das AVD, 90 dias após o AVC.

Sendo o AVC uma doença incapacitante e que provoca na maior parte das vezes dependência, há a necessidade de dar continuidade aos cuidados por parte de terceiros e por isso várias opções surgem de acordo com os discursos. A continuidade de cuidados tem sido associada ao planeamento da alta, cuidados de transição quando há mudança de prestadores (Cabete, 1999), ou através de cuidados coordenados, cuidados continuados (Harrison, 2004), sendo muitas vezes utilizados alternadamente. Cabete (1999) refere que a continuidade de cuidados é fundamental para que se possa garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudança de prestadores.

Quando o doente sente-se capaz de regressar a casa ou tem apoio familiar no domicílio decide ir para o **domicílio próprio**, *“Quando sair daqui vou para casa.”*

---

(E2), *“Quando sair daqui quero ir para minha casa”* (E13). Martins (2002) afirma que 88,3% dos doentes continuam nas mesmas famílias.

Contudo, por vezes as famílias reestruturam-se no sentido de dar resposta aos familiares doentes e por isso alguns vão para o **domicílio dos filhos**, *“Vou continuar a ter apoio dos meus filhos. Principalmente da mais velha que quando sair daqui vou para casa dela, para o Porto.”* (E7); *“Eu estava em minha casa e vivia só, andava bem. Mas agora os meus filhos disseram que para minha casa não vou. Ainda não sei para casa de que filho vou.”* (E8). Martins (2002) no seu estudo afirma que 11,7% dos doentes mudaram de família, tal como no nosso estudo alguns dos participantes também assim referem.

A família, algumas vezes decide em conjunto com o doente, que este deve ir para uma **Unidade de Cuidados Continuados**, para que recupere e se torne mais independente, o mais rapidamente possível, *“Quando sair daqui vou para o Hospital de Riba D`Ave pros Cuidados Continuados ou outro que tenha vaga.”* (E1); *“Daqui vou para outro lado para fazer fisioterapia. Vou para os Cuidados Continuados.”* (E6). Em 2006, a RNCCI surge com a missão da prestação de cuidados de saúde e apoio social a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, tal como acontece nas pessoas após AVC.

Em 2007, a RNCCI refere que a principal causa de referenciação para a rede, são os doentes com AVC, que representam cerca de 35%, logo com défices que podem ir desde a hemiparesia à hemiplegia, com necessidade de cuidados de reabilitação nas Unidades de Convalescença. Os mesmos autores (2007, p.6) mencionam que *“As unidades de reabilitação de AVC, no contexto da convalescença, devem entender-se como uma das respostas do conjunto de tipologias de cuidados que contemplam a RNCCI em cada área territorial e como um recurso de apoio à recuperação pós-hospitalar.”*

Guerreiro (2009) citado por Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, 2009) refere que esta rede permite o desenvolvimento de ações mais próximas das pessoas em situação de dependência

Contudo, com inúmeras mudanças após o AVC, alguns participantes não souberam dizer para onde iriam após a alta, sentindo-se **incertos quanto ao destino a escolher**, *“No próximo mês não sei onde estarei. A minha casa tem muitas escadas. Talvez irei para os cuidados continuados ou então para os meus anexos que são rés-do-chão.”* (E3); *“...ainda não sei para onde vou (...) Queria ir bom para ir para minha casa e não dar trabalho aos meus filhos.”* (E5). Martins (2002) no seu estudo afirma que o futuro é incerto para 46,78% dos doentes.

Não regressando logo após a alta ao seu domicílio, passado um mês, alguns doentes sentem-se preparados a regressar ao **domicílio próprio**, “*Daqui a um mês/ três semanas, mexendo bem as pernas vou para a minha casa.*” (E1); “*Estava lá um mês para recuperar e depois ia para minha casa.*” (E10), outros regressam a casa mais tarde, permanecendo nas Unidades de Cuidados Continuados até haver melhorias significativas, “*Quando sair daqui vou pros Cuidados Continuados até ficar boa. Daqui a um mês conto ainda lá estar, só depois vou para minha casa.*” (E12).

A reabilitação do doente após AVC é um processo moroso e nem sempre o doente se sente capaz de voltar à sua própria casa num curto período de tempo, permanecendo no **domicílio dos filhos**, “*No próximo mês conto ainda lá estar, na casa da minha filha. Quando estiver bem é que vou para minha casa.*” (E7).

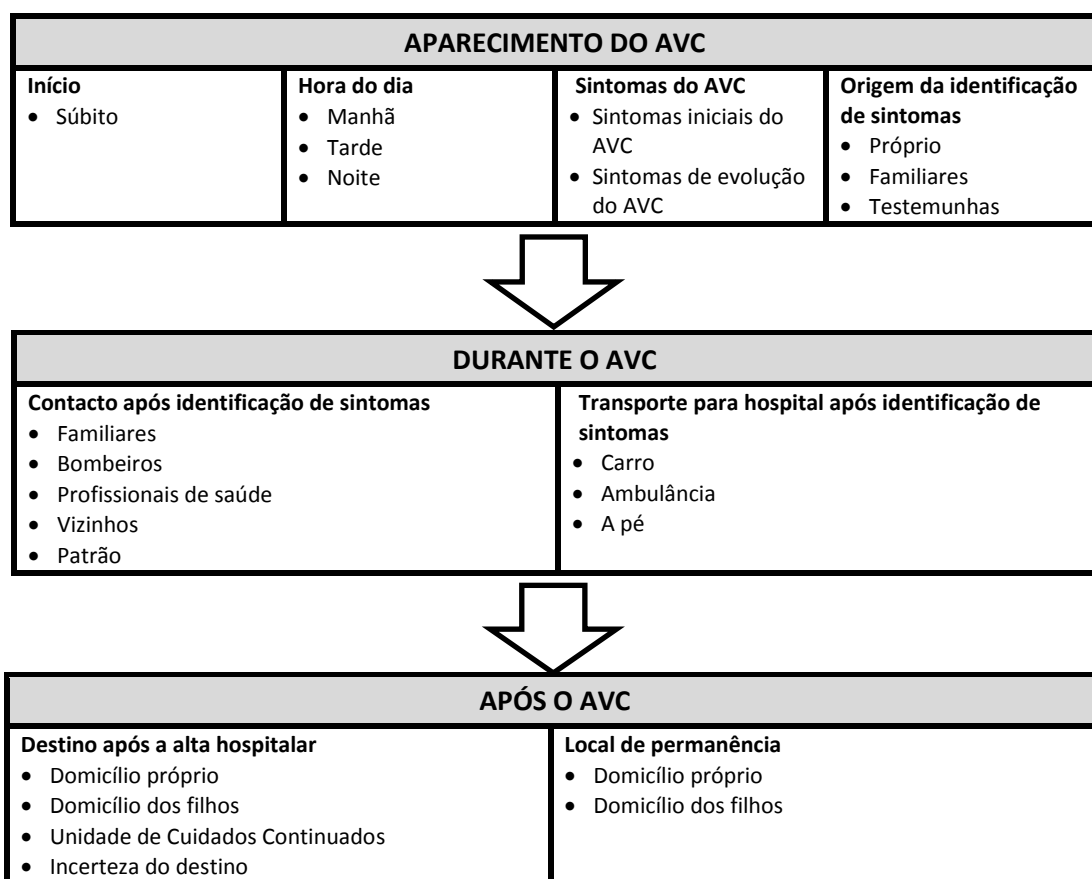


Figura 4: Percurso da doença

**Em síntese**, os participantes descrevem de forma particular o percurso do AVC. Referem que a doença tem início súbito, mencionam que ocorre em qualquer hora do dia; descrevem os sintomas iniciais e de evolução do AVC; mencionam quem deteta os sintomas, sendo na sua maioria o próprio ou os familiares, mas também testemunhas; relatam qual o contacto que efetuam após identificação de sintomas, a maioria contactam os familiares, mas também os Bombeiros,

---

profissionais de saúde, vizinhos ou patrões; citam que o transporte para o hospital após identificação de sintomas utilizado é o carro de familiares, a ambulância ou a pé e mencionam que após a alta hospitalar vão para a sua casa, para a casa de familiares, para uma Unidade de Cuidados Continuados, ou não têm certeza qual será o destino, e o local onde permanecerão no futuro afirmam que será o domicílio próprio ou dos filhos.

## 2. Adaptação à Situação de Doença e Dependência

Henriques (2004) refere que os conceitos mais recentes de saúde assentam na capacidade de adaptação constante. Saúde é a capacidade consciente da pessoa interagir com o ambiente mesmo em situações de doença ou dependência, exigindo adaptação no sentido de um equilíbrio.

O aparecimento súbito do AVC, associado às incapacidades que por vezes provoca, gera stress ao doente e à família, exigindo um grande esforço adaptativo (Fortes; Neri, 2004).

A CIPE, versão  $\beta$ 2 (1999, p. 50), define adaptação como “...um tipo de autoconhecimento com as características específicas: disposição para gerir novas situações e desafios”.

Sarafino (1998) narra que os doentes e as suas famílias precisam adaptar-se à doença, referindo-se ao termo “adaptação” como o processo de fazer mudança com a finalidade de se ajustar de uma forma positiva às circunstâncias da vida.

Alves e Duarte (2010) referem que a pessoa dependente após AVC vivencia um processo de luto face às suas perdas. A pessoa passa por quatro estágios comportamentais: fase de choque, negação, reconhecimento e adaptação.

A fase de choque tem lugar logo após os primeiros cuidados de saúde após a doença e dependência e corresponde a um estado de confusão onde a pessoa não consegue perceber a magnitude do acontecido. Nesta fase a pessoa desliga-se do mundo exterior, numa tentativa inconsciente de proteger sua imagem corporal.

Na fase de negação, a pessoa começa a perceber a sua condição, porém de forma distorcida com tendência a negar a sua dependência, “ *Nada me preocupa... o futuro depois vê-se*” (E6).

Na fase de reconhecimento, a pessoa começa a tomar consciência da sua situação, porém devido a essa consciencialização podem ocorrer episódios de depressão face às mudanças ocorridas, “ *Quero voltar à minha vida, estou triste por estar assim...*” (E3).

---

Na fase de adaptação, a pessoa começa a participar ativamente no seu processo de reabilitação, sente-se motivada para recuperar, reconhecendo por isso os benefícios deste processo, “*Quero aprender para recuperar...*” (E1).

As alterações após AVC ocorrem na função física, psicológica e social gerando stress, devido aos problemas de adaptação na gestão da doença, o que leva a alguns doentes abandonarem as metas pessoais, tal como um dos participantes refere, “*Modificou muito o que pretendia fazer. Queria ter trabalho, ir para Angola ou procurar na fábrica e assim sem mexer, não posso. Esta doença significa muito.*” (E11).

A pessoa sente-se insatisfeita consigo mesma, desapontada com o ocorrido e desejosa de ser diferente do que é, sente que não tem mais nada a fazer, nem projetos a cumprir, sente-se afetada por sentimentos de estagnação e falta de interesse na vida (Clarke, 2003).

Além disso, ocorrem alterações de autoreferência, como por exemplo na autoeficácia, no autoconceito, na autoestima e no suporte social, que, sendo consequência das sequelas do AVC, vão afetar o empenho e compromisso na reabilitação (Pais-Ribeiro, 2005).

Fonseca (2004) afirma que a doença é encarada como uma situação geradora de stress e para enfrentar a crise decorrente deste facto é fundamental que a pessoa desenvolva formas eficazes de adaptação, ou seja, estratégias de coping, envolvendo-se por isso na reabilitação, tal como é descrito no nosso estudo, “*Quero aprender tudo o que seja importante para não depender dos outros. Vou fazer por isso.*” (E7).

Segundo Varela e Leal (2007), as estratégias de coping permitirão lidar com a perda de saúde, perda das capacidades físicas e perda de certeza quanto ao futuro, preservando a integridade física e emocional do indivíduo.

Bastos et al. (2005) alertam que nem sempre a pessoa por si só consegue desenvolver estratégias que a ajudem a ultrapassar o problema, seja por incapacidade ou por fatores relacionados com o contexto, conduzindo ao stresse, “*Isto foi traumatizante...*” (E2). Por isso, Coelho e Mendes (2011) baseados no Modelo de Adaptação de Callista Roy de 1976 consideram que a Enfermagem tem como missão a promoção da adaptação dos indivíduos e grupos. Um dos participantes valoriza o modo como os profissionais de saúde facilitam a adaptação à nova situação através de uma relação de incentivo positivo, “*Os profissionais ( ...) Dão-me força para eu recuperar facilmente...*” (E2) e como promovem condições facilitadoras deste processo de transição, através das visitas das pessoas significativas, “*O mais fácil é poder ter visto o meu marido aqui.*” (E10).

---

Durante a adaptação à nova situação de dependência são vários os sentimentos que o doente vivencia. O desejo de sentir-se saudável promove sentimentos positivos que entram em conflito com o choque e revolta pelas incapacidades provocadas pelo AVC (Mendonça; Garanhani; Martins, 2008). Esta ambivalência de sentimentos é descrita no nosso estudo, *“Esta doença afetou-me psicologicamente, mas tenho de ir e vou à luta.”* (E2); *“Sinto motivado, mas em baixo, triste, por a perna e o braço não ajudarem.”* (E11); *“Sinto um bocado em baixo, mas sinto motivado, tenho de recuperar, tenho as prestações do carro para pagar.”* (E13).

Martins (2002) acrescenta também que as pessoas sem apoio, ou com suporte insuficiente de familiares, amigos e/ou pessoas significativas tendem a apresentar mais dificuldades de adaptação à sua nova condição, expressando sentimentos negativos, *“Fácil não foi nada (...) Não tenho ninguém para me apoiar a fazer comer, tratar da casa, ajudar-me. Os meus irmãos têm a vida deles.”* (E11).

Desta forma, os Enfermeiros devem estar atentos à forma como a pessoa e a família lidam com o processo de transição. Clarke (2003) afirma que para que ocorra a adaptação à dependência é preciso que a pessoa se sinta autónoma, capaz de se relacionar com outras pessoas, reconheça as próprias limitações. Os Enfermeiros devem identificar a fase da transição que o doente se encontra, os acontecimentos que facilitam ou inibem essa mesma transição, as preocupações e dificuldades identificadas pelo doente e sua família, os sentimentos que vivenciam, de modo a que os possa ajudar a vivenciarem a transição com o mínimo de repercussões negativas, restabelecendo a estabilidade e a reconstrução da identidade.

Neste capítulo, para a compreensão deste processo de adaptação, analisamos os discursos dos participantes e identificamos as áreas temáticas: sentimentos após AVC, a aceitação da situação de saúde, as condições da transição e as preocupações dos doentes após AVC.

## 2.1 Sentimentos após AVC

Muitos dos doentes após AVC sentem medo, ansiedade, frustração, raiva, tristeza e uma enorme mágoa pelas suas perdas físicas e psicológicas, sentimentos, esses que representam uma resposta normal ao trauma psicológico do evento. Por outro lado, a própria lesão de estruturas cerebrais também pode contribuir e ser responsável por algumas das alterações emocionais e de personalidade (Eastwood et al., 1989), assim nos discursos identificamos sentimentos positivos e negativos.

Os sentimentos vivenciados são indicadores do processo de transição, indicando se a transição se dá no sentido de recuperação da saúde ou no sentido da vulnerabilidade.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Sentimentos Positivos</b>	Motivação	<i>"... sinto-me motivada para continuar (...) tenho muita força de vontade, luto."</i> (E1)
	Força de vontade	<i>"Tenho força de vontade."</i> (E6)
	Fé	<i>"... creio que Deus ainda me vai ajudar a andar."</i> (E8)
<b>Sentimentos Negativos</b>	Culpa/ Remorso	<i>"Se pudesse voltar atrás não bebia, não fumava. Só tomava o café. Os outros vícios deixava-os."</i> (E4)
	Trauma	<i>"Isto foi traumatizante..."</i> (E2)
	Sobrecarga familiar	<i>"Sinto tristeza por estar a dar trabalho à minha filha (...) Vou ter de dar trabalho à minha filha e ao meu neto..."</i> (E3)
	Vergonha	<i>"...Eu tenho vergonha de sair e falar assim, as pessoas percebem-me mal."</i> (E9)
	Desmotivação	<i>"Influencia muito a minha vida, esta doença. Não posso fazer nada, estou desmotivado."</i> (E11)
	Desânimo	<i>"Estou triste e desanimada por não poder andar, querer ir à casa de banho e não poder ir."</i> (E8)
	Solidão	<i>"Difícil é estar aqui sozinho."</i> (E7)
	Sufrimento	<i>"...estou a sofrer."</i> (E12)
	Medo / Receio	<i>"Tenho medo de ficar sempre assim."</i> (E3)
	Tristeza	<i>"Penso que quero voltar à minha vida, mas agora sinto tristeza por estar assim."</i> (E3)
	Apatia	<i>"Antes era alegre, agora estou triste e mais parada."</i> (E12)

Quadro 10: Sentimentos após AVC

Os sentimentos que as pessoas doentes vivenciam após o AVC são variados, havendo uma mistura de sentimentos positivos e negativos. Contudo, Kanner (2004) relata que a pessoa após AVC apresenta, por vezes, instabilidade emocional, tornando-se incapaz de inibir a expressão das emoções espontâneas, alterando subitamente a expressão das suas emoções, chorando ou rindo intercaladamente sem justificação aparente. Cancela (2008, p.10) narra também que *"a labilidade emocional é, geralmente, encontrada nos casos de hemiplegia. Os doentes apresentam emoções instáveis, sendo capazes de inibir a expressão das*

---

*emoções espontâneas, que rapidamente alteram o seu comportamento emocional sem qualquer razão aparente”.*

Os doentes sentem-se **tristes**, salientando *“Agora sinto-me triste.”* (E1); *“Esta doença modificou muito a minha vida, minha forma de ser. Quero fazer as minhas coisas e não posso. Penso que quero voltar à minha vida, mas agora sinto tristeza por estar assim.”* (E3); *“Não queria ter doença. Dá-me tristeza não poder andar (...) estou triste por estar aqui.”* (E5). Outros sentem-se **desmotivados**, *“Influencia muito a minha vida, esta doença. Não posso fazer nada, estou desmotivado.”* (E11), e ainda mais **desanimados** pelas limitações resultantes do AVC, *“Estou triste e desanimada por não poder andar, querer ir à casa de banho e não poder ir.”* (E8).

Rabelo e Neri (2006) confirmam que após as sequelas do AVC, os doentes sentem desamparo e falta de controlo sobre a própria vida e si mesmos.

A **depressão** tem sido detetada em 20% a 50% das pessoas que sofreram AVC (Terroni et al., 2003). Vários fatores indiciam que o AVC pode levar à ocorrência de depressão devido a alterações fisiopatológicas e não apenas psicológicas (Carota; Staub; Bogousslavsky, 2002).

Alguns sinais podem fazer prever a depressão, tais como: distúrbio do sono, alterações na alimentação com súbito aumento ou perda de peso, letargia, falta de motivação, isolamento social, cansaço e ideias suicidas (Hackett; Anderson, 2005).

Os sentimentos de **culpa, remorsos** podem ser sinais de depressão após o AVC, *“É um alerta que se calhar não acontecia. A minha maneira de ser falhou, se tomasse remédios se calhar não acontecia (...) Há alcoólicos que nada acontece e só me aconteceu a mim.”* (E2); *“Se pudesse voltar atrás não bebia, não fumava. Só tomava o café. Os outros vícios deixava-os.”* (E4).

Segundo Haan et al. (2006), a **apatia** está presente em 26,5% das pessoas com AVC, acompanhada de prejuízo na atenção e na fala, evidenciada por um participante, *“Nada foi obstáculo (...) Nada me preocupa. Vai correr daqui para a frente. No futuro, depois vê-se.”* (E6); *“Antes era alegre, agora estou triste e mais parada.”* (E12).

A dificuldade na adaptação à transição e hospitalização é referida pelos participantes. O doente afastado da sua zona de conforto, dos seus conviventes, do seu domicílio sente **solidão** e isolamento do seu mundo, *“Estou cá só.”* (E1); *“Difícil é estar aqui sozinho.”* (E7). Neto (2000, p.321) refere que a *“...solidão é uma experiência comum, é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que temos e aquelas que desejamos ter”.*

---

Os doentes também referem dificuldade na transição para a dependência após o AVC, referindo esta como um **trauma**, *“Isto foi traumatizante...”* (E2); *“Desta vez acho que me afetou muito psicologicamente (...) É traumatizante estar aqui. Esta doença afetou-me psicologicamente...”* (E4); *“Esta doença é muito grave, muito grande, muito traumatizante.”* (E9).

A ansiedade em relação ao futuro gera **medo e receio** no doente, medo de repetição do AVC, *“O que me preocupa com esta doença é ter medo que me volte a dar, que fique assim sem poder fazer as minhas coisas.”* (E3), medo da dependência, *“Tenho medo de ficar sempre assim.”* (E3), *de não andar, “Tenho só receios de não poder andar.”* (E8) e de sofrer, *“Esta doença modificou muito a minha vida (...) O que peço é que me ajudem até morrer. Só não quero sofrer, tenho medo, mas não tenho medo de morrer.”* (E4).

Para além do medo, o doente refere **vergonha** pelas incapacidades com que se depara, *“Sinto triste por me dar esta doença. Sou nova ainda não é (...) Eu tenho vergonha de sair e falar assim, as pessoas percebem-me mal.”* (E9).

A pessoa dependente após AVC sente as mudanças que vai causar na vida da sua família e cuidadores, sente-se um fardo pelo trabalho que causará nos outros, sente que causará **sobrecarga familiar**, como referem os participantes, *“Sinto tristeza por estar a dar trabalho à minha filha (...) Vou ter de dar trabalho à minha filha e ao meu neto...”* (E3); *“Eu quero ir são embora para poder andar e não ter ninguém que andar atrás de mim.”* (E5); *“O que me preocupa é a minha filha que lhe vou dar trabalho (...) Se eu morresse não estava aqui a dar trabalho.”* (E12). Sequeira (2007) confirma que o contacto próximo com um doente dependente gera sobrecarga ao cuidador.

Platt (1985) foi o primeiro a apresentar uma definição elaborada de sobrecarga, relacionando-a com a presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam as vidas dos familiares. Braithwaite (1992) citado por Martins (2006) define a sobrecarga do cuidador como uma perturbação que resulta do lidar com a dependência física e a incapacidade mental da pessoa alvo dos cuidados, correspondendo à perceção subjetiva das ameaças às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador.

A dependência física gera também **sofrimento** à pessoa doente, *“...estou a sofrer.”* (E12). Contudo, uma das formas que toleram o sofrimento é recorrendo às crenças religiosas. A força de vontade, aliada à **Fé** e Espiritualidade é referida como impulsionadora dos doentes após dependência por AVC, *“Estou com esperanças de melhorar. Tenho fé.”* (E6); *“...creio que Deus ainda me vai ajudar a andar.”* (E8);

---

*“Não queria sofrer, mas tenho fé que isto vai melhorar.”* (E12). As crenças religiosas dão força de vontade e motivação à pessoa doente.

Ao mesmo tempo que vivenciam sentimentos negativos, sentem **força de vontade** para melhorar, *“Eu sinto-me bem. Não estou animado, mas tenho vontade de recuperar (...)”* (E4), *“Tenho força de vontade.”* (E6).

A **motivação** para recuperar a independência e estar junto dos que são queridos está presente nestes doentes. A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) define a motivação como a função mental global, consciente ou inconsciente, que produz o incentivo para a ação (OMS, 2004). Esta motivação poderá ser influenciada tanto por fatores pessoais (idade, género, personalidade, educação, experiências, entre outros) como por fatores ambientais, que em conjunto, formam o contexto físico, social e atitudinal da reabilitação (Holmqvist; Koch, 2001). A motivação depende da energia, suporte social, estratégias de coping e recursos da família segundo Hoeman (2000), o que vai ao encontro do nosso estudo, onde verificamos que as pessoas doentes com apoio familiar sentem-se mais motivadas, *“Eu melhorando estará tudo bem. Estou eu e mais ele, um ajudando o outro. Marido vai-me ajudar e mais os filhos (...) tenho muita força de vontade, luto. Isto deitou-me abaixo, mas sinto-me motivada para continuar.”* (E1); *“Sinto que vou melhorar para poder criar o meu neto de 14 anos, que é muito meu amigo (...) Quem me vai ajudar agora vai ser a minha filha mais nova.”* (E3).

Os participantes descrevem uma mistura de sentimentos ambivalentes, pois por um lado sentem-se desolados pela dependência decorrente da doença, mas por outro sentem garra para recuperar, *“Esta doença afetou-me psicologicamente, mas tenho de ir e vou à luta.”* (E2); *“Eu sinto-me bem. Não estou animado, mas tenho vontade de recuperar...”* (E4); *“Sinto motivado, mas em baixo, triste, por a perna e o braço não ajudarem.”* (E11); *“Sinto um bocado em baixo, mas sinto motivado, tenho de recuperar, tenho as prestações do carro para pagar.”* (E13).

## 2.2 Aceitação da situação de saúde

A forma como a dependência gerada após AVC é vivida pela pessoa doente e pelos seus familiares dependerá, em muito, do modo como a própria doença é aceite e vivida (Martins, 2002).

Segundo Wright (2005), falar sobre um acontecimento de doença, traduz a história do sofrimento que aquela pessoa e família vivem e quais as consequências, o que nem sempre é fácil de aceitar.

Categories	Subcategories	Units of Record
Consciência da mudança	Aceitação	<p>“Tenho pouco equilíbrio, tenho mais para o esquerdo (...)” (E1)</p> <p>“... afetou muito psicologicamente, fiquei muito traumatizado das pernas. Mas tenho de me agarrar à vida, não se pode desanimar senão é o fim.” (E2)</p> <p>“Já não sou o mesmo. Já não me sinto igual. Pode ser que venha a recuperar, mas agora nestes dias sinto-me diferente.” (E7)</p>
	Negação	<p>“Nada me preocupa. Vai correr daqui para a frente. No futuro, depois vê-se.” (E6)</p>

Quadro 11: Aceitação da situação de saúde

As mudanças súbitas decorrentes do AVC e da dependência que por vezes ocasiona exigem adaptações da vida pessoal, das rotinas, da identidade, dos papéis familiares, sociais e laborais, entre outras.

A **consciência**, segundo Meleis, é uma das propriedades da transição, essencial para se iniciar a procura de estratégias adaptativas. Está relacionada com a percepção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciência reflete-se, muitas vezes, no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e respostas esperadas e as percepções das pessoas que vivenciam transições semelhantes (Meleis et al., 2000). No nosso estudo, é visível a consciencialização da doença por parte dos participantes, “O AVC é *muito complicado. Os doentes têm de ter muita força de vontade.*” (E1).

A mudança é também outra propriedade importante no processo das transições e não pode ser entendida como sinónimo de transição (Meleis et al., 2000). É relevante que num processo de transição se perceba as consequências da mudança (Levine, 1967 citado por Meleis et al., 2000). Também a diferença, segundo os mesmos autores, surge como uma propriedade relacionada com o processo de transição. Esta emerge das diferentes expectativas da pessoa, o sentir-se diferente ou perceber o mundo de diferentes formas. Os participantes relatam as diferenças e a implicação destas na sua vida, “*Sem mexer o braço e a perna não poderei fazer nada. Poderá impedir de arranjar emprego.*” (E11).

A consciencialização por parte da pessoa doente, por vezes, é difícil uma vez que há dificuldade na aceitação do seu estado de saúde. A negação da doença, da mudança e diferença pode ser uma estratégia de coping utilizada pela pessoa, que demonstra a dificuldade de aceitação da doença. Enquanto algumas pessoas adaptam-se mais facilmente à incapacidade, maximizando as potencialidades individuais e reorganizando a vida mediante as limitações percebidas, outras têm dificuldade na aceitação e adaptação à sua nova situação (Rabelo; Neri, 2006).

---

A adaptação à doença depende de fatores como a avaliação que a pessoa faz do agente stressor (doença), a eficácia do tipo de coping utilizado e os recursos disponíveis (Meleis et al., 2000).

A pessoa só poderá lidar com a situação depois de estar **consciente da mudança e diferença**, “... afetou muito psicologicamente, fiquei muito traumatizado das pernas. Mas tenho de me agarrar à vida...” (E2); “Já não sou o mesmo. Já não me sinto igual. Pode ser que venha a recuperar, mas agora nestes dias sinto-me diferente.” (E7). Só assim pode confrontar a situação, procurar informação e adaptar-se à nova situação, tal como refere o mesmo participante, “Espero que me ajudem a ficar mais autónomo possível. Quero aprender tudo o que seja importante para não depender dos outros. Vou fazer por isso” (E7).

Pelo contrário a **negação** da doença, dificulta a transição vivenciada. Por vezes, o doente nega a doença, dominando os sentimentos como estratégia para não se confrontar com o problema vivenciado, “Nada me preocupa. Vai correr daqui para a frente. No futuro, depois vê-se.” (E6). A apatia, a desmotivação, o medo de continuar dependente dificulta o processo de transição e como tal, por vezes, a pessoa doente rejeita encarar a realidade, evitando pensar na sua nova condição, tal como refere um participante, “Ainda não pensei bem nem quero pensar o que significa esta doença. Tenho medo de ficar sempre assim.” (E3)

Meleis et al. (2000) defendem que a ausência de consciencialização das mudanças não é sinónimo de não estar a iniciar a transição, contudo o Enfermeiro deve reconhecer antecipadamente a transição, para ajudar a pessoa a consciencializar a situação, ensinar estratégias de adaptação a essa situação para que se envolva no processo de reabilitação.

Lazarus e Folkman (1984) referem que a pessoa através do distanciamento; fuga-evitamento; autocontrolo; aceitação da responsabilidade; procura de apoio social e reavaliação positiva regula o seu estado emocional.

Gillen (2006) refere que após o AVC, a pessoa vê-se obrigada a criar mecanismos para conviver e adaptar-se à dependência imposta pela doença.

### 2.3 Condições da Transição

Segundo Meleis (2000), após uma doença há condições que facilitam ou dificultam a adaptação e transição. Estas condições classificam-se como pessoais, da comunidade e da sociedade.

As condições pessoais como os significados, as crenças culturais e atitudes, o estatuto socioeconómico, a preparação e conhecimento prévio podem ser facilitadores ou inibidores do processo de transição.

---

O significado que os doentes atribuem aos fatores de risco do AVC influenciam os sentimentos vivenciados durante a transição para a dependência. Os participantes com comportamentos de risco sentem-se culpados pela sua situação, *“Eu não gosto de tomar remédios e quando fiquei bem deixei de tomar. É um alerta que se calhar não acontecia. A minha maneira de ser falhou, se tomasse remédios se calhar não acontecia.”* (E2). O aparecimento do AVC, tanto pode ser fruto das escolhas do próprio sujeito, com fatores de risco modificáveis, como surgir inesperadamente, visto que há fatores de risco não controláveis.

O significado que as pessoas atribuem também à situação atual de dependência influencia o seu processo de recuperação. Pessoas dominadas por pensamentos e sentimentos negativos têm mais dificuldade na vivência da transição, *“Ainda não pensei bem, nem quero pensar o que significa esta doença. Tenho medo de ficar sempre assim.”* (E3).

Alguns estudos demonstraram que pessoas com estatuto socioeconómico mais baixo, estão mais suscetíveis a sintomas psicológicos e eventos que dificultam a transição (Uphold; Susman, 1981, citado por Meleis et al., 2000). No nosso estudo, os participantes em maior número apresentam baixo nível de escolaridade, apresentando dificuldades na adaptação à nova situação, *“Nada foi fácil. Custou tudo. Até estar aqui.”* (E4); *“Para mim nada foi fácil.”* (E5).

O conhecimento da doença e do que se espera após o AVC e, quais as dificuldades previstas influenciam o processo de transição do doente. Contudo, o aparecimento repentino de um AVC não permite a preparação prévia. As crenças culturais e a fé são um apego na adaptação do doente, fazendo acreditar na melhoria, *“Não queria sofrer, mas tenho fé que isto vai melhorar.”* (E12).

Das condições comunitárias fazem parte os recursos que uma comunidade garante para facilitar ou inibir o decorrer das transições. O apoio por parte de familiares ou amigos, as informações e suporte obtidos junto de profissionais de saúde facilitam o processo de transição. Pelo contrário, segundo Meleis et al. (2000) a falta de recursos, de ensinamentos, de apoio emocional, do planeamento organizado da alta dificultam o processo de transição.

Meleis e Schumacher (1994) consideram que o conhecimento do ambiente social no qual a pessoa está inserida permite aos Enfermeiros desenvolver intervenções terapêuticas adequadas ao grupo e comunidade.

As condições sociais que dificultam a transição segundo Meleis et al. (2000) são a marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos.

Meleis et al. (2000) referem que as características pessoais do indivíduo determinam a qualidade da resposta à necessidade de mudança. Contudo, a

transição da pessoa após o AVC e a dependência será favorecida se os Enfermeiros, profissionais de saúde que estão constantemente em contacto com o doente e família, auxiliarem-nos na adaptação à doença e à dependência e assistirem-nos na integração no hospital. A família também tem de ser incorporada no alvo terapêutico, pois são o pilar da transição saudável do doente após o AVC.

Os participantes descrevem os acontecimentos que facilitam e inibem este processo de transição.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Acontecimentos facilitadores da transição</b>	Boa relação com os Enfermeiros	<i>“O mais fácil é ter Enfermeiros espectaculares, atenciosos, amigos, têm maneiras, nem tenho palavras para descrever.” (E2)</i>
	Melhoria clínica	<i>“O mais fácil é ver-me a recuperar.” (E1) “O mais fácil é estar a ficar melhor.” (E9)</i>
	Visita dos familiares ao hospital	<i>“Momentos fáceis (...) só quando tenho os filhos à minha beira.” (E7) “Fácil é a companhia e apoio que me dá a minha esposa.” (E13)</i>
	Presença de todos os recursos	<i>“O mais fácil até agora é não sentir falta de nada, temos tudo (...) gosto das Enfermeiras e das empregadas.” (E3).</i>
<b>Acontecimentos inibidores da transição</b>	Afastamento do domicílio	<i>“O mais difícil é estar fora de casa, estar sem o meu marido e os meus netos que tomo conta.” (E1)</i>
	Limite psicológico	<i>“O mais difícil é estar aqui preso.” (E2) “Difícil é estar preso no hospital. Gosto de sair.” (E11)</i>
	Falta de apetite	<i>“O que acho que tem dificultado é não ter apetite nenhum.” (E5)</i>
	Limitações resultantes do AVC	<i>“O mais difícil é o desequilíbrio ao andar, as tonturas. Esta mão que não tenho força. Vejo mal desta vista.” (E4)</i>
	Dificuldades de adaptação do doente face à nova situação	<i>“Nada foi fácil. Custou tudo. Até estar aqui.” (E4) “Para mim nada foi fácil.” (E5)</i>
	Dificuldades de adaptação dos familiares	<i>“O mais difícil é ver a minha família a chorar por mim, tristes.” (E9)</i>

Quadro 12: Condições da transição

As condições comunitárias facilitadoras que os participantes descrevem são a boa relação com os Enfermeiros, a presença de todos os recursos e o apoio dos familiares através das visitas hospitalares. A nível das condições pessoais, o significado atribuído ao sentido da transição através da melhoria clínica dá também motivação aos entrevistados.

A **boa relação com os Enfermeiros** é elogiada pelos doentes, *“O mais fácil é ter Enfermeiros espectaculares, atenciosos, amigos, têm maneiras, nem tenho palavras para descrever.” (E2); “Fácil é (...) a ajuda das enfermeiras.” (E13).* Santos

---

(2000) no seu estudo considerou a comunicação/relação Enfermeiro/doente como fator facilitador da recuperação da saúde da pessoa doente.

Ryan (2005) afirma que na relação que estabelecem com os Enfermeiros, os doentes colocam elevada expectativa, esperam humanidade, apreciam a honestidade na informação, uma relação de confiança e compreensão mútua.

A **presença de todos os recursos**, materiais, mas sobretudo humanos, não sentir falta de nada, aquando do internamento, é referido como facilitador deste processo de transição, *“O mais fácil até agora é não sentir falta de nada, temos tudo (...) gosto das Enfermeiras e das empregadas.”* (E3).

As **visitas dos familiares ao hospital** têm um papel importante no apoio psicológico e afetivo dos doentes internados, *“Momentos fáceis (...) só quando tenho os filhos à minha beira.”* (E7); *“O mais fácil é poder ter visto o meu marido aqui.”* (E10); *“Fácil é a companhia e apoio que me dá a minha esposa.”* (E13). DGS (2000) corrobora da importância das visitas hospitalares, referindo que o acompanhamento familiar pode ser um contributo valioso na preparação da alta do doente e, conseqüentemente, na continuidade dos cuidados, essencialmente quando se trata de doentes com doença crónica. Martins (2002) confirma que 66,7% dos doentes é visitado por familiares diretos, principalmente por filhos e cônjuges.

O significado que o doente atribui à **melhoria clínica** é impulsionadora da motivação e recuperação do doente, facilitando a gestão da doença e dependência, *“O mais fácil é ver-me a recuperar.”* (E1); *“O mais fácil é estar a ficar melhor.”* (E9). Reconhecer pequenos ganhos dá confiança e motivação ao doente para continuar a participar na sua recuperação (Seale; Berges; Ottenbacker; Ostir, 2010). A pessoa quando depara com o seu progresso aumenta os níveis de emoção positiva e enfraquece os efeitos do stresse e emoções negativas que, frequentemente ocorrem logo após o AVC permitindo que continue a reabilitação (Fredrickson, Mancuso, Branigan, Tugade, 2000).

O afastamento do domicílio, o limite psicológico, a falta de apetite, as limitações resultantes do AVC e as dificuldades de adaptação do doente são referidos pelos participantes como **acontecimentos inibidores da transição**. O significado que o doente lhes atribui influencia o processo de transição.

As dificuldades de adaptação dos familiares à doença e dependência são referidas também pelos participantes como condições comunitárias dificultadoras da transição.

Segundo Oliveira et al. (2012), as normas e as regras do hospital podem isolar a pessoa do seu ambiente confortável, ou seja, da sua casa, bem como dos

---

seus familiares. **O afastamento do domicílio** é referido como perturbador para os participantes, “*O mais difícil é estar fora de casa, estar sem o meu marido e os meus netos que tomo conta.*” (E1). Costa (2002) confirma que nos internamentos hospitalares, os doentes são sujeitos ao isolamento em relação ao mundo que os rodeia. A inatividade e **o limite psicológico** perturbam-os, “*O mais difícil é estar aqui preso.*” (E2); “*Difícil é estar preso no hospital. Gosto de sair.*” (E11); “*Difícil foi entrar aqui, entrar no hospital para mim é um obstáculo, estou habituado a mexer-me e aqui estou preso.*” (E13).

A **perda de apetite** é um dos sinais de depressão após AVC. O doente afastado do seu mundo fora do hospital perde o apetite, e o significado que o doente atribui a essa falta de apetite é relatada como uma das dificuldades de um dos participante, “*O que acho que tem dificultado é não ter apetite nenhum.*” (E5).

O significado que os participantes atribuem às **limitações resultantes do AVC** são também vistas com dificuldades, “*O mais difícil é o desequilíbrio ao andar, as tonturas. Esta mão que não tenho força. Vejo mal desta vista.*” (E4); “*Difícil é não conseguir comer e ter de urinar na aparadeira.*” (E8). As incapacidades são difíceis de aceitar e as dificuldades que provocam nas tarefas importantes são complicadas para o doente.

As **dificuldades de adaptação do doente face à nova situação** são vincadas pelos participantes, “*O AVC é muito complicado. Os doentes têm de ter muita força de vontade. Temos de viver um dia de cada vez.*” (E1); “*Nada foi fácil. Custou tudo. Até estar aqui.*” (E4); “*Para mim nada foi fácil.*” (E5); “*Momentos mais fáceis (...) Nada.*” (E8). O significado que os doentes atribuem às dificuldades de adaptação perturba-os. A adaptação à nova condição de dependência foi muito difícil para os participantes.

Para além das condições pessoais dificultadoras deste processo de transição, os participantes relatam como inibidoras deste processo as dificuldades de adaptação dos familiares face à nova situação.

As **dificuldades de adaptação dos familiares** à transição inquietam os doentes, “*O mais difícil é ver a minha família a chorar por mim, tristes.*” (E9). Moreira (2001) confirma que numa família, quando uma pessoa sofre um AVC, toda a dinâmica familiar é alterada pelo grau de dependência que geralmente esta doença acarreta. Durante a fase de adaptação ao AVC, as limitações resultantes da doença geram uma crise não só para a pessoa doente, mas também para sua família (Mendonça; Garanhan; Martins, 2008).

Deste modo deve ser preocupação dos Enfermeiros o apoio aos doentes e família neste processo de transição.

## 2.4 Preocupações

A dependência após o AVC faz com que o doente repense na sua vida, nas suas preocupações pessoais e familiares, envolvendo-se no processo de recuperação.

A ansiedade em relação ao momento presente da doença e a incerteza do futuro gera medos e preocupações aos doentes. Menoita (2012) refere que é preciso ser recetivo às palavras das pessoas, dando-lhe liberdade de se ouvir a si mesma, deixando-a expressar as suas preocupações após o AVC, quer as preocupações consigo próprio, quer as preocupações a nível familiar.

Categories	Subcategorias	Unidades de Registo
<b>Preocupações pessoais</b>	Repetição do AVC	"O que me preocupa com esta doença é ter medo que me volte a dar..." (E3)
	Dependência nas AVD	"O que mais me preocupa são as lidas da casa: fazer comer, as limpezas, tratar do terreno. Não sei o que será o futuro." (E11)
	Não andar	"A minha saúde só me preocupa em poder mexer-me e andar (...) Tenho receio de não poder andar." (E8)
	Afastamento laboral	"O que mais me preocupa é o trabalho. Assim não posso voltar. Ando mal e não se percebe tudo o que falo. Fico triste querer falar e não conseguir. Mas eu vou voltar a falar bem e irei." (E9)
<b>Preocupações familiares</b>	Afastamento familiar	"O que me preocupa é a minha mulher estar sozinha em casa. Ela lá e eu aqui. Estar um em cada lado." (E5)
	Solidão do cônjuge	"Agora sinto-me triste, só. Estou cá só, o meu marido lá em casa sozinho. Eu estou com força para recuperar para ir para a beira dele." (E1)
	Sustentabilidade da família	"A minha maior preocupação é conseguir pagar as minhas coisas, tenho as prestações do carro para pagar." (E13)
	Papel de prestador de cuidados à criança	"Sinto que vou melhorar para poder criar o meu neto de 14 anos, que é muito meu amigo (...) Minha preocupação é ele, o meu neto (...) Só peço a Deus que me deixe criar o meu neto." (E3)
	Papel terapêutico	"Difícil vai ser cuidar do meu marido." (E12)
	Papel de dona de casa	"O que mais me preocupa são as lidas da casa: fazer comer, as limpezas, tratar do terreno." (E11)

Quadro 13: Preocupações

As **preocupações pessoais** que os participantes relatam são diversas. Referem medo de **repetição do AVC**, "O que me preocupa com esta doença é ter medo que me volte a dar, que fique assim sem poder fazer as minhas coisas." (E3); "Preocupa-me tudo em relação à minha saúde, já não sou a pessoa que era. Daqui para a frente terei muitas mais dificuldades. Isto pode repetir, podem aparecer outras coisas piores." (E4). Shah e Gondek (2000) confirmam que o risco de recorrência de AVC é entre 15% a 30% em cinco anos.

---

O medo da **dependência nas AVD** inquieta os doentes após AVC, *“Esta doença modificou muito a minha vida, minha forma de ser. Quero fazer as minhas coisas, minhas lidas e não posso.”* (E3); *“Não consigo tomar banho, isso preocupa-me.”* (E5); *“O que mais me preocupa são as lidas da casa: fazer comer, as limpezas, tratar do terreno. Não sei o que será o futuro.”* (E11). Nicol e Thrift (2005) narram que os sobreviventes após um episódio de AVC, aproximadamente, 51% ficam incapacitados para algumas AVD.

Outra grande preocupação que expressam é o **não andar**, *“Vai ser difícil pôr-me a andar em condições para eu ir embora. Isso vai ser o mais difícil (...) Se não for a andar bem, não sei como vai ser.”* (E5); *“A minha saúde só me preocupa em poder mexer-me e andar (...) Tenho receio de não poder andar.”* (E8), o que vai de encontro ao que Ramas (2007) refere, que a maior preocupação dos doentes após AVC e seus cuidadores é voltar a andar.

O **afastamento laboral** é uma grande preocupação para os doentes, *“O que mais me preocupa é o trabalho. Assim não posso voltar. Ando mal e não se percebe tudo o que falo. Fico triste querer falar e não conseguir. Mas eu vou voltar a falar bem e irei.”* (E9). Vestling, Tufvesson e Iwarsson (2003) referem que as vítimas de AVC são afetadas de tal forma que as suas atividades ficam limitadas, impossibilitando o doente de voltar ao trabalho, o que determina forte declínio no bem-estar global, dada a importância do trabalho não só para a sobrevivência mas também para o autoconceito, o estatuto social e as relações sociais.

Para além das implicações do AVC e da dependência no doente, a família também fica lesada com esta situação, inquietando o doente. Caldas (2003) cita que quando um membro da família desencadeia um processo de dependência, altera toda a dinâmica familiar, resultando em mudanças de papéis e das relações de poder, reinstituindo novas relações de intimidade e reprodução do grupo familiar.

O afastamento da família, dos vários papéis que o doente não desempenha devido à hospitalização e à dependência e, as dificuldades financeiras angustiam os participantes. Este assumir de papéis de outra pessoa pode provocar uma tensão no familiar e na família, que em alguns casos leva ao chamado conflito no papel (Hanson, 2005).

O doente preocupa-se com o **afastamento familiar**, sentindo falta da companhia destes, *“O mais difícil é estar aqui, ver minha filha e meu neto a vir cá e não poder estar em casa à beira deles.”* (E3); *“O que me preocupa é a minha mulher estar sozinha em casa. Ela lá e eu aqui. Estar um em cada lado.”* (E5). Especificamente a **solidão do cônjuge** preocupa um participante, *“Agora sinto-me triste, só. Estou cá só, o meu marido lá em casa sozinho...”* (E1).

---

A **sustentabilidade da família** preocupa o doente e sua família. A dependência causada pelo AVC dificulta a acessibilidade para encontrar emprego e atrasa o regresso a quem trabalha, agravando a situação financeira da família. *“Nem eu nem meu homem trabalhamos. O fundo de desemprego dele já acabou. Assim como estou, não arranjurei emprego, vou ver se continuo a trabalhar no quintal (...) Não sei como vai ser”* (E6); *“A minha maior preocupação é conseguir pagar as minhas coisas, tenho as prestações do carro para pagar.”* (E13).

Hanson (2005) descreve oito papéis a desempenhar pelos adultos num sistema familiar: provedor, dona de casa, prestador de cuidados à criança, socialização, parceiro sexual, terapeuta, organizador de atividades recreativas e papel de parente. Após o AVC são vários os papéis familiares que devido à condição de doença e à hospitalização não são exercidos pelos doentes, inquietando-os.

O **papel de prestador de cuidados à criança** é referido como preocupação de um participante, *“Sinto que vou melhorar para poder criar o meu neto de 14 anos, que é muito meu amigo (...) Minha preocupação é ele, o meu neto (...) Só peço a Deus que me deixe criar o meu neto.”* (E3). Este papel segundo Hanson (2005) abrange o cuidar dos filhos e netos para satisfação das necessidades humanas básicas, de segurança e diversão, pois as crianças precisam de cuidados de proteção até chegarem à fase em que são capazes de sobreviver por si próprias, o que após a dependência por AVC fica comprometido.

O **papel terapêutico** é outro papel que fica prejudicado após o AVC. Antes da doença e dependência, dois participantes tinham como função na família cuidar do marido dependente. Agora com a dependência do próprio doente preocupa-os esse papel, *“O que mais me aflige é o meu homem, ele precisar de mim e eu não estar à beira dele. Ele anda de muletas, precisa muito da minha ajuda (...) O que mais tenho medo é ficar eu e ele em cadeira de rodas.”* (E10); *“Difícil vai ser cuidar do meu marido.”* (E12). O papel terapêutico envolve ajudas como a partilha de preocupações, vontade de escutar os outros, envolvimento ativo na resolução de problemas e apoio emocional e atividades que promovam a saúde e previnam a doença e de reabilitação aquando da doença.

O **papel de dona de casa** está relacionado com todo o tipo de tarefas domésticas. Este afastamento também preocupa os participantes, *“...o meu marido lá em casa sozinho, ele foi operado à anca, não sabe das lidas da casa, não tem força nem jeito, eu é que fazia.”* (E1); *“O que mais me preocupa são as lidas da casa: fazer comer, as limpezas, tratar do terreno.”* (E11).

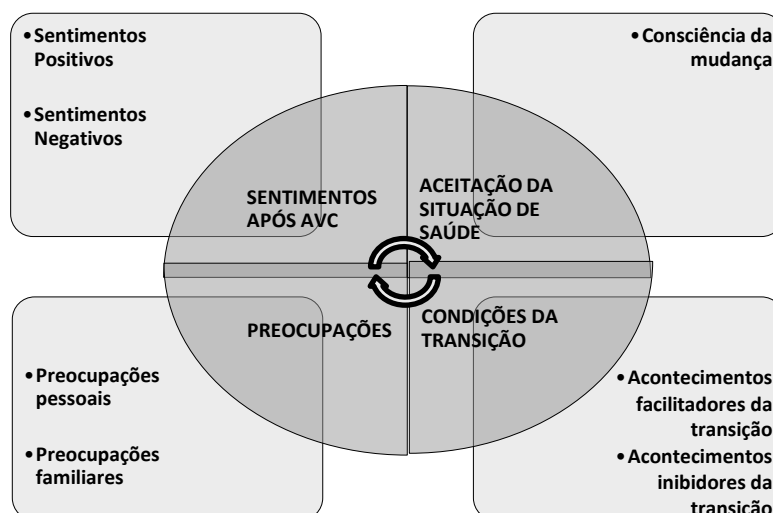


Figura 5: Adaptação à situação de doença e dependência

**Em síntese**, os participantes descrevem de modo singular como se dá a adaptação à situação de doença e dependência após AVC. Os doentes narram os sentimentos vivenciados, que vão desde tristeza, desânimo, depressão, revolta, culpa, remorsos, trauma e obstáculo, sofrimento, medo e receio das consequências da doença e dependência, solidão, vergonha pelas manifestações da doença e sobrecarga para os familiares.

Ao mesmo tempo que vivenciam de modo negativo a doença e dependência sentem força de vontade, motivação e coragem para recuperar, têm fé e esperança que irão recuperar. Pelo discurso dos doentes, é possível identificarmos se estão conscientes da mudança e diferença. Enquanto uns aceitam, outros negam a situação de doença e dependência. Relatam também os acontecimentos facilitadores do processo de transição, tais como a boa relação com os Enfermeiros, a melhoria clínica observada, a visita dos familiares ao hospital, assim como não sentir falta de nenhum recurso aquando da hospitalização.

Os acontecimentos que referem ser inibidores deste processo de transição são o afastamento do domicílio, a sensação de limite psicológico, a falta de apetite, as limitações resultantes do AVC e as dificuldades de adaptação do doente e dos familiares face à nova situação. Os doentes referem também as preocupações decorrentes da doença e da situação de dependência, narrando como preocupações pessoais o receio de repetição do AVC, a dependência nas AVD, o não andar e o afastamento laboral. Como preocupações familiares relatam o afastamento familiar, a solidão do cônjuge, a sustentabilidade da família e o afastamento de vários papéis na família como o papel de prestador de cuidados à criança, o papel terapêutico e o papel de dona de casa.

---

### 3. Integração no Hospital

Ao ser internada, a pessoa vê-se fora da sua zona de conforto, está afastada dos papéis pessoais, sociais, laborais e familiares. Este afastamento gera habitualmente medo, insegurança e ansiedade. A hospitalização pode desencadear na pessoa sentimentos negativos, como insatisfação e ansiedade, pois ao deparar-se com a doença e dependência, vê-se impedida de desempenhar as suas AVD e, concomitantemente, a distância do convívio familiar e o facto de ter que permanecer, mesmo que temporariamente, num ambiente com normas e rotinas ao qual não está habituado agudizam esta situação (Oliveira; Guirardello, 2006).

De acordo com Serra (2005), para além do medo da doença e do impacto desta na vida da pessoa, o ambiente impessoal e institucional do hospital, como a falta de privacidade e novos procedimentos, contribui para a instalação de sentimentos de deslocação e desespero.

Amaral (2002), citado por Serra (2005, p.70) refere que *“A hospitalização é geralmente encarada como uma ameaça, momento de incerteza sobre o tratamento, dor, desconforto associado ao facto de estar longe de casa, perda de controlo sobre as suas funções do dia-a-dia, perda de privacidade e dependência”*.

Moniz (2003) descreve a vivência da hospitalização de diferentes formas, de acordo com a capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde e de doença, entre outros.

Quando as pessoas chegam ao hospital deparam-se com um conjunto de diferenças efetivas entre o seu ambiente domiciliar e o hospital, tem regras, o que leva a que as pessoas tenham que se adaptar e os profissionais de saúde têm de estar atentos a este processo de transição.

As transições, segundo Meleis et al. (2000) são processos que se desenvolvem ao longo do tempo, variam de pessoa para pessoa, pelo que é necessário a existência de indicadores, quer de processo, quer de resultado que demonstrem como as transições estão a suceder. Os profissionais de saúde devem estar atentos a estes indicadores para se necessário reformularem as suas intervenções.

Os indicadores de processo incluem: sentir-se e estar ligado, interação, localizar-se e estar situado e desenvolver confiança e coping (Meleis et al., 2000). De acordo com os mesmos autores, sentir-se envolvido implica uma ligação responsável do indivíduo com a mudança e com as pessoas que o ajudam a mudar; a interação possibilita clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições, pois é através dela que todo o ser humano aprende e evoluiu; sentir-se

situado, por sua vez, é uma característica das transições através da criação de novos significados e percepções, possibilitando que o indivíduo deixe de estar ligado ao passado e enfrente os novos desafios presentes; e desenvolver confiança e coping manifesta-se ao nível da utilização dos recursos disponíveis e do desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas. Essas estratégias demonstram conhecimento da situação, maior adaptabilidade aos eventos críticos e uma sabedoria resultante da experiência.

Por este motivo, conhecer a percepção do doente sobre os cuidados de saúde recebidos tem sido uma preocupação dos pesquisadores e profissionais de saúde, pois indicam como estão a vivenciar este momento de transição (Oliveira; Guirardello, 2006). Para a compreensão do problema, neste capítulo iremos percorrer os discursos dos participantes que analisamos e identificamos as áreas temáticas: percepção da equipa de saúde e dos cuidados de saúde.

### 3.1 Percepção da Equipa de Saúde

Os profissionais de saúde são um pilar fundamental no processo de transição para a situação de doença e dependência após AVC e integração no hospital. Através da relação de ajuda facilitam o processo de transição do doente e família. Os doentes identificam a constituição da equipa multidisciplinar que os cuida e valorizam o seu papel no seu processo de reabilitação.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Constituição da equipa multidisciplinar</b>	Médicos	<i>"Dou-me bem com todos, são impecáveis, Médicos, Enfermeiros e Auxiliares."</i> (E7)
	Enfermeiros	<i>"Gosto muito de toda a equipa. São muito atenciosos, muito boas pessoas. Os Enfermeiros ajudam-me a andar."</i> (E1)
	Enfermeiros de Reabilitação	<i>"Gosto muito da Enfermeira que me põe a brincar com os cones."</i> (E3) <i>"A Enfermeira que me faz os exercícios (...) estive hoje comigo a andar no corredor."</i> (E9)
	Auxiliares	<i>"Eles, profissionais, estão a atuar bem, Médicos, Enfermeiros e Auxiliares."</i> (E2)
<b>Relação Profissional</b>	Incentivo	<i>"Eles esperam que eu comece a andar e a mexer-me para voltar a fazer tudo sozinho. Dão-me força."</i> (E11)
	Disponibilidade	<i>"Eles vêm todos os dias o que eu preciso."</i> (E4)
	Amizade	<i>"A Enfermeira que me faz os exercícios e a médica estiveram hoje comigo a andar no corredor. São muito, muito amigos de nós. Sempre de noite e tudo."</i> (E9)
	Afeto	<i>"Falam para nós com carinho..."</i> (E3)
	Companheirismo/ Parceria	<i>Noto neles quando estou no corredor a andar, a alegria que têm."</i> (E3)
	Esperança	<i>"Eu acho que os profissionais esperam que cada dia que passe eu melhore. Dão-me esperança."</i> (E9)

Quadro 14: Percepção da equipa de saúde

---

Stroke Unit Trialists' Collaboration (2007) defende que uma Unidade de AVC dispõe de uma equipa multidisciplinar que cuida de doentes com AVC. Os participantes identificam a **constituição da equipa multidisciplinar: Médicos; Enfermeiros e Auxiliares**, *“Eles, profissionais, estão a atuar bem, Médicos, Enfermeiros e Auxiliares.”* (E2); *“Dou-me bem com todos, são impecáveis, Médicos, Enfermeiros e Auxiliares.”* (E7); *“A Enfermeira que me faz os exercícios e a médica estiveram hoje comigo a andar no corredor.”* (E9). Langhorne e Pollock (2002) confirmam que as disciplinas fundamentais da equipa da Unidade de AVC são a Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Serviço Social.

Os participantes, dentro da equipa multidisciplinar dão especial atenção ao papel dos **Enfermeiros**, *“Os Enfermeiros ajudam-me a andar”* (E1); *“O mais fácil é ter Enfermeiros espetaculares, atenciosos, amigos, têm maneiras, nem tenho palavras para descrever.”* (E2); *“Aqui são bons os Enfermeiros, atenciosos, carinhosos.”* (E5), e ao papel dos **Enfermeiros de Reabilitação**, *“A enfermeira que me faz os exercícios não é sempre a mesma, mas são todas espectaculares, não tenho palavras.”* (E2); *“Gosto muito da Enfermeira que me põe a brincar com os cones.”* (E3); *“As enfermeiras ajudam-me como tomar banho sozinho, uma anda comigo no corredor...”* (E4); *“A Enfermeira que me faz os exercícios (...) esteve hoje comigo a andar no corredor.”* (E9); *“A Enfermeira que anda comigo no corredor é boa pessoa, gosto dela. Gosto que me ajude a andar, a comer e a tomar banho.”* (E12). Os participantes referem que o Enfermeiro de Reabilitação promove o ensino e treino de competências, como os autocuidados, a deambulação, a mobilidade, o equilíbrio e a sensibilidade, de modo a maximizar as capacidades da pessoa e em busca da sua independência, contudo, apesar de os identificar, não os diferencia dos restantes Enfermeiros.

A OE (2010) valoriza o papel dos Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, referindo que o seu nível elevado de conhecimentos e experiência permite ajudar as pessoas em processos de transição, ensinando e treinando estratégias adaptativas com vista o autocontrolo e autocuidado. Para além disso, define as suas competências referindo que o Enfermeiro *“... capacita a pessoa com deficiência/limitação da actividade e/ ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”* (Outubro de 2010, p.2).

O Enfermeiro é o elemento da equipa que mantém uma relação mais próxima com o doente, por permanecer nas Unidades de cuidados durante mais tempo, e também porque que presta cuidados mais diretos. Geralmente, pela

---

permanência constante é quem conhece melhor o doente, a sua família, a sua condição socioeconómica, detetando mais facilmente as necessidades do doente e família e a forma de lhes dar a resposta mais adequada. Hesbeen (2000) confirma que os Enfermeiros têm a oportunidade de oferecer serenidade à pessoa cuidada e aos que lhe são próximos, a partir de uma multiplicidade de “pequenas coisas”.

Para além da constituição da equipa multidisciplinar, os participantes descrevem a relação desenvolvida com os profissionais de saúde, recordemos Phaneuf (2005) que diz que a presença, disponibilidade e atenção permite ao doente exprimir-se.

Os participantes confirmam a importância do **incentivo** fornecido pelos profissionais, “*Com os Médicos e Enfermeiros tenho excelente relação (...) Os profissionais esperam que eu reaja bem. Dão-me força para eu recuperar facilmente...*” (E2); “*Eles esperam que eu comece a andar e a mexer-me para voltar a fazer tudo sozinho. Dão-me força.*” (E11), e da **disponibilidade**, “*Eles vêm todos os dias o que eu preciso.*” (E4); “*Sinto muito bem, são todos muito boas pessoas. São todos muito bons, os Enfermeiros vêm-me virar a meio da noite e vêm cá a qualquer hora que se pede.*” (E10); “*Eles vêm logo que eu preciso, são muito amigos.*” (E13).

Hesbeen (2001) aprecia os laços de confiança na prestação de cuidados, referindo que só dessa forma é que há encontro entre alguém que cuida e alguém que é cuidado. A relação de incentivo, de interação e ligação com os profissionais de saúde dá confiança e **esperança** aos doentes, “*Eu acho que os profissionais esperam que cada dia que passe eu melhore. Dão-me esperança.*” (E9).

Pacheco (2004) enfatiza a importância da relação de proximidade e de ajuda, caracterizada pela abertura, pela compreensão e pela confiança nos cuidados de saúde. Através da interação, os Enfermeiros identificam os sentimentos vivenciados pelo doente e compreendem as suas dificuldades e necessidades. O **companheirismo e parceria**, o sentir-se ligado aos profissionais de saúde são enaltecidos pelos doentes, “*Noto neles quando estou no corredor a andar, a alegria que têm.*” (E3), fazendo com que se sintam mais confiantes.

Através da interação, os Enfermeiros identificam os sentimentos vivenciados pelo doente e compreendem as suas dificuldades e necessidades, tal como refere um participante, “*Eles vêm todos os dias o que eu preciso.*” (E4), pelo que é oportuno lembrar Lazure (1994) que refere que a escuta e a empatia permitem ao Enfermeiro compreender a pessoa, ajudar a identificar as suas necessidades e a elaborar um plano terapêutico com a mesma.

---

Para Phaneuf (2005, p. 330) “...a relação de ajuda é uma relação de igual para igual, em que o Enfermeiro não assume um papel de poder superior ao da pessoa...”. Assim, ao encarnar a situação de doença e dependência, os Enfermeiros podem ajudar os doentes, agindo de acordo com o que estes sentiram ser essencial para amenizar a sua própria experiência.

Esta criação de laços é relatada pelos doentes, com sentimentos de **amizade**, “A Enfermeira que me faz os exercícios e a médica estiveram hoje comigo a andar no corredor. São muito, muito amigos de nós. Sempre de noite e tudo.” (E9); “... Enfermeiras e Auxiliares, são todas minhas amigas. Tenho boa relação com todos os profissionais, não tenho queixa de ninguém.” (E6) e de **afeto**, “Falam para nós com carinho...” (E3); “Aqui são bons os Enfermeiros, atenciosos, carinhosos. Tenho boa relação com toda a equipa.” (E5); “A enfermeira foi muito meiga.” (E8). Recordemos o que Vuori (1982) refere que a tarefa primordial dos serviços de saúde não envolve exclusivamente a ideia tradicional de cura, conjuga, antes, cuidados como tranquilizar, aliviar, confortar e lidar com situações em que a vida pode correr riscos. Johansson, Olén e Fridlung (2002) acrescentam que os doentes têm expectativas que o Enfermeiro seja o seu parceiro e conselheiro, que tenha uma atitude empática e competências de comunicação, assim como seja capaz de providenciar a informação necessária, enquanto os orienta sob o ponto de vista emocional e físico durante a estadia no hospital.

### 3.2 Perceção dos Cuidados de Saúde

Qualquer pessoa cria expectativas, que deseja ver satisfeitas na aquisição de um produto ou serviço, independentemente da área a que pertença. Na área da saúde acontece precisamente o mesmo, ou seja, o doente tem também necessidades e expectativas, cabendo aos profissionais de saúde a satisfação destas (Rodrigues, 2009), pelo que num olhar sobre a perceção dos cuidados de saúde foram identificadas as expectativas e a satisfação no discurso dos participantes.

O Enfermeiro ao perceber as expectativas da pessoa doente em relação aos cuidados de saúde, visa essencialmente ajudar a pessoa a ultrapassar a situação de crise, perceber as suas necessidades, solucionar a situação atual ou potencialmente problemática, encontrando um funcionamento pessoal mais satisfatório e um sentido para a sua existência (Lazure, 1994).

Segundo Hesbeen (2000), o Enfermeiro deve procurar o encontro com a pessoa para criar laços de confiança com ela, mostrar a sua ajuda e apoio, questionar a sua singularidade, identificar as suas expectativas, os seus recursos e

procurar com ela a via que faça sentido na sua situação e para o seu projeto de vida.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Expectativa dos cuidados de saúde</b>	Competência profissional para melhoria clínica	<i>“Espero que façam o melhor possível dentro das suas capacidades, para eu melhorar...” (E2)</i>
	Aprender estratégias para recuperar a deambulação	<i>“Eu queria que eles pusessem a dar umas passadinhas (...) O meu maior desejo é eu poder andar.” (E8)</i>
	Aprender estratégias para não ser sobrecarga para outros	<i>“Espero que me ajudem a ficar mais autónomo possível. Quero aprender tudo o que seja importante para não depender dos outros. Vou fazer por isso.” (E7)</i>
	Aprender estratégias para autocuidados	<i>“Quero (...) aprender a tomar banho sozinha.” (E1) “Tenho vontade que (...) me ensinem e ajudem a tomar banho, comer...” (E6) “O meu maior desejo é eu poder andar. Para que eu quando estiver em casa, pelo menos poder ir à casa de banho e tratar de mim.” (E8)</i>
	Ter acesso a cuidados de reabilitação	<i>“Quero fazer ginástica.” (E1) “Espero que trabalhem bem para eu mexer esta perna e braço, que me façam exercícios para recuperar.” (E11)</i>
	Obter apoio psicológico	<i>“Espero (...) que me deiam apoio moral e espiritual.” (E2)</i>
<b>Satisfação dos cuidados</b>	Recursos humanos	<i>“Gosto de toda a equipa. Dou-me bem com todos, são impecáveis, Médicos, Enfermeiros e Auxiliares.” (E7)</i>
	Recursos materiais	<i>“O mais fácil até agora é não sentir falta de nada.” (E3).</i>

Quadro 15: Perceção dos cuidados de saúde

A pessoa doente aquando da hospitalização tem várias **expectativas dos cuidados de saúde** e apesar da sua individualidade, de modo geral referem a expectativa de **aprender estratégias para recuperar a deambulação**. Os participantes relatam que *“Os Enfermeiros ajudam-me a andar (...) Quero aprender a voltar a andar, ver se fico melhor das pernas, me equilíbrio sem cair.” (E1)*; *“Tenho vontade que me ponham a andar...” (E6)*; *“Eu queria que eles pusessem a dar umas passadinhas (...) O meu maior desejo é eu poder andar.” (E8)*. Ramas (2007) confirma que a maior preocupação dos doentes após AVC é voltar a andar, pois a marcha promove independência e tem um impacto direto no tempo de internamento e de retorno à vida social e ao trabalho.

Para além da vontade de aprender estratégias para recuperar a marcha, os doentes esperam **aprender estratégias para não ser sobrecarga para outros**, sendo este um grande receio dos doentes, *“Espero que me ensinem tudo para*

---

*voltar para casa e não dar trabalho a ninguém.” (E1); “Espero que me ajudem a ficar mais autónomo possível. Quero aprender tudo o que seja importante para não depender dos outros. Vou fazer por isso.” (E7). Paúl (1997) compreende este sentimento de fardo, referindo que cuidar de alguém é uma tarefa que acarreta custos físicos e afetivos para quem a leva a cabo. As pesquisas que exploram a sobrecarga em familiares cuidadores de pessoas com AVC relatam que a mesma causa riscos de rutura da integridade familiar e da qualidade de vida, tanto na perspetiva do doente como do familiar (Anderson; Linto; Stewart-Wynne, 1995).*

Os doentes esperam também **aprender estratégias adaptativas para os autocuidados**, quer no autocuidado: higiene, *“Quero (...) aprender a tomar banho sozinha.” (E1)*, no autocuidado: ir ao sanitário, *“O meu maior desejo é eu poder andar. Para que eu quando estiver em casa, pelo menos poder ir à casa de banho e tratar de mim.” (E8)* e no autocuidado: comer, *“Tenho vontade que me (...) ensinem e ajudem (...) comer (...)” (E6)*. Menoita (2012) confirma que a execução dos autocuidados é determinante para a independência da pessoa e, após o AVC os autocuidados ficam afetados, tendo o Enfermeiro de Reabilitação um papel fulcral ao desenvolver atividades com o doente para promover a sua independência. A OE (2010) refere que os Enfermeiros de Reabilitação ao ensinarem, instruírem e treinarem estratégias adaptativas com vista à promoção do autocuidado, vão de encontro às necessidades da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida.

Ostwald, Swank e Khan (2008) acrescentam que a recuperação da pessoa após AVC é um processo complexo de adaptação aos défices, à dependência nos autocuidados e à perda de autonomia e, os Enfermeiros devem ajudar os sobreviventes de AVC e suas famílias a lidar com as incapacidades.

Os doentes esperam **ter acesso a cuidados de reabilitação**, de modo a voltarem à sua independência, *“Quero fazer ginástica.” (E1); “Espero que trabalhem bem para eu mexer esta perna e braço, que me façam exercícios para recuperar.” (E11)*. Muitos sobreviventes após o AVC exigem reabilitação e apoio contínuo na comunidade de modo a readquirir a marcha, a independência funcional e a reintegração na comunidade sociofamiliar (National Stroke Foundation, 2005). Os Enfermeiros de Reabilitação ao maximizarem a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa, fazem com que esta recupere a sua independência (OE, 2010).

Para Hesbeen (2001) a reabilitação intervém para maximizar não só a funcionalidade, mas também a independência emocional e social, tal como os participantes referem que para além do apoio físico, esperam obter apoio

---

psicológico por parte dos profissionais de saúde, *“Espero (...) que me deixam apoio moral e espiritual.”* (E2).

Honoré (2002) refere que a saúde está no centro da vida, que é fundamental para a existência humana e que está ligada à felicidade e autonomia e, quando se perde, perde-se a felicidade, caminha-se para o sofrimento e perde-se uma vida livre. Deste modo, o apoio psicológico e espiritual permite aos doentes encontrarem um equilíbrio e um significado para a vida. SIGN (2002) reconhecendo as alterações psicológicas e emocionais que ocorrem após AVC, recomenda a integração do psicólogo na equipa de apoio ao doente após AVC, de modo a avaliar e intervir na modificação de comportamentos que estejam a interferir no bem-estar da pessoa doente e de quem a rodeia.

Acima de tudo, os doentes esperam e confiam na competência profissional para a melhoria clínica, *“Espero que façam o melhor possível dentro das suas capacidades, para eu melhorar...”* (E2); *“Espero que os profissionais façam o melhor que podem, para eu melhorar.”* (E10).

Para além das expectativas, a satisfação dos cuidados merece um grande destaque. A ideia de satisfação do doente tornou-se um objetivo nos cuidados de saúde e não apenas um meio de produzir a adesão do doente ao tratamento (Pereira; Araújo-Soares; McIntyre, 2001).

A OE (2001) menciona os elementos importantes da satisfação dos doentes relacionada com a prestação de cuidados de Enfermagem, entre outros o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do doente; a procura constante na empatia nas interações com o doente; o estabelecimento de parcerias com o doente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do doente no processo de cuidados e o empenho do Enfermeiro em minimizar o impacto negativo no doente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

Os participantes sentem-se satisfeitos em relação aos recursos humanos, identificando a competência profissional, *“Os cuidados aqui prestados são de pessoas com muita competência.”* (E2); *“A relação com o pessoal tem sido o melhor possível. Eles fazem tudo o que preciso.”* (E4); *“Aqui são todos maravilhosos, todos muito bons (...) É a primeira vez que estou internada e gosto muito de todos, dos Médicos, das Enfermeiras.”* (E8).

Para além dos recursos humanos, os participantes apreciam a presença de todos os recursos materiais necessários, *“O mais fácil até agora é não sentir falta de nada.”* (E3), o que se constitui como outro indicador de qualidade.

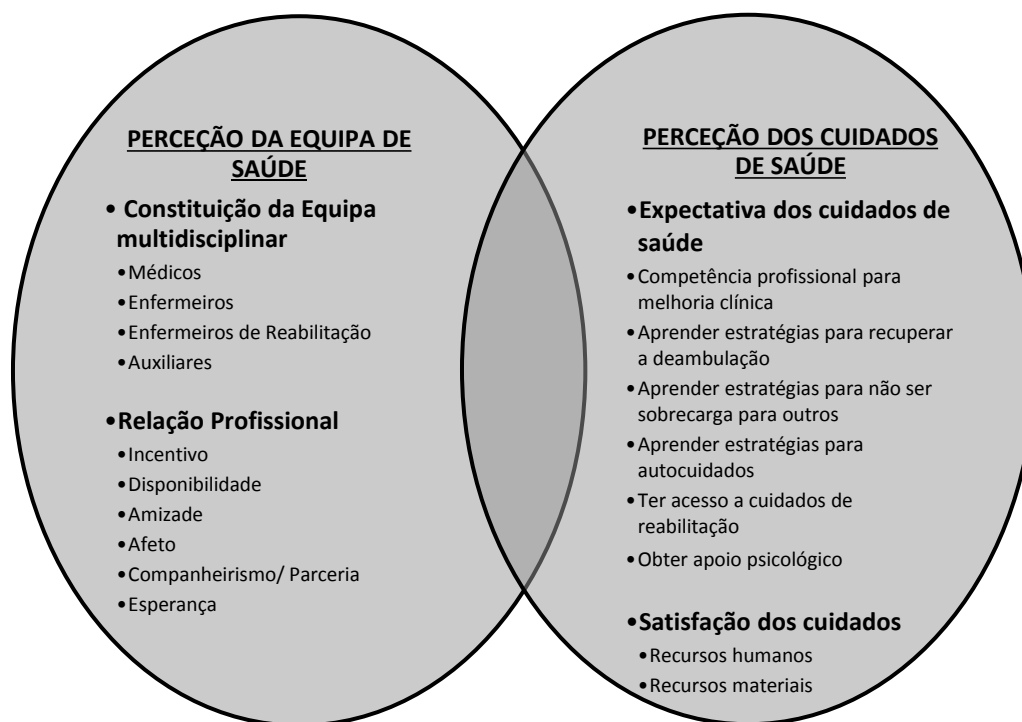


Figura 6: Integração no Hospital

**Em síntese**, os participantes descrevem o modo como se dá integração no hospital após o AVC. Os doentes descrevem a constituição da equipa multidisciplinar: Médicos, Enfermeiros, Enfermeiros de Reabilitação e Auxiliares; valorizam a relação com os profissionais de saúde, salientando a relação de incentivo, de disponibilidade, de amizade, de afeto, de companheirismo/ parceria e de esperança. A satisfação com os recursos humanos e materiais é referida como facilitadora da integração no hospital.

Os doentes face à nova situação de saúde esperam aprender estratégias para recuperar a deambulação, para serem independentes nos autocuidados, para não serem sobrecarga para outros, assim como também esperam ter acesso a cuidados de reabilitação e obter apoio psicológico. Acreditam na competência dos profissionais de saúde para a sua melhoria clínica. Os participantes consideram que o Enfermeiro de Reabilitação ensina e treina estratégias adaptativas face à situação de dependência.

---

## 4. Preparação da Alta

A preparação da alta e reintegração na comunidade é parte integrante da reabilitação do AVC, incluindo o ensino de estratégias psicossociais e de coping. A adaptação do doente aos cuidadores e vice-versa promove assim o retorno à comunidade e restabelece um novo equilíbrio de papéis (Markle-Reid et al., 2011).

Considerando o planeamento da alta do doente após AVC de extrema importância, em 2004, a DGS, lança uma circular informativa sobre o planeamento das altas hospitalares dos doentes com AVC. Neste documento é referido que *“Um bom planeamento das altas hospitalares é fundamental, não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade.”* (2004, p.2).

A evidência de um planeamento inadequado do regresso a casa tem suporte em estudos que identificam a existência de necessidades não satisfeitas após a alta (Maramba et al., 2004 citado por Gonçalves, 2008). Martins (2002) sugere que o período de internamento deveria ser em alguns casos mais alargado e contar sempre que possível com uma participação ativa mais precoce da família, para facilitar o regresso a casa após a dependência do doente, pois verificou que a aceitação da alta por parte dos familiares está associada ao aumento do tempo de internamento do seu familiar doente.

Deste modo, perceber como a pessoa após AVC vivencia a preparação do regresso a casa, como percebe o regresso a casa e o futuro foi nossa preocupação. Cardoso, Felizardo e Januário (2012) valorizam o papel dos Enfermeiros na preparação do regresso a casa, no sentido de facilitarem os processos de transição, ajustados às necessidades, não só da pessoa dependente, mas também da sua família.

### 4.1 Preparação do Regresso a Casa

O regresso a casa é fonte de preocupação da pessoa doente após AVC e seus familiares, e como tal, a sua preparação é fundamental. Para que em casa dependa o mínimo possível de terceiros e, na busca da independência, a pessoa envolve-se e participa no processo de reabilitação, procura informação e aprende novas competências para se adaptar à sua nova condição de saúde e dependência.

Categories	Subcategories	Units of Record
Envolvimento do próprio na Reabilitação	Participação na Reabilitação	“Quero fazer ginástica...” (E1) “Espero que me ponham a andar bem (...) Vou lutar.” (E5)
	Procura de Informação	“Quero aprender a andar, aprender a tomar banho sozinha (...) Quero aprender a voltar a andar, ver se fico melhor das pernas, me equilíbrio sem cair.” (E1) “Quero aprender tudo o que seja importante para não depender dos outros. Vou fazer por isso” (E7)
Domínio de novas competências	Autocuidado: higiene	“Acho positivo os exercícios que nos põe a fazer; treinar o banho (...) Estou a melhorar.” (E3) “Ajudam-me e ensinam-me como tomar banho sozinha (...) e já consigo melhor.” (E9)
	Autocuidado: ir ao sanitário	“Hoje ajudaram-me a ir à casa de banho, foi a primeira vez que me levantei e comecei a andar. Fiquei muito contente de lá ir e cuidar de mim.” (E8)
	Autocuidado: comer	“Já consigo comer sozinha...” (E1)
	Sentar-se	“Elas ajudam-me a sentar, estão à minha beira (...) e já melhorei.” (E9)
	Deambular	“Eu tenho força na perna, mas não me seguro bem. Ainda hoje andei aí, estive em pé junto à cama, uma Enfermeira auxiliou-me a andar. Ando, só que tem de ser amparada.” (E6)
	Equilíbrio corporal	“...os exercícios com os braços de levar à cabeça, ao nariz; o fazer bicicleta (...) Para mim é muito bom. Estou a melhorar.” (E3)
	Mobilidade	“Agora se for agarrada Enfermeira ando bem, se me ela deixar caio, não me equilíbrio (...) Isto daqui para a frente vai melhorar (...)mas já estou melhor...” (E1)
	Sensibilidade propriocetiva	“Gosto muito da Enfermeira que me põe a “brincar” com os cones. Já consigo agarra-los e senti-los.” (E3)

Quadro 16: Preparação do regresso a casa

Meleis et al. (2000) identificaram várias propriedades essenciais do processo de transição: consciencialização; envolvimento; mudanças e diferenças; períodos de transição; pontos e eventos críticos.

A consciencialização da doença e das suas complicações futuras é fundamental para promover uma adaptação adequada ao regime terapêutico proposto (Leite; Merighi; Silva, 2007).

O nível de envolvimento de uma pessoa que reconhece as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, será diferente daquela em que tal não acontece. O envolvimento identifica-se na procura de informação, na preparação ativa e pró-ativa da modificação das atividades (Meleis et al., 2000) e, nos discursos é identificada a **participação na reabilitação** como uma preparação para a

---

restauração da independência, “Quero fazer ginástica...” (E1); “Acho positivo os exercícios que nos põe a fazer.” (E3); “Ainda hoje andei aí, estive em pé junto à cama, uma Enfermeira auxiliou-me a andar...” (E6).

A OE (2010, p.1) refere o papel do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação no planeamento da alta, citando “...este intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade...”.

Taylor (2004) afirma que o papel do Enfermeiro é o de promover a pessoa como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e capacidades.

As necessidades de aprendizagem do doente variam conforme a fase da doença, o grau de incapacidade do doente ou os tratamentos a que é sujeito.

O doente expressa com frequência a vontade de querer aprender, **procura informação** acerca da sua situação e o que deve fazer para melhorar, “Quero aprender a andar, aprender a tomar banho sozinha (...) Quero aprender a voltar a andar, ver se fico melhor das pernas, me equilíbrio sem cair.” (E1); “Tenho vontade que me ponham a andar, que me ensinem e ajudem a tomar banho, comer...” (E6); “Espero que me ajudem a ficar mais autónomo possível. Quero aprender tudo o que seja importante para não depender dos outros. Vou fazer por isso” (E7).

O processo de transição só se encontra completo quando o indivíduo demonstrar mestria, ou seja, evidenciar capacidades que lhe permitam cumprir a transição com sucesso. Os participantes identificaram competências adquiridas em vários domínios dos autocuidados, da atividade motora e da sensibilidade proprioceptiva, que vão ao encontro das suas necessidades e expectativas em relação aos cuidados de saúde. Pelos relatos observou-se que foram os Enfermeiros de Reabilitação que ensinaram e treinaram esses domínios.

Aos poucos, os participantes adquiriram mestria no **autocuidado: higiene**, “Acho positivo os exercícios que nos põe a fazer; treinar o banho (...) Estou a melhorar.” (E3); “As enfermeiras ajudam-me como tomar banho sozinho...” (E4); “Ajudam-me e ensinam-me como tomar banho sozinha (...) e já melhorei.” (E9), no **autocuidado: ir ao sanitário**, “Hoje ajudaram-me a ir à casa de banho, foi a primeira vez que me levantei e comecei a andar. Fiquei muito contente de lá ir e cuidar de mim.” (E8), no **autocuidado: comer**, “Já consigo comer sozinha...” (E1), no **sentar-se**, mencionando um participante “Elas ajudam-me a sentar, estão à minha beira (...) e já consigo melhor.” (E9) e no **deambular**, narrando um participante, “Eu tenho força na perna, mas não me seguro bem. Ainda hoje andei

---

*aí, estive em pé junto à cama, uma Enfermeira auxiliou-me a andar. Ando, só que tem de ser amparada.” (E6).*

A nível da atividade motora, os entrevistados revelaram mestria na **mobilidade**, dizendo um participante, “...os exercícios com os braços de levar à cabeça, ao nariz; o fazer bicicleta (...) Para mim é muito bom. Estou a melhorar.” (E3) e no **equilíbrio corporal**, referindo um entrevistado, “Agora se for agarrada Enfermeira ando bem, se me ela deixar caio, não me equilíbrio (...) Isto daqui para a frente vai melhorar (...) mas já estou melhor...” (E1).

Para além dos autocuidados e atividade motora, os entrevistados, narraram domínio na **sensibilidade proprioceptiva**, relatando “Gosto muito da Enfermeira que me põe a “brincar” com os cones. Já consigo agarrar-los e senti-los.” (E3). A sensibilidade proprioceptiva é a perceção que a pessoa tem do próprio corpo, incluindo a consciência da postura, do movimento, das partes do corpo, das mudanças no equilíbrio, das sensações de movimento e de posição articular.

Os relatos dos participantes confirmam o que a DGS (2010) referiu, que o Enfermeiro deve ensinar estratégias ao doente para que consiga efetuar o autocuidado higiene, vestuário, ir ao sanitário e alimentar-se; deve realizar logo que seja possível, exercícios de mobilização, de transferência, de equilíbrio, de postura adequada, de estimulação sensitiva e treino de marcha. O Enfermeiro deve incentivar o doente a não desprezar o lado afetado e integrá-lo nas suas atividades.

AVD como deambular, subir e descer escadas, vestir, despir, abotoar botões, calçar meias, enlaçar atacadores de sapatos exigem sensibilidade, coordenação motora e destreza manual. Após o AVC estas tarefas estão comprometidas e como tal o Enfermeiro tem um papel fundamental no ensino de estratégias adaptativas e preparação do regresso a casa após a dependência (Medeiros et al., 2002).

A preparação da alta e reintegração dos doentes e cuidadores na comunidade permite minimizar as suas inseguranças (Simões; Grilo, 2012).

#### *4.2 Perceção do Regresso a Casa*

Durante o processo de reabilitação, a perceção do regresso a casa está no pensamento dos doentes após o AVC. Apesar do medo e da insegurança, a família continua a ser a fonte de suporte da pessoa doente, ajudando-a nas atividades que ficaram prejudicadas após o AVC (Martins, 2002). O mesmo autor refere que apesar das dificuldades, 47,37% dos doentes e familiares estão em consonância acerca da aceitação da alta.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Avaliação da aptidão de regresso a casa</b>	Apto	<p><i>“Sinto pronta para ir para casa (...) Estou eu e mais ele, um ajudando o outro (...) Marido vai-me ajudar e mais os filhos...” (E1)</i></p> <p><i>“Sinto preparada para voltar para casa. O meu marido e os meus filhos vão-me ajudar.” (E9)</i></p>
	Com dificuldades	<p><i>“Estou preparado para ir embora, mas agora não, porque não estou são. Eu quero ir são embora para poder andar e não ter ninguém que andar atrás de mim.” (E5)</i></p> <p><i>“Não estou preparada para ir para casa. Isso era o que eu queria, mas não posso. Para já não, que não estou segura.” (E6)</i></p> <p><i>“Não estou preparada para voltar para casa. Tenho receio de não poder andar...” (E8)</i></p>
<b>Apoio familiar</b>	Filhos	<p><i>“Quem me vai ajudar agora vai ser a minha filha mais nova.” (E3)</i></p> <p><i>“Vou continuar a ter apoio dos meus filhos. Principalmente da mais velha que quando sair daqui vou para casa dela, para o Porto.” (E7)</i></p>
	Família nuclear	<p><i>“Para me ajudar vai ser minha mulher e o meu filho.” (E2)</i></p> <p><i>“Para me ajudar vai ser a minha irmã que mora perto, em cima.” (E4);</i></p> <p><i>“Para me ajudar vou ter ajuda (...) da minha filha, do meu marido, do meu filho, do meu genro.” (E9)</i></p> <p><i>“Em casa vai ser a minha filha e o meu irmão a ajudar.” (E12)</i></p>

Quadro 17: Perceção do regresso a casa

Dadas as limitações decorrentes do AVC, a **avaliação da aptidão de regresso a casa** varia na opinião dos doentes. Esta perceção depende do apoio que o doente tem no domicílio, da família, assim como a noção de melhoria.

Uns sentem-se **aptos**, confiando nas suas capacidades, ou contando com o apoio familiar, *“Sinto pronta para ir para casa (...) Estou eu e mais ele, um ajudando o outro (...) Marido vai-me ajudar e mais os filhos.” (E1); “Sinto preparada para voltar para casa. O meu marido e os meus filhos vão-me ajudar.” (E9)*. Simões e Grilo (2010) confirmam que o sucesso da reabilitação dos doentes com AVC é influenciado pelo suporte que estes recebem da família.

Pelo contrário, outros participantes identificam **dificuldades**, não sentindo preparados para regressar a casa no momento da entrevista, *“Não estou preparada para ir para casa. Isso era o que eu queria, mas não posso. Para já não, que não estou segura.” (E6); “Não estou preparada para voltar para casa. Tenho receio de não poder andar (...) ” (E8); “Quem me dera voltar para casa, se eu andasse bem ia, assim só vou quando conseguir andar.” (E10); “Ainda não sinto preparada para voltar para casa.” (E12); “Não sinto ainda preparado para voltar para casa, ainda passou pouco tempo que cá estou.” (E13)*.

Os familiares identificados como prestadores de cuidados são predominantemente os **filhos**, *“Quem me vai ajudar agora vai ser a minha filha*

mais nova. “ (E3); “Vou continuar a ter apoio dos meus filhos. Principalmente da mais velha que quando sair daqui vou para casa dela, para o Porto.” (E7); “Eu estava em minha casa e vivia só, andava bem. Mas agora os meus filhos disseram que para minha casa não vou. Ainda não sei para casa de que filho vou.” (E8), ou então a família nuclear, “Marido vai-me ajudar e mais os filhos.” (E1), “Para me ajudar vai ser minha mulher e o meu filho.” (E2); “Para me ajudar vai ser a minha irmã que mora perto, em cima.” (E4); “Para me ajudar vou ter ajuda (...) da minha filha, do meu marido, do meu filho, do meu genro. Eles fazem tudo para eu ficar bem.” (E9); “Em casa vai ser a minha filha e o meu irmão a ajudar.” (E12).

Cruz (2002) confirma que os cuidadores são fundamentalmente do sexo feminino e familiares: esposas, filhas, irmãs e muito raramente noras. Simões e Grilo (2012) indicam também que a responsabilidade de cuidar dos dependentes, continua a ser da família.

#### 4.3 Perceção do Futuro

Após o AVC, a confrontação com as incapacidades e a perceção do futuro, preocupam as pessoas doentes.

Categories	Subcategorias	Unidades de Registo
<b>Dificuldades no futuro</b>	Barreiras arquitetónicas no domicílio	“Vivo numa casa com escadas, vai ser difícil subir. Na casa de banho tenho banheira, vai ser difícil lá entrar.” (E12).
	Falta de apoio domiciliário nas AVD	“Será pior. Sem mexer o braço e a perna não poderei fazer nada (...) Não tenho ninguém para me apoiar a fazer comer, tratar da casa, ajudar-me. Os meus irmãos têm a vida deles.” (E11)
	Falta de apoio domiciliário para reabilitação	“Em casa não tenho como recuperar, tenho de ter ajuda para melhorar.” (E1)
	Comunicação	“Acho que daqui para a frente vou ter um bocado de dificuldade. Tenho medo, vergonha de ver as pessoas e não conseguir falar, não me perceberem. Fico triste (...)” (E9).
<b>Previsão do futuro</b>	Consciência das alterações de vida	“Daqui para a frente terei muitas mais dificuldades (...) Terei muitas dificuldades, não posso fazer mesmo nada (...) O que eu ganho não dá para ir para um lar. Eu como solteiro pensei sempre nisto (...) Isto influencia muito a minha vida. Influencia tudo. Quero trabalhar e se arranjar trabalho, nunca mais consigo assim.” (E4)  “A minha vida mudou. Tinha muitas perspetivas pro futuro, queria pagar as minhas coisas. Agora já não vou de férias, a minha neta comprou uma barraca para ir para a praia com ela e não vou.” (E13)
	Permanência da perspetiva de vida	“Eu para mim, estou como diz o outro, aos 75 anos, não posso pedir grande coisa. O futuro está acabado.” (E7)
	Incerteza sobre o amanhã	“Não sei o que vai ser o meu futuro. O que mais tenho medo é ficar eu e ele em cadeira de rodas.” (E10)

Quadro 18: Perceção do futuro

---

Segundo Hafsteinsdóttir e Grypdonck (1997), o AVC gera stress na dinâmica da vida das pessoas, iniciando-se no período de internamento hospitalar, mas com maior impacto após a alta hospitalar, uma vez que é o momento que o doente retorna ao lar e se confronta com as sequelas físicas e emocionais, que comprometem a sua independência.

O planeamento da alta deve ter início no acolhimento, devendo ir ao encontro das necessidades, dificuldades e preocupações do doente e família (Petronilho, 2007).

Os doentes dependentes após AVC percecionam várias **dificuldades no futuro**. A identificação de **barreiras arquitetónicas no domicílio** atormenta alguns participantes, *“A minha casa tem muitas escadas. Ainda não sei se irei para os cuidados continuados ou para os meus anexos que são rés-do-chão.”* (E3); *“A cozinha e a sala são em baixo e os quartos no piso de cima, mas aos poucos vou conseguir subir.”* (E9); *“Vivo numa casa com escadas, vai ser difícil subir. Na casa de banho tenho banheira, vai ser difícil lá entrar.”* (E12); *“A maior dificuldade vão ser as escadas, moro no último andar de um apartamento. A dificuldade vai ser subir e descer as escadas, porque o elevador é nas traseiras e nós moramos na frente, como se pode ir lá buscar, não sei.”* (E13).

O indivíduo incapacitado fisicamente após AVC debate-se diariamente com problemas de acessibilidade nos locais públicos e nas suas próprias casas, devido à existência de barreiras arquitetónicas que ao cidadão comum passam despercebidas, mas são obstáculo ao seu dia-a-dia (OMS, 2004).

A habitação deve estar adaptada às condições de mobilidade da pessoa incapacitada. Swain et al. (1993) defende que devem ser realizadas modificações no ambiente da pessoa com vista a proporcionar-lhe uma maior autonomia. Martins (2002, p.106) acrescenta que *“Pequenas coisas (tapetes, degraus, móveis) que contribuem para criar barreiras arquitectónicas poderiam ser ultrapassadas com uma visita domiciliária”*.

Decorrente da área cerebral afetada, a **comunicação** pode ser outro obstáculo após AVC. Um participante relata essa dificuldade, *“Acho que daqui para a frente vou ter um bocado de dificuldade. Tenho medo, vergonha de ver as pessoas e não conseguir falar, não me perceberem. Fico triste (...)”* (E9). Muus e Ringsberg (2005) defendem que a perda ou diminuição na linguagem por parte de algumas pessoas após o AVC diminui a sua qualidade de vida. As dificuldades de comunicação podem afetar, quer a expressão, quer a capacidade de compreensão da linguagem.

---

A **falta de apoio domiciliário para as AVD** é outra das dificuldades que as pessoas doentes identificam para o futuro, *“Será pior. Sem mexer o braço e a perna não poderei fazer nada (...) Não tenho ninguém para me apoiar a fazer comer, tratar da casa, ajudar-me. Os meus irmãos têm a vida deles.”* (E11).

Vários fenómenos tais como: famílias com reduzido agregado familiar, o papel ativo 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). Por este motivo, surgiu o SAD em 1997, consistindo na prestação de cuidados a famílias e/ ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das AIVD, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

A **falta de apoio domiciliário para reabilitação** é também referida pelas pessoas doentes como dificuldade prevista para o futuro, *“Em casa não tenho como recuperar, tenho de ter ajuda para melhorar.”* (E1), o que vem ao encontro de Langhorne, Bernhardt e Kwakkel (2011), que referem que os doentes com AVC com défices ligeiros a moderados têm ganhos em saúde na reabilitação ao domicílio, quer a nível da diminuição dos tempos de internamento e suas consequências, quer a nível da obtenção da independência nas AVD, no entanto, existe uma dificuldade enorme de articulação do hospital com os serviços existentes na comunidade, sentindo a pessoa falta de apoio no processo de recuperação no domicílio.

Em 2006, é também criada a ECCI, sendo um dos seus objetivos precisamente prestar cuidados de reabilitação ao domicílio a pessoas com dependência funcional. Esta equipa além dos cuidados de reabilitação apoia a pessoa nas suas necessidades básicas. Segundo o Decreto-Lei nº101/2006 – Artigo 27º, alínea 1, a ECCI, é *“...uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários...”*.

Sendo a incerteza quanto ao futuro uma das causas de ansiedade do doente hospitalizado, é de grande importância o planeamento da alta, devendo o Enfermeiro perceber como a pessoa doente prevê o futuro.

A idade elevada dos intervenientes não permite grande expectativa de vida, levando à **permanência da perspetiva de vida** de uns, *“Não alterou o dia de amanhã.”* (E2); *“A minha vida não mudou. Um dia de cada vez...”* (E6); *“Eu para mim, estou como diz o outro, aos 75 anos, não posso pedir grande coisa. O futuro*

---

*está acabado.” (E7); “Esta doença não modificou muito a minha vida. Hei-de continuar a minha vida.” (E8). Outros, porém, estão **conscientes das alterações de vida**, ““Esta doença modificou muito a minha vida, minha forma de ser. Quero fazer as minhas coisas e não posso.” (E3); “A minha vida mudou. Tinha muitas perspectivas pro futuro, queria pagar as minhas coisas. Agora já não vou de férias, a minha neta comprou uma barraca para ir para a praia com ela e não vou.” (E13).*

Outros, contudo, estão **incertos em relação ao amanhã**, “*Não sei o que vai ser o meu futuro. O que mais tenho medo é ficar eu e ele em cadeira de rodas.” (E10); “Não sei o que será o futuro. Será pior. Sem mexer o braço e a perna não poderei fazer nada. Poderá impedir de arranjar emprego. Não tenho ninguém para me apoiar. Os meus irmãos têm a vida deles.” (E11).*

As mudanças ocasionadas pelo AVC podem ser vivenciadas de formas diferentes, sendo consideradas devastadoras por alguns e menos problemática por outros (O` Connel et al., 2001).

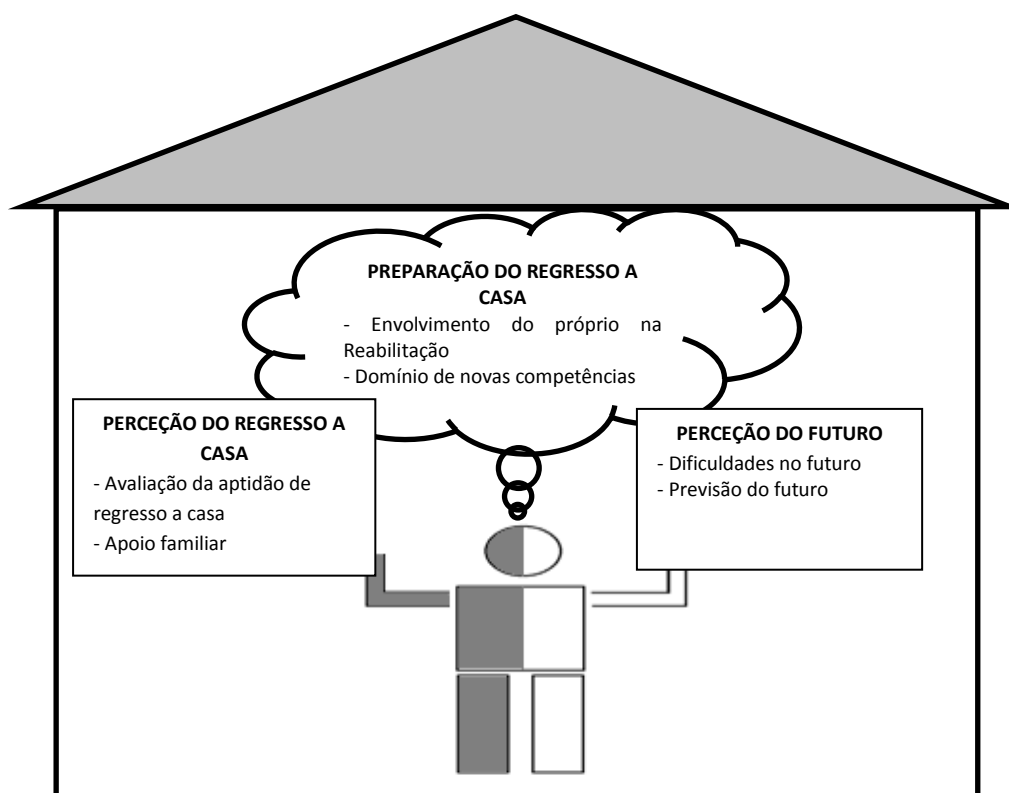


Figura 7: Preparação do regresso a casa

**Em síntese**, os participantes valorizam o modo como é efetuada a preparação da alta e regresso a casa. Os doentes demonstram envolvimento no processo de reabilitação, participando ativamente na reabilitação e procurando informação. Sentem-se motivados quando aprendem e dominam novas competências, como os autocuidados: higiene, ir ao sanitário, comer e as atividades

---

físicas sentar-se e deambular, assim como também a mobilidade, o equilíbrio corporal e a sensibilidade proprioceptiva.

A avaliação do regresso a casa é referida por alguns como estando aptos, enquanto outros ainda manifestam dificuldades e precisam de preparação. O futuro é descrito pelos doentes, de diferente forma, de acordo com o apoio no domicílio e a dependência ocasionada após AVC. Uns permanecem na perspetiva de vida, outros manifestam incerteza sobre o amanhã e outros estão conscientes das alterações que a doença e a dependência provocaram na sua vida. As dificuldades que referem ter no futuro são as barreiras arquitetónicas no domicílio, a falta de apoio domiciliário para as AVD e para a reabilitação e, a dificuldade de comunicação. O apoio no domicílio é prestado pela família, sendo na maioria efetuado pelos filhos, mas também pela família nuclear.

## **5. Mudanças na Vida**

O aparecimento súbito de uma dependência origina uma mudança inesperada, não planeada, com a qual a pessoa tem de lidar e se adaptar. O AVC frequentemente resulta em sofrimento psíquico e em limitações nas atividades, mesmo entre aqueles moderadamente afetados (Doyle, 2002).

A transição implica, assim, mudança de papéis, quer a nível dos relacionamentos, expectativas ou capacidades a desenvolver (Kralik; Visentin; Loon, 2006). A pessoa tem de incorporar novo conhecimento, alterar o seu comportamento e a definição de si próprio e do seu contexto social (Meleis, 2010).

A mudança é uma propriedade importante no processo das transições e não pode ser entendida como sinónimo de transição (Meleis, 2010). Num processo de transição é relevante que a pessoa doente perceba as consequências da mudança, podendo ser analisadas atendendo à natureza e à interpretação dada à transição, através das expectativas pessoais, familiares e sociais. As mudanças apresentam-se como eventos desequilibrantes e de rotura para a rotina, relações interpessoais, perceção e por isso nefastas para a identidade da pessoa e família (Meleis, 2010).

Segundo Wright (2005), a vida nunca mais é a mesma depois de uma experiência que causa dependência física, o que nos leva a acreditar que após as mudanças ocorridas decorrentes do AVC, os doentes alteram o significado que dão à vida, ao rumo que querem tomar e aos papéis que tinham antes da doença.

Para percebermos como estas mudanças interferem na vida das pessoas após AVC analisamos os discursos dos participantes e identificamos as áreas

temáticas: significado da vida após AVC, vida familiar, vida social e vida profissional.

Categories	Subcategorias	Unidades de Registo
<b>Significado da vida após a doença</b>	Repensar na vida	<i>“A minha vida mudou. Esta doença mudou um pouco a minha forma de ser. Estou triste. Tinha muitas perspectivas pro futuro, queria pagar as minhas coisas (...) Não sei como será, tenho de pensar ...”</i> (E13)
	Manutenção/ Perpetuação da situação de vida	<i>“Acho que se recuperar vou normalizar a minha vida, voltarei à vida normal (...) Quando voltar à minha vida normal, vou fazer tudo igual...”</i> (E2)
	Resignação face à nova situação	<i>“Temos de viver um dia de cada vez.”</i> (E1) <i>“Já gozei o que tinha a gozar e está feito.”</i> (E4) <i>“A minha vida não mudou. Um dia de cada vez. Logo se vê.”</i> (E6)
<b>Vida familiar</b>	Manutenção da vida familiar	<i>“A minha vida com a família não vai mudar.”</i> (E6) <i>“Não modificou a minha relação com a família.”</i> (E13)
	Reorganização da vida familiar	<i>“Os meus filhos vão fazer reunião e organizar-se...”</i> (E10)
	Sobrecarga dos elementos da família	<i>“A boa relação com a minha filha e meus netos vai manter-se, mas a minha filha vai ficar prejudicada. Ela é auxiliar no lar, tem uma filha, já tem muito trabalho e agora mais eu.”</i> (E3) <i>“Só vou dar trabalho à minha família.”</i> (E12)
	Vivência da doença no seio familiar	<i>“Esta doença modificou a minha vida familiar. Meu marido, meus filhos, meus manos estão sempre todos a chorar. Meu marido está doente por mim. Dou-me bem com eles, mas noto que eles estão mal.”</i> (E9)
	Enriquecimento dos afetos familiares	<i>“Ainda vai melhorar a relação com a família. Filhos já lá iam, agora vão mais. Também sou amiga deles.”</i> (E1) <i>“A minha vida familiar será melhor. Tenho uma filha com 33 anos e há uns tempos que não falava para mim, agora depois desta doença já fala.”</i> (E2)
	Dificuldades de suporte à família	<i>“O que fazia até agora modificou, não sei se vou voltar a ir buscar meu neto à escola.”</i> (E10)
<b>Vida social</b>	Reconstrução do papel social	<i>“Eu fazia 45 min de caminhadas, agora não consigo. Mas tenho muita força de vontade, luto. Isto deitou-me abaixo, mas sinto-me motivada para voltar.”</i> (E1) <i>“Quando voltar à minha vida normal, vou fazer tudo igual, voltarei aos meus amigos, à igreja.”</i> (E2)
	Incerteza da reconstrução do papel social	<i>“... gostava de passear, ir ao café, estar com os meus amigos e agora não vou (...) Poderei ir com outros a me levarem, mas já não é igual, não é a mesma coisa.”</i> (E7) <i>“Ia todos os dias quando podia à missinha.(...) Mas assim não poderia ir. Talvez depois.”</i> (E8)
<b>Vida profissional</b>	Reconstrução do papel profissional	<i>“Penso voltar ao meu trabalho se conseguir.”</i> (E2) <i>“Se Deus quiser vou melhorar e vou voltar ao meu trabalho (...) Para já não consigo trabalhar.”</i> (E9) <i>“Eu quero voltar ao trabalho, tenho muito que fazer.”</i> (E13)
	Dificuldade na empregabilidade	<i>“Quero trabalhar e se arranjar trabalho, nunca mais consigo assim. A idade já não é fácil para arranjar trabalho e assim pior. Só se for um trabalho sentado.”</i> (E4) <i>“Estou desempregada há 3 anos. E assim nunca mais vou trabalhar.”</i> (E6) <i>“Modificou muito o que pretendia fazer. Queria ter trabalho, ir para Angola ou procurar na fábrica e assim sem mexer, não posso (...) Será pior. Sem mexer o braço e a perna não poderei fazer nada. Poderá impedir de arranjar emprego (...) Esta doença significa muito. Significa não ter emprego.”</i> (E11)

Quadro 19: Mudanças na vida

---

O'Connell et al. (2001) referem que a ocorrência súbita do AVC e a presença das incapacidades resultantes pode despertar, a princípio, o sentimento de término da vida para alguns sobreviventes. Contudo, as mudanças ocorridas podem ser vividas de formas diferentes. Rabelo e Neri (2006) dizem que para alguns sobreviventes do AVC, não há mais a existência de um propósito ou significado para a vida, não havendo nada a fazer, nem projetos a cumprir.

De acordo com Couto et al. (2007), quando se vivencia uma situação de doença é comum as pessoas refletirem sobre a sua experiência de vida. Na opinião de Laquinta (2004), a experiência de doença possibilita às pessoas a valorização da vida de outra forma, evitando pensamentos negativos e vivendo um dia de cada vez, aproveitando ao máximo o que esta lhe proporciona.

Apesar das possíveis melhoras, a vida após AVC quase sempre difere da vida anterior (Burton, 2000), fazendo com que alguns participantes **repensem na vida**, no sentido de a melhorar, *“Sem dúvida que o dia de amanhã está muito diferente, ainda não sei como vou ficar. Tenho fé que vou melhorar, mas não sei.”* (E10); *“A minha vida mudou. Esta doença mudou um pouco a minha forma de ser. Estou triste. Tinha muitas perspectivas pro futuro, queria pagar as minhas coisas (...) Não sei como será, tenho de pensar...”* (E13), enquanto outros **mantêm a sua situação de vida**, *“Acho que se recuperar vou normalizar a minha vida, voltarei à vida normal (...) Quando voltar à minha vida normal, vou fazer tudo igual ...”* (E2); *“Esta doença não modificou muito a minha vida.”* (E8).

Os projetos de vida para o futuro não estão visíveis nos participantes, talvez devido à idade avançada de grande parte. É pela experiência vívida que perante uma mudança, a pessoa decide o que quer vir a ser, ou a tornar-se (Gullickson, 1993) e alguns dos participantes **resignam-se face à nova situação**, sem ter projetos para o futuro, *“Já gozei o que tinha a gozar e está feito.”* (E4); *“A minha vida não mudou. Um dia de cada vez. Logo se vê.”* (E6); *“Já não sou o mesmo. Já não me sinto igual. Pode ser que venha a recuperar, mas agora nestes dias sinto-me diferente (...) Eu para mim, estou como diz o outro, aos 75 anos, não posso pedir grande coisa. O futuro está acabado, não posso pedir nada.”* (E7); *“Se eu morresse não estava aqui a dar trabalho (...) Minha vida com esta doença caiu, andava tão bem e agora deitou-me abaixo.”* (E12).

Para além das alterações na vida pessoal, a **vida familiar** é fortemente afetada pela doença e dependência, pelo que se configura o que nos refere Caldas (2003) que quando um membro da família desencadeia um processo de dependência, altera toda a dinâmica familiar, resultando em mudanças de papéis, reinstituindo novas relações de intimidade e reprodução do grupo familiar.

---

O modo como a família vive a situação da dependência do doente após AVC vai determinar a saúde ou a doença da família. Numa família bem organizada, com recursos para dispor e que tenha uma rede social operante, quando a pessoa fica dependente após a doença e necessita de cuidados específicos será menos stressante do que para uma família pouco organizada e desprovida de recursos e de apoio (Vieira; Alvarez; Girondi, 2011).

Alguns doentes referem que haverá uma **reorganização da vida familiar**, *“Eles vão combinar uns com os outros como fazer. Ainda hoje eles me disseram que quando eramos pequenos, ela deu-nos a sopinha, mandou-nos para a escola, olhou por nós agora temos de ser nós a olhar pela nossa mãe. Eu tenho confiança nos meus filhos.”* (E8); *“Os meus filhos vão fazer reunião e organizar-se...”* (E10).

A necessidade da redistribuição dos papéis e responsabilidades entre os demais membros, assim como as modificações das rotinas de vida diária são situações inevitáveis que vão desgastando a vida familiar (Silva, 2000). Os participantes expressam que irão **sobrecarregar os elementos da família**, *“A boa relação com a minha filha e meus netos vai manter-se, mas a minha filha vai ficar prejudicada. Ela é auxiliar no lar, tem uma filha, já tem muito trabalho e agora mais eu.”* (E3); *“Eu tenho filhos e filhas e creio que não me deixam agora que estou assim, à deriva, mas nós não sabemos o dia de amanhã. Vou ter de lhes dar trabalho.”* (E5), afirmando outros, *“Só vou dar trabalho à minha família.”* (E12).

Muitas vezes, os de mais idade constituem um suporte à sua família e também este contributo pode vir a ser interrompido após AVC, pois alguns participantes referem, *“O que fazia até agora modificou, não sei se vou voltar a ir buscar meu neto à escola.”* (E10), o que evidencia que a doença provocou **dificuldades de suporte à família**. A pessoa doente deixa de realizar tarefas que estavam a seu cargo, porque as incapacidades não lhe permitem, gerando sentimentos de impotência.

Por outro lado, o sentimento iminente da perda e a necessidade de cuidados despertados pela doença tende a estreitar laços e a reaproximar indivíduos distanciados do núcleo familiar. Os doentes fazem afirmações em torno da ideia de que a **doença enriqueceu os afetos familiares**, *“Ainda vai melhorar a relação com a família. Filhos já lá iam, agora vão mais. Também sou amiga deles.”* (E1); *“A minha vida familiar será melhor. Tenho uma filha com 33 anos e há uns tempos que não falava para mim, agora depois desta doença já fala.”* (E2).

Como descrevem Hogstel, Curry e Walker (2005/2006), tomar conta de um familiar dependente pode ser altamente benéfico, pois permite, resolver conflitos antigos e conhecer melhor a pessoa. As transições relativas a um desempenho de

---

papel de prestador de cuidados podem constituir oportunidades significativas para a consolidação dos processos familiares.

A doença vivida no seio de uma família representa, sempre, uma situação de crise das mais difíceis de ultrapassar e, sendo o AVC uma doença de aparecimento súbito, torna-se desgastante e exige da família a aceitação, compreensão e uma rápida adaptação (Randovanovic et al., 2004) e, também um participante relata *“Esta doença modificou a minha vida familiar. Meu marido, meus filhos, meus manos estão sempre todos a chorar. Meu marido está doente por mim. Dou-me bem com eles, mas noto que eles estão mal.”* (E9), o que nos leva a aferir que a **família vivencia a doença no seio familiar**.

O sentimento de solidariedade é demonstrado pela disponibilidade da família extensa e amigos em prestar auxílio num momento delicado. Rolland (2001) explica que a mudança relacionada com a doença faz com que a família interaja.

Há participantes que afirmam *“A minha vida com a família não vai mudar.”* (E6), *“A minha vida familiar não alterou nada, dou-me na mesma igual.”* (E11); *“Não modificou a minha relação com a família.”* (E13), o que nos leva a identificar que alguns **mantêm a vida familiar**.

Andrade (1996) 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.

Tendo a família um papel fundamental na recuperação do doente com AVC, principalmente aquando do regresso a casa, esta deve partilhar responsabilidades no processo de reabilitação do doente, especialmente a longo prazo (Fontes, 1996). Os doentes vítimas de AVC sem suporte familiar sofrem deterioração emocional sem outra razão aparente, levando a que um deficiente funcionamento familiar possa ter um impacto negativo na sua reabilitação (Marques, 2007).

As consequências sociais do AVC devem também ser avaliadas, pois podem conduzir ao isolamento do doente e da família, na comunidade e à alteração de papéis, com impacto na relação familiar. Mackenzie e Chang (2002) confirmam que as incapacidades após AVC isolam a pessoa doente e seu cuidador das tarefas sociais, afetando a sua qualidade de vida. Xie et al. (2006) acrescentam que dificuldades em se envolver e executar atividades recreativas e passatempos são frequentemente relatados em doentes e seus cuidadores após AVC.

---

Sá (2005) confirma a importância de uma rede de apoio de parentes, amigos e vizinhos no deparar com uma adversidade. Familiares e amigos costumam estar mais presentes na fase inicial. Passado o impacto inicial, quem está mais presente é o cuidador, que se afasta das atividades sociais para cuidar do seu ente querido.

Contudo, nem todos reagem da mesma forma à doença, enquanto para uns o stress resultante das sequelas do AVC geram um estímulo para superar o desafio, outros isolam-se e não têm certeza se voltarão às suas atividades sociais como refere Potter e Perry (2003). Os relatos dos participantes vão ao encontro dos autores, pois uns esperam **reconstruir a sua vida social**, “*Eu fazia 45 minutos de caminhadas, agora não consigo. Mas tenho muita força de vontade, luto. Isto deitou-me abaixo, mas sinto-me motivada para voltar.*” (E1); “*Quando voltar à minha vida normal, vou fazer tudo igual, voltarei aos meus amigos, à igreja.*” (E2); “*Eu tenho vergonha de sair e falar assim, as pessoas percebem-me mal. Tenho vergonha de falar assim para elas. Mas vou melhorar, eu vou voltar a sair.*” (E9). Pelo contrário, outros **não têm certeza se voltarão às suas atividades**, “*Esta doença vai alterar muito o que gostava de fazer, porque não vou poder fazer. Primeiro porque gostava de passear, ir ao café, estar com os meus amigos e agora não vou (...) Poderei ir com outros a me levarem, mas já não é igual, não é a mesma coisa.*” (E7); “*la todos os dias quando podia à missinha. Ainda hoje pensei: é hora da missa e se estivesse em casa ia (...) Mas assim não poderia ir. Talvez depois.*” (E8); “*Não saio muito, gosto de estar em casa com a minha neta a brincar com ela e no computador. la ao café mas pouco, esta doença vai dificultar isso, mas vamos lá ver.*” (E13).

Para além da vida social, Vestling, Tufvesson e Iwarsson (2003) acrescentam que os doentes após AVC estão impossibilitados de voltar ao trabalho. Sacco (2002) confirma que o AVC leva a perda de produtividade. As sequelas implicam algum grau de dependência, principalmente no primeiro ano após o AVC, com cerca de 30 a 40% das pessoas impedidas de voltar ao trabalho. Contudo, os participantes que exercem atividade profissional têm **esperanças de reconstruir o seu papel profissional**, “*Penso voltar ao meu trabalho se conseguir.*” (E2); “*Se Deus quiser vou melhorar e vou voltar ao meu trabalho (...) Para já não consigo trabalhar.*” (E9); “*Eu quero voltar ao trabalho, tenho muito que fazer.*” (E13).

Os participantes desempregados referem que a dependência após AVC **dificultará o acesso à empregabilidade**, “*Quero trabalhar e se arranjar trabalho, nunca mais consigo assim. A idade já não é fácil para arranjar trabalho e assim pior. Só se for um trabalho sentado.*” (E4); “*Estou desempregada há 3 anos. E assim nunca mais vou trabalhar.*” (E6); “*Modificou muito o que pretendia fazer.*”

---

*Queria ter trabalho, ir para Angola ou procurar na fábrica e assim sem mexer, não posso (...) Será pior. Sem mexer o braço e a perna não poderei fazer nada. Poderá impedir de arranjar emprego (...) Esta doença significa muito. Significa não ter emprego.” (E11).*

Muitos doentes ficam com sequelas de ordem física, sensorial e cognitiva e, sendo o AVC uma das principais causas de incapacidade no mundo, leva à reforma precoce e a repercussões socioeconómicas devastadoras na vida das pessoas (Min, 2010).

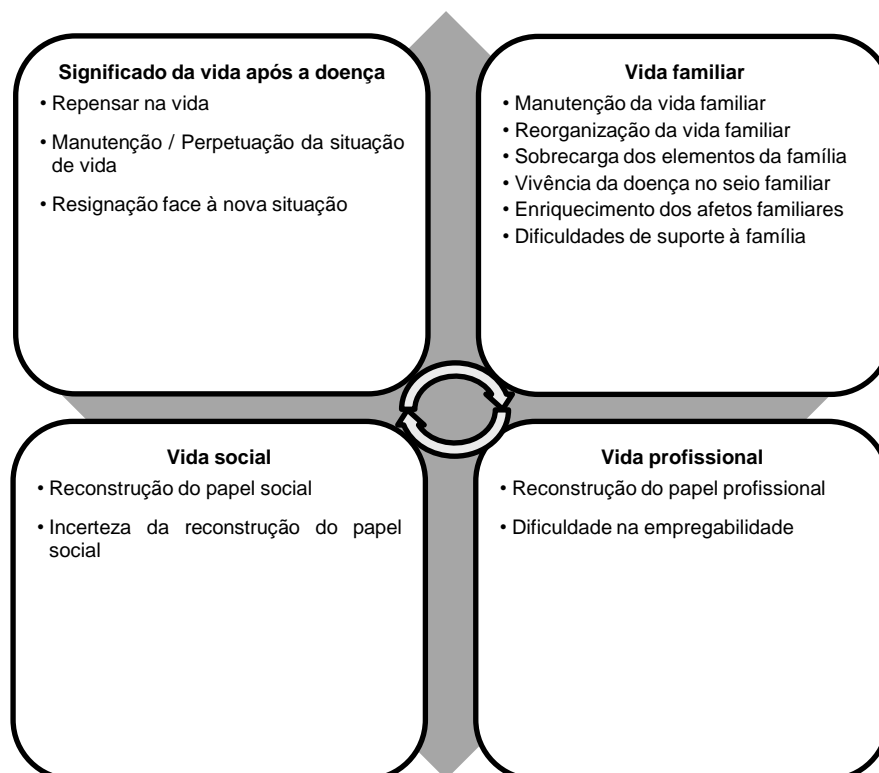


Figura 8: Mudanças na vida

**Em síntese**, as pessoas narram inúmeras mudanças na sua vida e na da sua família após o AVC. Enquanto uns após a doença, repensam na vida, outros perpetuam a sua situação de vida ou resignam-se face à nova situação.

A vida familiar é descrita singularmente pelos participantes, uns mantêm a vida familiar, outros reorganizam-na, outros sentem-se sobrecarga para os elementos da família, ou vivenciam a doença no seio familiar, outros sentem dificuldades de suporte à família, ou então a doença enriquece os afetos familiares.

A nível social, uns refazem o papel social, retomando as suas atividades sociais e de lazer, enquanto outros não têm certeza do retorno a esse papel.

A nível profissional, uns acreditam conseguir reorganizar o seu papel profissional, porém a dependência após AVC é referida como dificultadora na empregabilidade.

---

## 6. A Pessoa após AVC: Transição da Autonomia para a Dependência

Pretende-se com este capítulo, confrontar os resultados obtidos ao longo das entrevistas efetuadas aos doentes dependentes após AVC, relacionando-os com o enquadramento teórico obtido na revisão bibliográfica.

Segundo a revisão bibliográfica, em geral os homens apresentam maior incidência de AVC do que a mulher, para a mesma idade. Os participantes constituíram-se por sete do sexo feminino e seis do sexo masculino, por intenção do investigador.

A idade média do primeiro AVC no homem é 68,6 anos, enquanto na mulher é 72,9 anos e a incidência de AVC no homem é 33% mais elevada, embora existam grandes variações entre escalões etários e populações (Chobanian et al., 2003), o que nos levou a escolher intencionalmente a amostra.

As idades dos participantes estão compreendidas entre os 48 e os 76, sendo a idade média de 63, 615 aproximadamente, o que confirma os estudos que relatam a prevalência maior de AVC em pessoas idosas. Recordemos, Correia et al. (2004) que indicam que os efeitos cumulativos do envelhecimento, associados ao aumento do número de fatores de risco com a idade e ao seu carácter progressivo acrescem substancialmente o risco de AVC e, que em cada 10 anos depois dos 55 anos, estima-se que o risco de AVC duplique.

Giles e Rothwel (2008) narram uma maior prevalência de AVC em pessoas com nível de escolaridade mais baixo, o que se confirma na nossa amostra. Os participantes têm um nível de escolaridade desde o analfabetismo até ao 9º ano, tendo a maioria o 3º ano completo. A falta de conhecimentos ou a negligência de sinais e sintomas do AVC levam ao atraso na procura de ajuda médica.

Apenas um dos participantes não apresenta fator de risco de AVC. Os restantes são ou hipertensos, ou diabéticos, ou obesos, apresentam FA, Hipercolesterolemia, ou então têm hábitos etílicos ou tabágicos. Dos participantes salientou-se que seis participantes são hipertensos e tal como refere André (1999), a HTA aumenta em 3 a 4 vezes o risco de AVC, podendo ser considerada como responsável de metade de todos os casos. Segundo Goldstein et al. (2010) citado por SPAVC (2011) tem uma prevalência elevada que aumenta com a idade de 20% aos 50 anos para 60% aos 90 anos.

Cinco participantes são diabéticos, e de acordo com Flemming e Brown (2004), o risco de AVC em diabéticos é superior entre duas a seis vezes.

---

Um participante é fumador, e segundo Lopez et al. (2006) citado pela SPAVC (2011), o tabagismo, a seguir à HTA, constitui a segunda causa de mortalidade a nível mundial, relativa a fatores de risco modificáveis de AVC.

Dois participantes têm hábitos etílicos marcados, e segundo Ferro, Correia e Freire (1998), o consumo desregrado e exagerado de bebidas alcoólicas constitui fator de risco para AVC, principalmente hemorrágico.

Quatro dos participantes apresenta Hipercolesterolemia e, Goldstein et al. (2006) fundamentam que o colesterol total elevado e o colesterol da High-Density Lipoprotein (HDL) baixo são fatores de risco modificáveis para AVC em ambos os sexos.

Um dos entrevistados apresenta FA, o que segundo Flemming e Brown (2004) é um alto fator de risco para primeiro AVC ou AVC recorrente.

Um dos participantes é obeso, o que confirma os estudos de Straus, Majumdar, McAlister (2002), onde relatam que o excesso de peso está associado, de forma proporcional, a um maior risco de AVC.

O índice de dependência médio dos participantes, avaliado através do Índice de Barthel, entre o 1º e até o 10º dia depois do AVC é de 50,385 aproximadamente, revelando dependência moderada. Isto confirma os estudos da EUSI (2003) onde narram que um terço dos sobreviventes apresenta dependência entre moderada e severa, necessitando de cuidados permanentes de terceiros.

Três dos participantes apresentam dependência leve, sete dependência moderada e três dependência grave.

A AVD mais comprometida dos entrevistados após o AVC é o banho, seguindo-se a higiene corporal e o subir escadas. Clarke et al. (2002) confirmam que depender dos outros no banho é frequente nestes doentes.

Dos discursos verificámos que a família dos participantes toma configurações estruturais e relacionais muito diferenciadas, entre as que prevêm facilidades na integração familiar e as que presumem dificuldades no regresso a casa.

Os achados levaram-nos a compreender e analisar o processo de transição destes doentes, sendo relevante o percurso da doença, a adaptação à situação de doença e dependência, a integração no hospital, a preparação da alta e a constatação das mudanças na vida pessoal, familiar, social e profissional.

Estes doentes encontram-se numa transição do tipo saúde-doença, onde ocorre mudança repentina da saúde para a doença e também numa transição situacional, pois para além de terem de se adaptar à sua nova condição de saúde, ao serem hospitalizados, também têm que se adaptar ao ambiente hospitalar,

---

afastando-se dos seus papéis. A doença e dependência geram mudanças quer no doente, quer na sua família, apresentando esta transição múltiplos padrões simultâneos e relacionados.

As propriedades expressas pelos participantes para esta transição foram a consciência da mudança; a mudança e diferença, através da constatação das mudanças na vida; o envolvimento no processo de reabilitação, através da participação na reabilitação e na procura de informação e os eventos críticos foram a adaptação à situação de doença e dependência, a integração no hospital e a preparação do regresso a casa.

A condição pessoal que facilitou a transição foi a observação de melhoria clínica e a nível de condições comunitárias foram a boa relação com os profissionais de saúde, destacando o papel dos Enfermeiros, o apoio dos familiares através das visitas hospitalares e a presença de todos os recursos humanos e materiais na hospitalização. As condições pessoais que dificultaram a transição foram o significado que o doente atribuiu ao afastamento do domicílio, à sensação de limite psicológico, à falta de apetite, às limitações resultantes do AVC e às dificuldades que sentiu na adaptação a esta nova condição. As condições comunitárias que também dificultaram a transição foram as dificuldades de adaptação da família à nova condição do seu ente querido.

A nível de padrões de resposta, os indicadores de processo que demonstraram foram os sentimentos e interação com os profissionais de saúde; o localizar-se e situar-se face à sua nova situação, percecionando o regresso a casa e as dificuldades no futuro e, o desenvolvimento de confiança e coping, com o apoio dos profissionais de saúde, que proporcionaram conhecimento da doença e a preparação do regresso a casa. Os indicadores de resultado que demonstraram foram o domínio de novas competências do autocuidado, da atividade motora e da sensibilidade proprioceptiva, e a atribuição do significado da vida após a doença, assim como a consciencialização das mudanças na vida familiar, social e profissional.

Um dos participantes (E6) negou a mudança e diferença, como estratégia de coping ligada às emoções, minimizando a situação de doença e dependência.

Atendendo às questões de investigação inicialmente propostas, procederemos à discussão dos resultados, tendo em conta a sequência da sua apresentação.

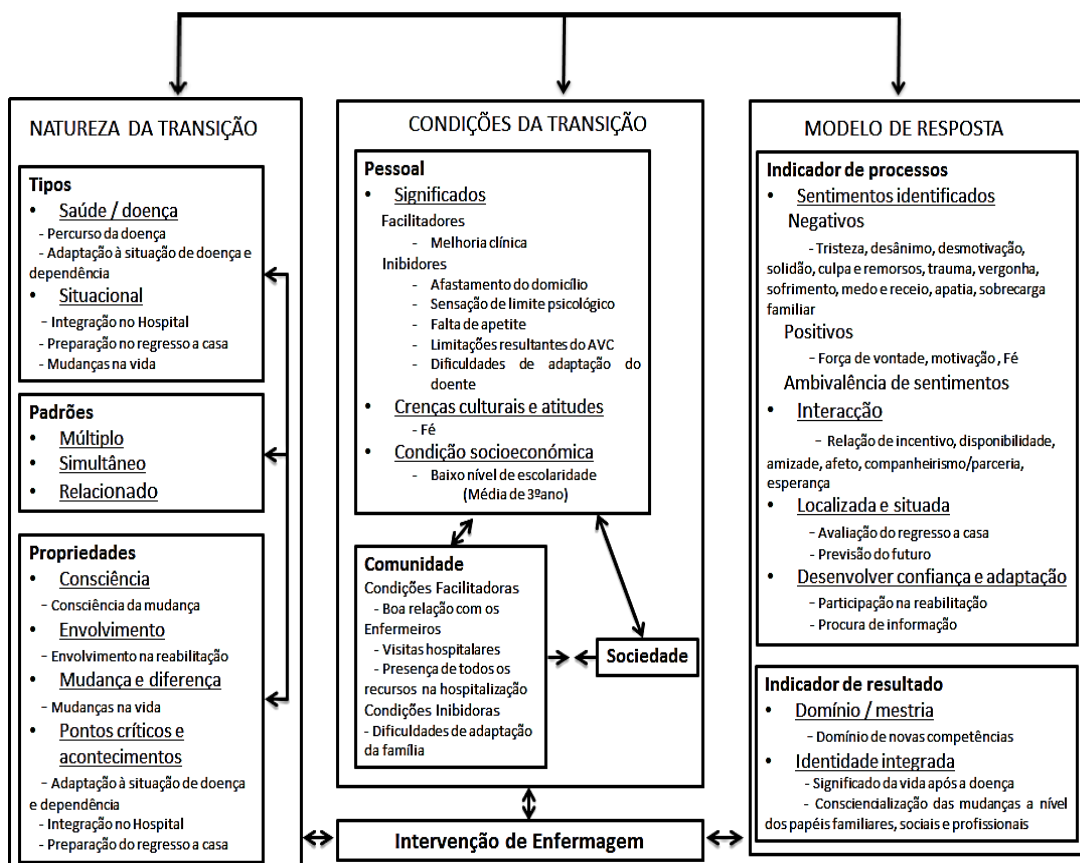


Figura 9: Representação da Teoria de médio alcance das transições adaptada à análise temática (Meleis et al., 2000, p.17)

O AVC é uma doença de aparecimento de sinais e sintomas súbitos. Os participantes descrevem o percurso da doença desde a deteção dos sinais e sintomas, transporte até ao hospital, momento de internamento até à alta e o local onde pensam permanecer no futuro. Esta doença constitui um acontecimento fortemente stressante, quer pela imprevisibilidade do seu aparecimento, quer pelas diversas alterações motoras, sensoriais, cognitivas e mentais que habitualmente deixa e se podem prolongar por longos períodos.

Ao longo das entrevistas constatámos que os doentes, familiares ou testemunhas identificam os sinais iniciais e de evolução das alterações, contudo grande parte não correlaciona com o diagnóstico de AVC, o que confirma os estudos divulgados pela ESO em 2008, que referem que apenas aproximadamente 33 a 50% dos doentes reconhecem os seus próprios sintomas como um AVC.

Os participantes afirmaram que quem identificou os sintomas foram os próprios, familiares ou testemunhas, contudo nem sempre procederam do melhor modo para que o acesso fosse mais rápido aos serviços de saúde.

Sete participantes (E3, E4, E5, E8, E9, E10, E12) contactaram primeiramente os familiares e só depois os familiares contactaram os serviços de emergência médica, o que corrobora com os estudos de Keskin, Kalemoglu, Ulusoy

---

em 2005, que relatam que os cuidados médicos raramente são procurados pelo próprio doente, em muitos casos o contacto é inicialmente realizado por um familiar.

Porém, um dos participantes (E7) contactou directamente os bombeiros, e outro (E6) chamou o Médico a casa. Outro participante (E11) negligenciou os sintomas iniciais, recorrendo apenas ao Serviço de Urgência no 4º dia após o AVC. Um participante (E6), mesmo com a persistência de sintomas, com receio da hospitalização e acreditar na melhoria de sintomas, só recorreu ao hospital após insistência de familiares.

A falta de conhecimentos acerca dos sinais de AVC foi visível num dos participantes, tendo recorrido sozinho e a pé ao Centro de Saúde (E13). Este procedimento comprova que a consciencialização para o AVC depende de fatores demográficos, socioculturais e do conhecimento médico individual, tal como Mandelzweig et al. (2006) e Montaner et al. (2001) afirmam. Logo que suspeitem de sintomas de AVC, os doentes, familiares ou testemunhas devem contactar os Serviços de emergência médica (Camerlingo et al., 2001).

A chegada direta ao Serviço de Urgência através de ambulância ou transporte dos Serviços de emergência médica é a forma mais rápida de referenciação (Sobesky et al., 2007). No presente estudo, o transporte utilizado por nove participantes (E1, E2, E3, E4, E7, E9, E19, E11, E12) foi a ambulância, o carro de familiares foi utilizado por três participantes (E5, E6, E8) e apenas um dos entrevistados (E13) foi a pé ao Centro de saúde.

Após a alta hospitalar, cinco participantes (E1, E6, E11, E12) foram para as Unidades de Cuidados Continuados, quatro (E2, E4, E9, E13) foram para o domicílio próprio, dois (E7, E8) para a casa dos filhos e dois (E3, E5) não tinham certeza para onde iriam. O destino mais optado pelos participantes foi a Unidade de Cuidados Continuados, alegando que em casa não tinham como recuperar e não tinham apoio domiciliário para as AVD.

Para local de permanência, onze participantes (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E9, E10, E11, E12, E13) pretendem voltar à sua casa, enquanto dois (E7, E8) esperam continuar na casa dos filhos.

As pessoas após AVC da artéria cerebral média vivenciam de modo único a transição da autonomia para a dependência para as AVD. Tubone (2007) afirma que sendo o AVC a principal causa de dependência acarreta consequências emocionais e socioeconómicas para o doente e para os seus familiares, tais como o agravamento da dependência nas AVD, alterações do humor, rutura na interação social e interferência na sua vida profissional, resultando na diminuição da sua qualidade de vida.

---

De acordo com Cacho, Melo e Oliveira (2004), as consequências funcionais após AVC predis põem os seus sobreviventes a um padrão de vida inativo.

A transição para a dependência após AVC, a necessidade de depender de outros para as AVD, ou ter de aprender estratégias alternativas para as efetuar, o afastamento familiar, domiciliar e laboral obriga o doente a readaptar-se à nova situação. Estas sequelas representam uma ameaça ao habitual controlo pessoal, exigindo um grande esforço adaptativo, refletido no enfrentamento dos desafios provenientes de um evento não desejado que provoca desequilíbrio no funcionamento físico, social e psicológico (Fortes; Neri, 2004).

Martins (2006, p.7) confirma o processo de adaptação do doente e família narrando, "*Muitos dos que sobrevivem a um episódio de AVC iniciam um longo processo de recuperação e adaptação às novas circunstâncias*".

A forma como a dependência é vivida pela pessoa doente e pelos seus familiares depende do modo como a própria doença é aceite (Martins, 2002).

**Os participantes vivenciam sentimentos diversos na transição da autonomia para a dependência após AVC**, desde tristeza, desânimo, desmotivação, solidão, culpa e remorsos, trauma, vergonha, sofrimento, medo e receio, apatia, sobrecarga familiar, mas também força de vontade e motivação para recuperar com recurso à Fé. Os doentes vivem uma enorme ambivalência de sentimentos.

Eastwood et al. (1989) confirmam que muitos dos doentes após AVC sentem medo, ansiedade, frustração, raiva, tristeza e uma enorme mágoa pelas suas perdas físicas e psicológicas, sentimentos, esses que representam até certo nível uma resposta normal ao trauma psicológico do evento. Por outro lado, a própria lesão de estruturas cerebrais também pode contribuir e ser responsável por algumas das alterações emocionais e de personalidade.

O medo referido por três participantes (E3, E4, E8) pode segundo Lau e McKenna, (2001) estar relacionado com a incerteza da recuperação, receio de repetição de um novo episódio de doença ou morte, sentimentos de abandono e necessidade de atenção.

A própria doença, mas também as dificuldades geradas pela dependência levam os participantes sentir-se traumatizados. Royal College of Physicians (2004) afirma que os medos resultantes das incapacidades, a insegurança na realização de atividades importantes para o indivíduo como até o convívio com outras pessoas podem ser traumatizantes para os doentes após AVC.

Os sentimentos de culpa e remorsos referidos por dois participantes (E2, E4) podem ser sinais de depressão após o AVC.

---

A vergonha é referida por um participante (E9), sendo a disartria um obstáculo na adaptação do doente. Muus e Ringsberg (2007) confirmam que a perda ou diminuição da linguagem por parte de alguns doentes após o AVC está relacionado com um baixo nível de qualidade de vida destes doentes, pela sua repercussão na comunicação e interação social.

Para além das mudanças a nível pessoal, três participantes (E3, E5, E12) sentem-se um fardo pelo trabalho que causam e causarão na vida da sua família. A sensação de sobrecarga familiar é descrita em diversos estudos. Cerqueira (2005) afirma que ao assumir-se como cuidador principal de um familiar, ficando responsável pela gestão da doença, administração da terapêutica e apoio em todas as AVD, o cuidador principal vai a curto prazo sofrer considerável desgaste físico e emocional. Cordeiro (2004) confirma que a dificuldade em desempenhar as AVD e a dependência de outros pode ter um efeito devastador para a pessoa e para a organização familiar, levando ao sofrimento de ambos.

A apatia demonstrada por dois participantes (E6, E12) confirma o estudo de Caeiro et al. (2003), onde verificam que a apatia é frequente no AVC agudo, principalmente em idosos.

O estado depressivo provocado pelo AVC é descrito pelos participantes como um sentimento de tristeza, desmotivação, desânimo ou como estado melancólico de viver sem perspetiva. Alves e Duarte (2010) confirmam que a pessoa dependente pode apresentar algumas tendências comportamentais comuns, nomeadamente depressão, ansiedade, baixa autoestima e autoconceito. Malheiro, Nicola e Pereira (2009) concluíram que a depressão foi uma ocorrência em 23 a 41% dos doentes nos primeiros meses após a ocorrência do AVC.

Mackenzie e Chang (2002) citado por Costa (2009) relatam que as reações emocionais negativas e o isolamento social afetam a vida dos doentes vítimas de AVC. A limitação da capacidade funcional aliada a situações de viuvez ou laços familiares pouco consistentes podem também induzir a restrições dos contatos sociais e conduzir ao isolamento, perturbando a dimensão social destes doentes.

A dificuldade na adaptação à doença, dependência e hospitalização associado ao isolamento é também referida por dois participantes (E1, E7), pois afastados da sua zona de conforto, dos seus conviventes, do seu domicílio sentem-se sós e isolados do seu mundo. Contudo, ao mesmo tempo que vivenciam sentimentos negativos, têm força de vontade para melhorar.

As mudanças decorrentes do AVC podem ser vivenciadas de formas diferentes, sendo consideradas devastadoras por alguns e menos problemáticas por outros (O' Connel et al., 2001). Um participante (E12) sente que está a sofrer,

---

dois sentem-se motivados para recuperar, outros dois (E4, E6) têm força de vontade e três (E6, E8, E12) recorrem à Fé para ultrapassar as dificuldades.

A presença de múltiplos sentimentos quer positivos, quer negativos simultaneamente é descrita por quatro participantes (E2, E4, E11, E13). Ao mesmo tempo que se sentem em baixo ao constatar as limitações resultantes do AVC, referem estar motivados para recuperar. Mendonça, Garanhaní e Martins (2008) confirmam que o desejo de sentir-se saudável entra em conflito com as limitações impostas pelo AVC.

**As preocupações vivenciadas pelas pessoas após AVC da artéria cerebral média foram descritas pelos doentes, quer preocupações a nível pessoal quer a nível familiar.** O medo e receio são expressos sob a forma de preocupações e dificuldades futuras.

Após as incapacidades provocadas pelo AVC, o doente refere preocupação de continuar dependente nas AVD, de não voltar a andar, de repetição do AVC, e por estar afastado do emprego aquando da hospitalização.

A preocupação de continuar dependente nas AVD vai ao encontro do que Bays (2001) citado por Santos (2010, p.6) referiu que a dependência para a execução das AVD interfere negativamente na vida dos doentes após AVC. A dependência nas AVD provocou inquietações em cinco participantes (E3, E5, E7, E10, E11) após o AVC, tal como afirmam Clarke et al. (2002) que depender dos outros em AVD como tomar banho, vestir e comer são problemas frequentes nos doentes após AVC.

Outra preocupação de dois participantes (E5, E8) é não andar e, Ramas (2007) afirma que a maior preocupação dos doentes após AVC e seus cuidadores é não andar, pois a marcha promove independência, tendo impacto direto no tempo de internamento e no retorno à vida social e ao trabalho. Salbach, Guilcher, e Jaglal (2011) referem que cerca de 51% das pessoas perde a capacidade de realizar marcha autónoma após o AVC. Apesar de uma rápida recuperação motora nas primeiras 5/6 semanas após o AVC, os défices podem persistir a longo prazo e contribuir para a diminuição da participação nas AVD.

O medo de repetição do AVC é expresso por dois participantes (E3, E4) e, Barber et al. (2001) confirmam que os doentes após AVC estão em risco elevado de AVC recorrente. Vickrey et al. (2002) expressam também que o risco de recorrência de AVC encontra-se substancialmente aumentado após um AVC prévio. Daí a importância da intervenção precoce, deteção dos fatores de risco e prevenção secundária.

---

O afastamento laboral é outra das preocupações relatadas por um participante (E9), Vestling, Tufvesson e Iwarsson (2003) demonstram que as vítimas do AVC são afetadas não apenas pelas incapacidades que limitam suas atividades, mas também pela impossibilidade de voltar ao trabalho.

As preocupações que os participantes têm com a família são devido ao afastamento da família aquando da hospitalização, levando à solidão do cônjuge e o afastamento dos papéis familiares como o papel de prestador de cuidados à criança, o papel terapêutico e o papel de dona de casa. As dificuldades financeiras, causadas pelo afastamento do doente do trabalho, comprometem por vezes a situação financeira da família.

Dois participantes (E3, E5) sentem preocupação por se afastarem da família, o que corrobora o estudo de Marin (1999), onde afirma que a hospitalização é desagradável para a pessoa, uma vez que ela exige distanciamento de familiares. Um participante (E1) preocupa-se especificamente com a implicação que o afastamento provoca na solidão do cônjuge.

O afastamento do papel de prestador de cuidados à criança aflige um participante (E3), do papel terapêutico inquieta dois participantes (E10, E12) e do papel de dona de casa angustia cinco participantes (E1, E3, E7, E10, E11). Estes relatos corroboram o estudo de Santos, Zanetti, Otero e Santos (2005), onde expressam que o impacto do AVC num dos membros, principalmente na fase produtiva, é um fator de rutura que vem desencadear mudanças violentas nos papéis e estrutura da família, forçando-a a desenvolver uma nova dinâmica, que inclui o ato de cuidar um dos outros.

O aparecimento do AVC na família obriga a uma redistribuição dos papéis familiares, fonte de preocupação dos doentes após AVC. Contudo, uma pessoa pode não ter preparação adequada ao desempenho de um determinado papel, não responder às expectativas sociais, gerando-se um conflito familiar. Um ou mais elementos da família têm que aprender novos papéis dentro da família, que até então, alguns papéis eram desempenhados pela pessoa afetada pelo AVC, obrigando a uma reorganização familiar rápida.

Azeredo e Matos (2003, p.29) narram que “ (...) o surgimento abrupto de um AVC num elemento de um agregado familiar, obriga a uma redistribuição de papéis no seio familiar e a um reconhecimento progressivo de novas tarefas que é necessário desempenhar, por vezes para sempre; a família pode, assim, ter que viver um “luto” de uma pessoa que ainda não morreu”. Para além do afastamento familiar e dos vários papéis que o doente representa na sua família, a doença e a dependência acarreta dificuldades financeiras à família.

---

A dependência causada pelo AVC afasta o doente do seu trabalho e, dificulta também a acessibilidade para encontrar emprego a quem está desempregado. A sustentabilidade da família decorrente deste facto preocupa os participantes (E6, E13). Béthoux, Calmels, Gautheron e Minaire (1996) confirmam que o problema financeiro é uma das principais preocupações que os casais têm para atender às despesas com a pessoa doente após AVC, como parte de seus orçamentos domésticos. Alguns casais chegam a revelar a impossibilidade em contar com serviços de cuidado domiciliar ou efetuar reformas na casa para diminuir suas sobrecargas, por não terem recursos financeiros suficientes.

Os acontecimentos que facilitam a transição da autonomia para a dependência após o AVC são narrados pelos participantes como eventos que dão confiança e apoio ao doente, tal como a boa relação com os Enfermeiros, a visita dos familiares ao hospital, a presença de todas as comodidades e a observação de melhoria clínica.

A boa relação com os Enfermeiros é bastante elogiada por três participantes (E2, E3, E13), tal como defende a Ordem dos Enfermeiros (2005) que o estabelecimento de uma relação terapêutica é fundamental à prestação de cuidados globais à pessoa, respeitando a individualidade que a caracteriza como ser único que é. Santos (2000) corrobora que a comunicação/relação Enfermeiro/doente é fator facilitador da recuperação da saúde do doente.

A visita dos familiares ao hospital é primordial para três participantes (E7, E10, E13) e a DGS (2000) confirma que as visitas hospitalares permitem o apoio psicológico e afetivo das pessoas significativas aos doentes internados. Para os participantes, o sentir o apoio da sua família facilita esta transição.

A presença de todos os recursos na opinião de um participante (E3) facilita a adaptação. Meleis et al (2000) confirmam que o apoio por parte de familiares ou amigos, as informações e suporte obtidos junto de profissionais de saúde facilitam o processo de transição.

O observar melhorias dá alento a dois entrevistados (E1, E9) para aderir ao regime terapêutico e continuar a recuperação da independência.

O afastamento do domicílio, a sensação de limite psicológico, a falta de apetite, as limitações resultantes do AVC, as dificuldades de adaptação do doente e dos familiares face à nova situação são referidos pelos participantes como acontecimentos que dificultam a transição após AVC.

O afastamento da zona de conforto do doente, do seu ambiente domiciliário, social e profissional é constrangedor para um participante (E1). A sensação de limite psicológico também é referida por cinco participantes (E2, E6, E10, E11,

---

E13), o que corrobora o estudo de Oliveira em 2012, onde relata que as normas e as regras do hospital podem isolar o doente do seu ambiente confortável, ou seja, a sua casa, bem como dos seus familiares. Mackenzie e Chang (2002) confirmam que o isolamento afeta a vida dos doentes após AVC.

A falta de apetite é referida como dificultadora nesta transição por um participante (E5) e segundo Paula, Pinto e Lúcia (2008) pode ser sintoma de depressão após AVC.

As limitações resultantes da dependência após AVC dificultam a adaptação à nova situação, referindo dois participantes (E4, E8) muitas dificuldades. A OMS (2007) testemunha que a dependência física tem influência marcante no contexto de vida da pessoa doente após AVC, pois representa limitação na capacidade funcional global para as atividades quotidianas como mover um braço, mão ou perna, manusear objetos, instrumentos de comunicação, de trabalhos, utensílios domésticos, andar, cuidar de sua higiene pessoal, exercer uma profissão e assim por diante, tendo grande impacto na adaptação do doente.

As dificuldades de adaptação dos doentes após AVC é referida por seis participantes (E1, E4, E5, E8, E11, E12) e as dificuldades de adaptação da família são referidas por um participante (E9). Estas dificuldades são reconhecidas por Mendonça, Garanhani e Martins (2008) que referem que durante a fase de adaptação ao AVC, as dificuldades surgem, porque o desejo de sentir-se saudável entra em conflito com as limitações impostas pela doença

A integração no hospital pela equipa multidisciplinar e a relação com estes é valorizada pelos participantes. Os entrevistados descrevem a constituição da equipa: Médicos, Enfermeiros, Enfermeiro de Reabilitação e Auxiliares, destacando o papel do Enfermeiro de Reabilitação no processo de reabilitação.

Cacho, Melo e Oliveira (2004) referem que os profissionais de saúde empenham-se em aumentar a recuperação funcional do doente após AVC.

**O Enfermeiro de Reabilitação, segundo os participantes, ajuda no processo de transição das pessoas que sofrem de AVC da artéria cerebral média** através do ensino e treino de competências adaptativas face à nova situação, como os autocuidados higiene, ir ao sanitário, comer, deambular e sentar-se, assim como no treino da mobilidade, do equilíbrio corporal e da sensibilidade propriocetiva.

Apesar da ajuda do Enfermeiro de Reabilitação neste processo de transição, nenhum participante identifica o Enfermeiro como especialista. A OE (2010) afirma que o Enfermeiro de Reabilitação tem um papel fundamental no treino de AVD com

---

o doente e família, atendendo às limitações da mobilidade e maximizando a autonomia

SIGN (2002) valoriza também o papel dos Enfermeiros de Reabilitação ao ajudar os doentes a readquirir as capacidades para desempenhar os autocuidados e restantes AVD e ao educar os doentes na sua rotina de saúde, no sentido de reduzir os fatores de risco de AVC. Cabe-lhes também dar informações, apoio e orientações à família e a outras pessoas envolvidas na prestação de cuidados.

Após a dependência ocasionada pelo AVC da artéria cerebral média várias necessidades se colocam à pessoa. Phaneuf (2005) afirma que para se poder intervir junto de uma pessoa doente é necessário conhecer as suas necessidades. Contudo, 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) citado por Williams e Pryor (2010)).

**Os participantes descrevem as necessidades que se colocam após AVC da artéria cerebral média** tais como a aprendizagem de estratégias para recuperar a deambulação, para não ser sobrecarga para outros e para executar os autocuidados autonomamente. Referem também necessitar de cuidados de reabilitação e apoio psicológico. Para que tal seja possível confiam na competência dos profissionais de saúde.

Seis participantes (E1, E5, E6, EE8, E9, E12) esperam aprender estratégias para recuperar a deambulação, o que corrobora a ideia de Ramas (2007) que refere que uma das maiores necessidades dos doentes após AVC é voltar a andar.

Três participantes (E1, E6, E8) esperam aprender estratégias para serem capazes de executar os autocuidados: higiene, comer e ir ao sanitário, o que confirma os relatos de Cordeiro (2004), onde refere que o domínio dos autocuidados e restantes AVD são fundamentais, no plano pessoal, familiar e social da pessoa após AVC.

Dois participantes (E1, E7) esperam aprender estratégias para não ser sobrecarga para outros, o que vai ao encontro de Cordeiro (2004), onde afirma que a dificuldade em desempenhar AVD e a dependência de outros pode ter um efeito devastador para a pessoa. A perda de independência e necessidade de cuidador faz com que o doente se sinta um fardo e queira aprender estratégias para diminuir a sobrecarga do familiar.

Dois participantes (E1, E11) esperam obter cuidados de reabilitação, tal como National Stroke Foundation (2005) afirma que muitos sobreviventes pós AVC exigem reabilitação e apoio contínuo na comunidade. A reabilitação nos doentes após AVC visa ajudá-los em termos físicos, psicológicos e sociais, atendendo a

---

que, para muitos deles, o último objetivo será o readquirir a marcha, a independência funcional e a reintegração na comunidade sociofamiliar, ainda que nem todos alcancem esta meta.

Um participante (E2) espera obter apoio psicológico, o que vai ao encontro de Martins (2006) que refere que o stress causado pelas mudanças após AVC, faz com que os doentes necessitem de apoio emocional durante o processo de transição. Clarke et al. (2002) narram também que estes doentes expressam níveis baixos de saúde mental e de bem-estar, necessitando de apoio psicológico.

A preparação do regresso a casa é de grande importância para os participantes após a dependência por AVC, tal como Cardoso, Felizardo e Januário (2012) referem, pois permite a continuidade do processo de transição em contexto domiciliário. Petronilho (2007) acrescenta que esta preparação é determinante desde a admissão do doente até à sua integração no contexto familiar.

A preparação da alta e sucesso da reabilitação, segundo Langhorne et al. (2011) dependem também da motivação e envolvimento do doente e família neste processo.

Os participantes envolvem-se no processo de reabilitação, através da procura de informação e treino de novas competências para fazer face à dependência nas AVD como os autocuidados: higiene, ir ao sanitário, comer, sentar-se, deambular, atividade motora e a sensibilidade propriocetiva. O domínio dessas competências motiva-os a continuar o processo de reabilitação e vai de encontro às suas necessidades. Menoita (2012) confirma que o sobrevivente de um AVC pode apresentar diversas sequelas sensíveis à reabilitação através de técnicas ao nível do posicionamento, equilíbrio, estimulação sensorial e atividades terapêuticas como rolar no leito, fazer a ponte, mobilizações, transferência e treino de marcha.

**As dificuldades descritas pelos participantes após AVC da artéria cerebral média foram as barreiras arquitetónicas do domicílio, as dificuldades de comunicação, a falta de apoio domiciliário para as AVD e para a reabilitação.**

A dificuldade de acessibilidade relatada por quatro participantes (E3, E9, E12, E13), corrobora os estudos da OMS em 2004 e Swain em 1993, onde afirmam que a pessoa após AVC, debate-se diariamente com barreiras arquitetónicas que ao cidadão comum passam despercebidas, mas são obstáculo ao seu dia-a-dia. Pynoos e Overton (2003) acrescentam que as áreas da casa que apresentam maiores riscos são o acesso, as escadas e a casa de banho, e a maioria das quedas ocorre na cozinha e na casa de banho. Leal (2001) refere também que

---

estes doentes têm receio das quedas, muitas vezes associado às más condições habitacionais.

Para além das barreiras físicas, a dificuldade na comunicação é vista como uma barreira para um participante (E9), a disartria dificulta o convívio social gerando vergonha. Recordando, Muus e Ringsberg (2005) certificam que a perda ou diminuição na linguagem por parte de alguns doentes após o AVC é significativa, pela sua repercussão na comunicação e integração social.

Um participante menciona também como dificuldades, a falta de apoio domiciliário para as AVD (E11) e outro participante para os cuidados de reabilitação (E1). Para fazer face à falta de apoio no domicílio nas AVD surge em 1997 o SAD. Também em 2006, o Ministério da Saúde, sabendo da falta de apoio domiciliário para reabilitação e de modo a dotar as pessoas dependentes de competências que lhes permitam ser autónomas nas AVD, criou a RNCCI, sendo possível haver apoio domiciliário para a reabilitação através da ECCL.

Makiyama et al. (2004) confirmam que o apoio multiprofissional no domicílio pode reduzir a inabilidade nas tarefas do quotidiano e de cuidados pessoais, minimizar os obstáculos ambientais e reduzir o isolamento social da pessoa doente e do seu cuidador.

Contudo, Murray e Lopes (1997) e Martins (2002) demonstraram que as necessidades dos doentes e de seus cuidadores ainda são negligenciadas na alta hospitalar, o que é confirmado no nosso estudo, onde verificamos que apesar de cinco participantes (E1, E4, E7, E9, E11) sentirem-se preparados para regressar a casa, oito ainda sentem dificuldades (E2, E3, E5, E6, E8, E10, E12, E13).

A previsão do futuro é também descrita de diferente modo pelos participantes. Quatro participantes (E2, E6, E7, E8) permanecem a sua perspetiva de vida, três (E5, E10, E11) não têm certeza sobre o amanhã e seis (E1, E3, E4, E9, E12, E13) estão conscientes das alterações que a dependência e a doença provocaram na sua vida.

Os participantes referem que o apoio no domicílio é feito por familiares, o que comprova os relatos de Simões e Grilo (2012) que indicam que a responsabilidade de cuidar dos dependentes, continua a ser da família.

Marques (2007) afirma que o doente após o AVC é confrontado com mudanças na recuperação funcional, no seu papel na família, na vida social e no estatuto de emprego. Os acontecimentos experimentados tendem a ser negativos para a pessoa resultando numa situação de stresse.

**Os acontecimentos relevantes durante o processo de transição para a dependência são descritos pelos participantes no que concerne à sua vida**

---

**pessoal, familiar, social e profissional**, salientando-se que enquanto cinco participantes (E3, E9, E11, E13) repensam na vida, nas mudanças que a dependência pelo AVC provocou, três (E2, E5, E8) perpetuam a sua situação de vida e cinco (E1, E4, E6, E7, E12) resignam-se face à nova situação, por sua vez Haacke et al. (2006) no seu estudo concluíram que nenhum doente após AVC voltou com a sua vida ao normal.

Os sentimentos de desmotivação, perda de controlo, em virtude das limitações após AVC, repercutem-se na forma como enfrentam os desafios colocados, perante a existência ou não de projetos de vida.

Para além da vida pessoal, foram relatadas mudanças na vida familiar dos participantes após AVC e, de acordo com os papéis, funções e relacionamentos familiares, a doença teve impactos diferentes nas famílias.

Quatro participantes (E4, E7, E8, E10) reorganizam a sua vida familiar e, segundo Caldas (2003), quando um membro da família desencadeia um processo de dependência reorganiza-se toda a dinâmica familiar, resultando em mudanças de papéis e das relações de poder, reinstituindo novas relações de intimidade e reprodução do grupo familiar. Andrade (1996) confirma também 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 e, devido à alteração de papéis, um participante (E10) refere dificuldades de suporte à família

Um participante (E9) vivencia a doença no seio familiar, Randovanovic et al. (2004) corroboram da ideia da dificuldade da doença vivida no seio de uma família, defendendo que sendo o AVC de aparecimento súbito, torna-se desgastante e exige da família a aceitação e uma rápida adaptação, o que não é fácil.

Dois participantes (E1, E2) fortalecem os afetos familiares após o AVC, o que vai ao encontro que Hogstel, Curry e Walker (2005/2006) afirmam, que a doença pode ser altamente benéfica para os membros da família, pois permite, por vezes resolver conflitos antigos, desenvolver recursos pessoais, conhecer melhor a pessoa, ser capaz de celebrar pequenas coisas e pequenos ganhos.

Três participantes (E3, E5, E12) sentem-se sobrecarga dos elementos da família e segundo Anderson, Linto e Stewart-Wynne (1995), os familiares quando desempenham o papel de cuidadores, acabam por experienciar sobrecarga e esta quando excessiva, pode levá-los ao fracasso ou interrupção no suporte oferecido ao seu familiar e a pessoa doente sente isso.

---

Três participantes (E6, E11, E13) mantêm a sua vida familiar, o que Rocha e Silva et al. (2003) confirmam, que alguns papéis podem ser mantidos na família. Contudo, as limitações da pessoa com AVC por vezes requerem mudanças nos membros da família, e a sua rotina diária em casa e fora dela pode ficar alterada.

A nível social, enquanto sete participantes (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E9) esperam reconstruir a sua vida social, seis (E7, E8, E10, E11, E12, E13) não têm certeza se voltarão às suas atividades sociais e de lazer. Xie et al. (2006) comprovam que as dificuldades em se envolver e executar atividades recreativas e passatempos são frequentemente relatados pelos doentes após AVC. Logan et al. (2004) por seu lado referem que as pessoas que sobrevivem a um AVC e têm retorno completo de função, não retornam à vida normal, devido a uma falta de habilidades sociais.

O conjunto de consequências físicas, psicológicas e financeiras do AVC dificulta a capacidade de retornar à atividade e participação na comunidade (National Stroke Foundation, 2005). A doença interfere com a capacidade da pessoa desempenhar as funções e satisfazer as obrigações que dela se esperam, ou seja, a pessoa é atingida na sua capacidade de desempenhar o seu papel social ou de manter o seu relacionamento habitual com os outros (Martins, 2002).

Delboni, Malengo e Schmidt (2010) confirmam que a vida na sociedade, com a família e no trabalho ficam prejudicados pelo AVC.

Para além das mudanças pessoais, familiares e sociais, três participantes (E4, E6, E11) relatam que a dependência após AVC é dificultadora para quem procura emprego, pois o acesso ao emprego é mais complicado. Os que exercem a sua profissão, apesar da dependência retardar o regresso ao trabalho, três participantes (E2, E9, E13) esperam reconstruir o seu papel profissional. Os discursos dos participantes comprovam os relatos de Sacco (2002), onde cita que as sequelas após AVC implicam algum grau de dependência, com cerca de 30 a 40% dos sobreviventes impedidos de voltarem ao trabalho.

Falcão et al. (2004) confirmam no seu estudo que o AVC trouxe modificações na condição de trabalhadores. Antes do AVC, 83% dos homens e 54% das mulheres trabalhavam e, após o AVC, aproximadamente, 10% dos homens e 45% das mulheres passaram a ter como fonte de renda as doações ou recursos de familiares.

Ultimamente tem-se verificado um aumento no número de vítimas de AVC com idades que rondam os 50 anos ou até mais novos, pessoas em plena atividade e no auge do seu rendimento, e a doença retira-lhes a capacidade produtiva total ou parcial (Chalela et al., 2004).

---

Os participantes apresentam diferentes graus de dependência, desde dependência leve a grave, contudo todos vivenciam este processo de transição com preocupações, dificuldades e sentimentos negativos. Mesmo as pessoas com menor grau de dependência preocupam-se em sobrecarregar a família (E3), estarem dependentes nas AVD (E3), demorarem a regressar ao trabalho (E9) e também para quem procura emprego, a doença e a dependência dificultam a empregabilidade (E4).

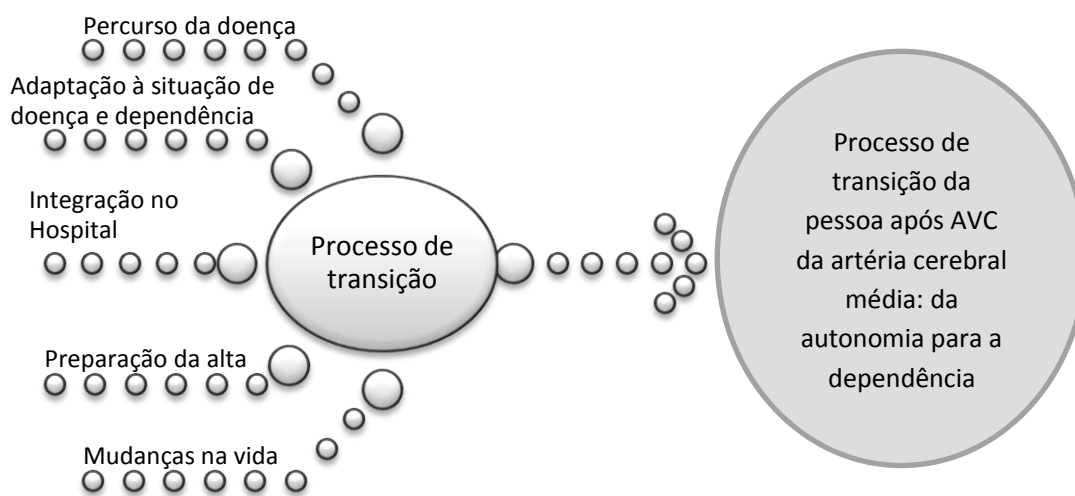


Figura 10: Achados emergentes dos discursos

Apesar do esforço realizado para compreendermos como transita a pessoa da autonomia para a dependência após AVC, ficamos com a noção de que outros estudos devem de ser realizados. Contudo, apesar das circunstâncias, os resultados deste estudo são um importante contributo para melhoria dos cuidados de Enfermagem, em especial, de Enfermagem de Reabilitação, e a análise dos resultados permite tirar conclusões, em parte semelhantes às encontradas noutros estudos, sendo de salientar as particularidades expressas pelos participantes nesta transição.

Evidencia-se que o processo de transição passa pelo percurso da doença; a adaptação à situação de doença e dependência; à integração no hospital; a preparação da alta e as mudanças ocorridas na vida das pessoas.

---

## CONCLUSÃO

No momento final do nosso estudo é de grande importância refletirmos sobre os resultados a que chegamos e a forma como se desenvolveu este estudo.

A escolha do tema foi de extrema importância, visto que apesar da mortalidade por AVC ter diminuído em muitos países desenvolvidos, a sua incidência tem aumentado devido ao aumento da expectativa de vida e, as sequelas que deixa restringem os vários papéis da pessoa, para além do período agudo, tendo esta de se adaptar à sua nova situação.

A busca da independência requer uma reaprendizagem em diferentes papéis e atividades, nomeadamente nas AVD e autocuidados pelo que é necessário, uma integração positiva no hospital, de modo a que o doente estabeleça uma relação empática com os profissionais de saúde e participe ativamente no processo de reabilitação após AVC.

Foi nossa preocupação compreender e analisar o processo de transição das pessoas com AVC da artéria cerebral média, que transitam da autonomia para a dependência e descrever os acontecimentos significativos para a pessoa na vivência deste processo de transição.

O processo de transição das pessoas dependentes após AVC da artéria cerebral média é descrito pelos participantes valorizando o percurso da doença, o processo de adaptação à situação de doença e dependência, a forma de integração no hospital, a preparação da alta e as mudanças ocorridas na vida do doente e família após o AVC.

Meleis através da sua teoria das Transições orienta os Enfermeiros na sua prestação de cuidados e, tendo em conta que nos ajuda a compreender como se dá o processo de transição das pessoas que se tornam dependentes após AVC da artéria cerebral média, analisamos pormenorizadamente este processo segundo os relatos dos intervenientes.

Os entrevistados relatam o percurso da doença desde o seu aparecimento súbito; a hora do aparecimento do AVC; os sinais e sintomas observados, iniciais e de evolução; a pessoa que deteta os sinais e sintomas do AVC, sendo na sua maioria o próprio ou os familiares, mas também testemunhas; o contacto que

---

efetuem após a identificação dos sinais e sintomas, na maioria contactam os familiares, mas também os vizinhos, os Bombeiros, os profissionais de saúde ou até o patrão; o transporte que utilizam para recorrer aos Serviços de saúde após identificação de sintomas, referindo ser o carro de familiares, a ambulância ou então a pé; o destino que optam após a alta hospitalar, escolhendo a casa própria, a casa de familiares ou Unidades de Cuidados Continuados, outros porém não sabem no momento da entrevista para onde irão após a alta, e o local que escolhem para permanecer no futuro, optando pelo domicílio próprio ou dos filhos.

O processo de adaptação à situação de doença e dependência após AVC foi narrado pelos participantes através da expressão de sentimentos como a tristeza, desânimo, depressão, revolta, culpa, remorsos, trauma e obstáculo, medo e receio das consequências da doença e dependência, solidão, sofrimento, vergonha e sentimento de fardo para os familiares. Ao mesmo tempo que vivenciam com amargura esta transição, sentem também força de vontade, motivação e coragem para recuperar. Apegam-se a crenças religiosas para acreditarem na melhoria, expressando sentimentos de fé e esperança.

A consciência da mudança e diferença pela dependência após o AVC é visível nos discursos dos doentes, uns aceitam e vão à luta das melhorias, outros negam e minimizam a situação de doença e dependência.

Os participantes referem também o que os preocupa após a doença e a situação de dependência, dividindo estas em preocupações pessoais e familiares. As preocupações pessoais que os participantes referem são o receio de repetição do AVC, o afastamento laboral, a dependência nas AVD e o receio de não voltar a andar. As preocupações familiares que descrevem são o afastamento familiar, a solidão do cônjuge, a sustentabilidade da família e os papéis familiares que não executam aquando da hospitalização, tais como o papel de prestador de cuidados à criança, o papel terapêutico e o papel de dona de casa.

O modo de integração no hospital após o AVC é muito destacado pelos participantes, descrevem os profissionais de saúde que cuidam de si, Médicos, Enfermeiros, Enfermeiros de Reabilitação e Auxiliares, dando especial atenção ao papel dos Enfermeiros de Reabilitação e para além disso valorizam a relação estabelecida com a equipa multidisciplinar, apreciando a relação de incentivo, de disponibilidade, de amizade, de afeto, de companheirismo/ parceria e de esperança. A satisfação com os recursos disponíveis, sobretudo humanos, mas também materiais, é valorizada na integração no hospital.

Os doentes face à nova situação e à hospitalização têm várias expectativas, esperam aprender estratégias para recuperar a deambulação, para executarem os

---

autocuidados de modo independente, a fim de não sobrecarregarem os familiares e também esperam ter acesso a cuidados de reabilitação, confiando sempre na competência dos profissionais para a sua melhoria clínica.

A preparação da alta é bastante valorizada pelos participantes, referindo alguns estarem aptos para regressar a casa, enquanto outros ainda manifestam dificuldades e precisam tempo para continuar essa preparação.

O envolvimento no processo de reabilitação é descrito através da participação ativa e da procura de informação efetuada pelos participantes. A motivação e coragem quando percebem que dominam novas competências, como os autocuidados: higiene, ir ao sanitário, comer, sentar-se e deambular, assim como a mobilidade alcançada, o equilíbrio corporal, e a sensibilidade proprioceptiva impulsionam a continuação da reabilitação.

As dificuldades previstas para o futuro identificadas pelos participantes foram as barreiras arquitetónicas no domicílio, a falta de apoio domiciliário para reabilitação e para as AVD e as dificuldades de comunicação.

O futuro é descrito singularmente pelos doentes, enquanto uns permanecem na perspetiva de vida, outros manifestam incerteza sobre o amanhã e outros estão conscientes das alterações que a doença e a dependência provocaram na sua vida. O apoio no domicílio facilita o regresso a casa, sendo prestado pela família, em maior número efetuado pelos filhos, mas também pela família nuclear.

As mudanças na vida dos participantes e na vida da sua família após a dependência por AVC são muito relatadas, uns repensem na vida, enquanto outros perpetuam a sua situação de vida ou então resignam-se face à nova situação.

A vida familiar é relatada de acordo com a dinâmica da família de cada participante. Uns mantêm a vida familiar, enquanto outros reorganizam a vida familiar, sentem-se sobrecarga para os elementos da família, ou vivenciam a doença no seio familiar. Há ainda os que sentem dificuldades de suporte à família ou então a doença enriquece os afetos da sua família.

A nível social, dos discursos dos participantes emergiu que enquanto uns refazem o seu papel social, outros não têm certeza da reconstrução desse papel.

A nível profissional, uns acreditam conseguir regressar ao seu papel profissional, porém a dependência após AVC é referida como dificultadora na empregabilidade.

Dos acontecimentos significativos descritos pelos participantes na vivência do processo de transição após dependência por AVC da artéria cerebral média evidenciaram-se acontecimentos facilitadores e inibidores deste processo. Os acontecimentos que facilitaram o processo de transição após a dependência foram

---

a boa relação com os Enfermeiros, a melhoria clínica observada, a visita dos familiares ao hospital, assim como não sentir falta de nenhum recurso aquando da hospitalização. Pelo contrário, o afastamento do domicílio, a sensação de limite psicológico, as dificuldades de adaptação do doente e dos familiares face à nova situação, a falta de apetite e as limitações resultantes do AVC são descritos como acontecimentos inibidores deste processo de transição.

Desta investigação emergiram dados que nos levam a repensar os cuidados de Enfermagem. Ao refletirmos sobre os achados dos participantes chegamos a várias conclusões:

- apesar de todo o apoio narrado e fornecido quer pelos Enfermeiros, quer pela restante equipa multidisciplinar, as dificuldades de adaptação sentidas pelo doente e pela sua família, face à nova situação são referidas como acontecimentos que inibem o processo de transição;

- os profissionais de saúde, em especial os Enfermeiros preocupam-se em programar a alta desde a admissão, dotando a pessoa doente e sua família de competências que lhes permitem adaptar à nova situação, todavia, esta é insuficiente, pois as barreiras arquitetónicas no domicílio, a falta de apoio domiciliário para as AVD e para a reabilitação são dificuldades que os doentes prevêem para o futuro e os atormenta;

- as necessidades dos participantes vão de encontro ao domínio de competências e ao apoio que descrevem dos Enfermeiros, pois facilitam a expressão de sentimentos, angústias e preocupações, e também motivam a procurar informação e participar na reabilitação. Os Enfermeiros reabilitam a pessoa de modo a que seja o mais independente possível no seu dia-a-dia, ensinando, instruindo e treinando os vários autocuidados, exercícios de equilíbrio, mobilidade e sensibilidade.

- as competências adquiridas narradas pelos participantes não mencionam o domínio do autocuidado: vestir e despir, sendo uma das atividades que referem dependência;

- apesar dos participantes elogiarem o papel dos Enfermeiros de Reabilitação, não os identificam como especialistas, referindo apenas o seu apoio como Enfermeiros;

- a previsão que os participantes fazem do futuro é maioritariamente com muitas dificuldades, contudo, enquanto cinco participantes repensam na vida, os restantes oito participantes mantêm ou resignam-se à sua nova situação, não apresentando projetos de vida com significado. É difícil saber se pelas idades avançadas ou se pela vivência da doença na fase aguda. A reconstrução dos

---

papéis sociais e profissionais é difícil para alguns participantes, sendo pouco o apoio prestado pela equipa multidisciplinar na reconstrução destes papéis;

- metade dos participantes avalia-se como apta para regressar a casa no momento da entrevista, porém é relatado que os participantes com índice de dependência mais elevado esperam após a alta reabilitar-se numa Unidade de Cuidados Continuados, referindo que em casa não têm condições para melhorar.

Mediante as nossas conclusões sugerimos uma preparação da alta mais cuidada, atendendo às necessidades e dificuldades quer do doente, quer da sua família para que o regresso a casa não seja um obstáculo. Sugerimos também um maior apoio aos doentes e seus familiares, de modo a que a adaptação à doença e dependência seja mais facilitada, pois segundo a DGS (2010), o planeamento da alta do doente deve ir ao encontro da família e do doente, envolvendo-os no processo terapêutico. Este planeamento tem como objetivos capacitar o doente e família para o autocuidado, estimular a maior independência possível, promover a adaptação do doente e família ao meio exterior, eliminando barreiras no sentido de satisfação das suas necessidades, mobilizar os recursos da comunidade e reintegrar o doente no seu ambiente social.

Identifica-se ainda a necessidade dos Enfermeiros de Reabilitação se apresentarem aos doentes, para que estes os identifiquem e saibam qual o seu papel. A OE (2010, p. 2) define as suas competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação: *“cuida de pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e o exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”*. Posto isto, sugiro uma ação de formação para sensibilizar os Enfermeiros a terem esta prática de cuidados. Apesar das pessoas valorizarem as competências dos Enfermeiros de Reabilitação, pois vão de encontro às necessidades que identificam após o AVC, não os diferenciam dos restantes Enfermeiros.

No fim deste percurso e tendo em conta que seguimos metodologicamente o que tínhamos planeado consideramos terem ocorrido limites, sendo de salientar o facto de não termos acompanhado os doentes durante todo o processo de transição, sendo apenas investigado o processo de transição na fase aguda, entre o primeiro dia e o décimo dia após o AVC.

Dos dados agora identificados ficamos com conhecimento suficiente para se poder fazer uma escala de avaliação do processo de transição de forma a poder realizar um estudo quantitativo nestes doentes.

---

Este estudo contribuiu para aumentar o conhecimento dos Enfermeiros, em especial os Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, de modo a que percebam as necessidades, as dificuldades, as preocupações e os acontecimentos significativos para o doente e família, para que possam ajudá-los na vivência deste processo de transição.

A sensação de muito mais a investigar fica presente, contudo pensamos ter ajudado a construir um conhecimento sobre a transição da pessoa que se torna dependente após AVC e, deste modo melhorar o conhecimento da Enfermagem.

---

## BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W. C. – *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda, 2008.
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I. P.- *Carga Global da Doença na região Norte de Portugal*, Porto, Ministério da saúde, Abril de 2011. [Em linha]. [Consult. 2013-04-05]. Disponível em: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Carga\\_Global\\_Doenca\\_Regiao\\_Norte\\_2004.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Carga_Global_Doenca_Regiao_Norte_2004.pdf).
- ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C.; VASCONCELOS, M. E.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G.; FONSECA, T. C.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. - A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 23 (8), (Agosto de 2007), p. 1924-1930.
- ALVES, M.; DUARTE, E. - Relação entre a Imagem Corporal e Deficiência Física. Uma pesquisa Bibliográfica. *Revista Digital*. Ano 15, nº 143 (Abril de 2010).
- ANDERSON, C.; LINTO, J.; STEWART-WYNNE, E. G. - A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*. Vol. 26, nº 5 (1995), p. 843-849.
- ANDRADE, O.G. - *Cuidado ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral: representações do cuidador familiar*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1996.
- ANDRADE, L. M.; COSTA, M. F. M.; CAETANO, J. A.; SOARES, E. ; BESERRA, E. P. - A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*. 43 (1), (2009), p. 37-43.
- ANDRADE, F. M. M. - *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, para a obtenção de grau de mestre, 2009.
- ANDRÉ, C. - *Manual de AVC*. Rio de Janeiro, Revinter, 1999.

- 
- APPELROS, P.; NYDEVIK, I.; VIITANEN, M. - Poor outcome after first-ever stroke: predictors for death, dependency, and recurrent stroke within the first year *Stroke*, Vol. 34, (2003), p. 122–126.
  - APPELROS, P.; STEGMAYR, B.; TERE'NT, A. - Sex differences in stroke epidemiology. *Stroke*. Vol. 40, nº 4, (2009), p. 1082-1090.
  - ARAÚJO, F., RIBEIRO, J. L. P.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C. - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. VOL. 25, Nº 2 — Julho/Dezembro, (2007).
  - AYBEK, S. ; CAROTA, A. ; GHKA-SCHMID, F. ; BARNEY, A. ; MELLE, G. V. ; GUEX, P. ; BOGOUSLAVSKY, J. - Emotional behavior in acute stroke. The Lausanne emotion in stroke study. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 18 (1), (2005), p. 37-44.
  - AZEREDO, Z. ; MATOS, E. - Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*. (2003).
  - AZIZ, N. [et al.] - *Therapy based rehabilitation services for patients living at home more than one year after stroke* – A Cochrane review. Cochrane database of systematic reviews, 2007.
  - BARBER, P. A. ; ZHANG, J. ; DEMCHUK, A. M. ; HILL, M. D. ; BUCHAN, A. M. - Why are stroke patients excluded from TPA therapy? An analysis of patient eligibility. *Neurology*. 56, (2001), p. 1015-1020.
  - BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Editora 70, 2003.
  - BASTOS, A. ; QUESADO, A. ; PADILHA, J. M. ; FERREIRA, L. M. ; KRAUS, T. - Áreas de intervenção dos Enfermeiros, na adaptação da pessoa à situação de doença. *Revista Sinais Vitais*. 60, (2005), p. 49-54.
  - BÉTHOUX, F. ; CALMELS, P. ; GAUTHERON, V. ; MINAIRE, P. - Quality of life of the spouses of stroke patients: a preliminary study. *Int J Rehabil Res*. 19 (4), (Dec. 1996), p. 291-299.
  - BHOGAL, S. K. ; TEASELL, R. W. ; FOLEY, N. C. ; SPEECHLEY, M. R. - Community reintegration after stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*. Vol. 10, nº 2 (2003), p. 107-129.
  - Bluhmki, E.; Chamorro, A; Dávalos, A; Machnig, T; Sauce, C; Wahlgren N, et al. Stroke treatment with alteplase given 3,0–4,5 h after onset of acute ischaemic stroke (ECASS III): additional outcomes and subgroup analysis of a randomised controlled trial. *Lancet* , 2009;8, p.1095-1102.
  - BOBATH, B. - *Hemiplegia no adulto: Avaliação e tratamento*. São Paulo, Editora Manole, 1990.

- 
- BRASS, M. ; DERRFUSS, J. ; FORSTMANN, B. ; CRAMON, Y. V. - The role of the inferior frontal junction area in cognitive control. *Trends in cognitive sciences*. 9 (7), (2005), p. 314-316.
  - BRIDGES W. - *Transitions: Making Sense of Life's Changes*. Da Capo Press, Cambridge, MA, 2004.
  - BURTON, C. R. - Living with stroke: a phenomenological study. *Journal Advanced Nursing*. 32(2), (Aug. 2000), p. 301-309.
  - CABETE, D. G. - O impacto do internamento no idoso: parte II de II. *Nursing*. Nº 137, (Out. 1999), p. 24-30
  - CACHO, E. W. A. ; MELO, F. R. L. V. ; OLIVEIRA, R. - Avaliação da recuperação motora de pacientes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fugl-Meyer. *Revista Neurociências*. V. 12, n.º2 (Abr./Jun. 2004).
  - CAEIRO, L. ; FERRO, J. M. ; ALBUQUERQUE, R. ; FIGUEIRA, M. L. - A apatia no AVC agudo. *Revista Sinapse*. 2 (3), (2003), p. 71.
  - CALDAS, A. - *A Herança de Franz Joseph Gall: O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*. Amadora, McGraw- Hill, 1999.
  - CALDAS, C. P. - Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. V.19, n.º 3 (2003), p. 773-81.
  - CALDAS, A. – Síndromes neurológicas de causa vascular. In ANTUNES, J.; Ferro, J. - *Acidentes Vasculares Cerebrais: diagnóstico e tratamento*. Lisboa, Laboratórios UCB, p. 9-19, 1986.
  - CAMBIER, J. ; MASSON, M. ; DEHEN, H. – *Neurologia*. 11ª Ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, ISBN 85-277-1066-8, 2005.
  - CAMERLINGO, M. ; CASTO, L. ; CENSORI, B. ; FERRARO, B. ; GAZZANIGA, G. ; PARTZIGUIAN, T. ; SIGNORE, M. ; PANAGIA, C. ; FASCENDINI, A. ; CESANA, B. M. ; MAMOLI, A. - Experience with a questionnaire administered by emergency medical service for pre-hospital identification of patients with acute stroke. *Neurol Sci*. 22, (2001), p. 357-361.
  - CAMPOS, M. – *Integração na Família de uma Pessoa Dependente no Autocuidado: Impacto da Acção do Enfermeiro no Processo de Transição*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2008.
  - CANCELA, D. M. G. – *O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, principais consequências e Reabilitação*, Porto, ULP, 2008.
  - CARDOSO, A. ; FELIZARDO, H. ; JANUÁRIO, J. - *O Enfermeiro como Gestor do Processo de Preparação do Regresso a Casa*, in Unidade de Investigação da

---

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (eds), *Enfermagem de Nightingale aos Dias de Hoje 100 anos*. Coimbra, p. 75-88, 2012.

- CARNETHON, M. R. - Physical Activity and Cardiovascular Disease: How Much is Enough? *Am J Lifestyle Med.* 3 (1 Suppl), (Jul. 2009), 44S-49S.
- CAROTA, A. ; STAUB, F. ; BOGOUSSLAVSKY, J. - Emotions, behaviours and mood changes in stroke. *Neurol.* 15 (1), (2002), p. 57-69.
- CERQUEIRA, M. M. - *O cuidador e o doente paliativo*. Edição Formasau, ISBN: 972-8485-49-2, 2005.
- CHALELA, Júlio A. [et al.] - *Stroke Diagnostics and Therapeutics Section*. NINDS / NIH; Wikigenes Publishing, 2004.
- CHICK, N.; MELEIS, A.I. - *Transitions: a nursing concern*. Chinn IP, Nursing research methodology, Boulder (CO), Aspen Publication, p. 237-57, 1986.
- CHIZZOTTI, A. - *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 10ª Ed., Cortez, São Paulo, 2009.
- CHOBANIAN, A. V. ; BAKRIS, G. L. ; BLACK, H. R. ; CUSHMAN, W. C. ; GREEN, L. A. ; IZZO, J. L. Jr. ; JONES, D. W. ; MATERSON, B. J. ; OPARIL, S. ; WRIGHT, J. T. Jr. ; ROCCELLA, E. J. - The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *The JNC 7 Report. JAMA.* Vol. 289 (2003), p. 1560-2572.
- CLARKE, P. - Towards a greater understanding of the experience of stroke: integrating quantitative and qualitative methods. *Journal of Aging Studies*, 17, (2003), p. 171-187.
- CLARKE, P. ; MARSHALL, V. ; BLACK, S. ; COLANTÓNIO, A. - Well-being after stroke in Canadian seniors. Findings from the Canadian Study of Health and Aging. *Stroke.* Vol. 33 (2002), p. 1016-1021.
- COELHO, S.; MENDES, I.- Da pesquisa à prática de enfermagem aplicando o modelo de adaptação de Roy. *Esc. Anna Nery*, vol.15 nº.4 Rio de Janeiro. Oct./Dec. (2011).
- COLEMAN, P. G. - Identity management in later life. Em WOODS, R. T. (Ed.) *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. Chichester: *John Wiley & Sons*. (1996), p. 93-114.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, CIPE/ICNP, Versão Beta 2, Lisboa, APE, 1999.
- COORDENAÇÃO NACIONAL PARA AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES E ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – *Documento Orientador sobre Vias Verdes*

- 
- do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente vascular Cerebral (AVC)*, Lisboa, 2007.
- CORDEIRO, J. D. - *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa, Ed. Salamandra, p. 13, 189-192, 2004.
  - CORREIA, M. ; SILVA, M. R. ; MATOS, I. ; MAGALHÃES, R. ; LOPES, J. C. ; FERRO, J. M. ; SILVA, M. C. - Prospective Community-based study of Stroke in Northern Portugal: incidence and case fatality in rural and urban populations. *Stroke*. 35, (2004), p. 2048- 2053.
  - COSTA, A. – *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos Enfermeiros*. Coimbra, Formasau, 2002.
  - COSTA, R. J. D. - *Factores preditores do estado de saúde em indivíduos vítimas de AVC*. Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro, 2009.
  - COUTO, C. F. T. M.; NUNES, D. A. A.; COELHO, F. A. D. ; ENES, J. B. F.; SILVA, S. M. B. – Contributo da Hospitalização do Enfermeiro para o Seu Desenvolvimento Pessoal e Profissional. *Revista sinais vitais*. - ISSN 0872-8844. - Nº 74 (Set. 2007), p. 15-18.
  - CRUZ, M.A. - *Tais cuidadores, quais cuidadores*. São Paulo, Unicamp, 2002.
  - DELBONI, M. ; MALENGO, P.; SCHMIDT, E. - Relação entre aspectos das alterações funcionais e o seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de AVC. *O mundo da saúde*. 34 (2), (2010), p. 165-175.
  - DIÁRIO DA REPÚBLICA, II Série, nº 35/2011- Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.
  - DINIS, R.P.A.B. – A família do idoso internado: o parceiro esquecido?!. In: GOMES, I. (coordenação) – *Parceria e cuidado de Enfermagem – uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau. Cap. III. ISBN 978-972-8485-86-3, 2007.
  - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários Clínicos*. Lidel, 2010.
  - DISERENS, K.; MICHEL, P. ; BOGOUSSLAVSKY, J. - Early mobilisation after stroke: Review of the literature. *Cerebrovasc Dis*. 22, (2006), p.183-190.
  - DOBKIN, B. - The economic impact of stroke. *Neurology*. 45 (2 Suppl 1), (Feb 1995), S6-S9.
  - DOYLE, P. J. - Measuring health outcomes in stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 83 (2), (2002), p. 39-43.

- 
- DUNCAN, P.W. ; ZOROWITZ, R. ; BATES, B. ; CHOI, J.Y. ; GLASBERG, J.J. ; GRAHAM, G.D. ; KATZ, R.C. ; LAMBERTY, K. ; REKER, D. - Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke*. 36, (2005), p.100-143.
  - EASTWOOD, M. R. ; RIFAT, S. L. ; NOBBS, H. ; RUDERMAN, J. - Mood disorder following cerebrovascular accident. *Br J Psychiatry*. 154, (1989), p. 195-200.
  - ELKIND, M. S.; SCIARRA, R.; BODEN-ALBALA, B. - Moderate alcohol consumption reduces risk of ischemic stroke. The NOMAS. *Stroke*. 37, (2006), p. 13-192.
  - EUROPEAN STROKE INICIATIVE - *AVC isquémico: profilaxia e tratamento*. Alemanha, EUSI, 2003.
  - EUROPEAN STROKE ORGANIZATION - *Recomendações para o tratamento do AVC isquémico* Heidelberg, 2008. [Em linha]. [Consult. 2013-01-25]. Disponível em: [http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08\\_Guidelines\\_Portuguese.pdf](http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Portuguese.pdf)
  - FALCÃO, I. V. ; CARVALHO, E. M. F. ; BARRETO, K. M. L. ; LESSA, F. J. D. ; LEITE, V. M. M. - Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infan*. (4) 1, (2004), p. 95-101.
  - FISHER, M.; HACHINSKI, V. - European Cooperative Acute Stroke Study III: Support for and Questions About a Truly Emerging Therapy. *Stroke*. American Heart Association, 40, (2009), p. 2262-2263.
  - FERRO, J.; PIMENTEL, J. – *Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa, Lidel, 2006.
  - FERRO, J. M. ; CORREIA, M. ; FREIRE, A. - Prevenção secundária do acidente vascular cerebral. *Acta Médica Portuguesa*. Lisboa, Vol. 11, (Novembro 1998), p. 1019-1040.
  - FLEMMING, K. D. ; BROWN, R. D. - Secondary prevention strategies in ischemic stroke: identification and optimal management of modifiable risk factors. *Mayo Clin Proc*. Vol. 79, nº 10 (2004), p. 1330-40.
  - FONSECA, A. M. - *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa, Climepsi Editores, ISBN: 978-972-796-156-6, p. 246, 2004.
  - FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G. - Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio Janeiro, v. 13, n. 4, (2008), p. 1175-1180.

- 
- FONTES, N. - Tratamento fisiátrico do acidente vascular cerebral, *Geriatrics*. Nº 85 (Maio 1996).
  - FORTES, A. C. G. ; NERI, A. L. - *Eventos de vida e envelhecimento humano*, in NÉRI, A. L. ; YASSUDA, M. S. ; CACHIONI, M. (Orgs.) - Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. Papyrus, p. 51-70, 2004.
  - FORTIN, M. F. - *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. 3ª Ed., Loures, Lusociência, 2003.
  - FREDRICKSON, B. L.; MANCUSO, R. A.; BRANIGAN, C.; TUGADE, M. M.- The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, 24, (2000). p. 237-257.
  - FREIBERG, J.J.; TYBJÆRG-HANSEN, A.; JENSEN, J.S.; NORDESTGAARD, B.G.- Nonfasting Triglycerides and Risk of Ischemic Stroke in the General Population. *JAMA*. 300(18). (2008), p.2142-2152.
  - GILES, M. F.; ROTHWELL, P. M. - Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology*. 30, (2008), p. 205-206.
  - GILLEN, G. - A comparison of situational and dispositional coping after a stroke. *Occupational Therapy in Mental Health*. V. 22, nº 2 (2006), p. 31-59.
  - GOLDSTEIN, L. B. ; ADAMS, R. ; ALBERTS, M. - Primary prevention of ischemic stroke. A guideline from the AHA/ASASC. *Stroke*. Vol. 37, (2006), p. 1583-1633.
  - GONÇALVES, L. – Reabilitar para integrar. Saber Viver. (Julho 2012), p. 55-56.
  - GONÇALVES, D. - *A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada*. Lisboa. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre à Universidade Aberta, 2008. [Em linha]. [Consult. 2013-06-30]. Disponível em: [http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/1234/1/disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Deolinda%20Gon%C3%A7alves.pdf](http://repositorioaberto.univab.pt/bitstream/10400.2/1234/1/disserta%C3%A7%C3%A3o_Deolinda%20Gon%C3%A7alves.pdf)
  - GULLICKSON, C. – My deathnearing its future: a Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experience of persons with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*. 18, (1993), p. 1386-1392.
  - HAACKE, C. ; ALTHAUS, A. ; SPOTTKE, A. ; SIEBERT, U. ; TOBIAS B. T. ; DODEL, R. - Long-term outcome after stroke: Evaluating health-related quality of life using utility measurements. *Stroke*. Vol. 37, (2006), p. 193-198.
  - HAAN, E . H.; NYS, G. M. ; ZANDVOORT, M. J. V. - Cognitive function following stroke and vascular cognitive impairment. *Current opinion in neurology*. 19 (6), (2006), p. 559-564.

- 
- HACKETT, M. L.; ANDERSON, C.S. - Predictors of depression after stroke. A systematic review of observational studies. *Stroke*, 36, (2005), p. 2296-2301.
  - HAFSTEINSDÓTTIR, T. B. ; GRYPDONCK, M. - Being a stroke patient: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 26, nº 3 (1997), p. 580-588.
  - HANSON, S.– Enfermagem de Cuidados de Saúde à família – Teoria, Prática e Intervenções. 2ª Ed., Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-83-5.
  - HARRISON, M.B. - Transitions, continuity, and nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(2), (2004), p. 3-6.
  - HEART AND STROKE FOUNDATION OF ONTARIO- Consensus Panel on the Stroke Rehabilitation System “Time is Function”, *Final Report of the Stroke Rehabilitation System Consensus Panel*, April 30, 2007.
  - HENCKEMAIER, L. – *Dificuldades ao cuidar da família no hospital*, in ELSSEN, I.; MARCON, S.; SILVA, M. – O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá, Eduem, p. 357-568, 2004.
  - HENRIQUES, F. - *Paraplegia. Percursos de Adaptação e Qualidade de Vida*. Coimbra, Formasau, 2004.
  - HERSHKOVITZ, A. ; BRILL, S. - The association between patients’cognitive status and rehabilitation outcome in geriatric day hospital. *Disabil Rehabil*. 29 (4), (2007), p. 333-337.
  - HESBEEN, W. - *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures, Lusociência, 2000.
  - HESBEEN, W. - *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures, Lusociência, 2001.
  - HOEMAN, S. - *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª Ed. Loures, Lusociência, 2000.
  - HOGSTEL, M. O. ; CURRY, L. C. ; WALKER, C. – Caring for older adults: the benefits of informal family caregiving. *Journal of Theory Construction & Testing*. 9 (2), (2005/2006), p. 55-60
  - HOLMQVIST, L.; KOCH, L. - Environmental factors in stroke rehabilitation: being in hospital itself demotivates patients. *British Medical Journal*, 322, (2001), p.1501-1502.
  - HONORÉ, B. – *A saúde em projecto*. Loures, Lusociência, 2002.
  - IMAGINÁRIO, C. - *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra, Formasau, 2004.
  - INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA, INEM- Estatísticas - *Via Verde AVC*, 2013 In Instituto Nacional de Emergência Médica. [Em linha].

- 
- [Consult. 2013-09-13]. Disponível em:  
[http://avc.inem.pt/avc/stats\\_avc\\_site/stats.asp](http://avc.inem.pt/avc/stats_avc_site/stats.asp).
- INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA – Notícia – *INEM encaminhou 3.042 doentes para a Via Verde do AVC*, 2013, [Em linha]. [Consult. 2013-03-14]. Disponível em:  
[http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=28809&noticiald=48163&pastaNoticiasReqId=28807](http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=28809&noticiald=48163&pastaNoticiasReqId=28807).
  - INSTITUTO NACIONAL DE EMERGÊNCIA MÉDICA- Seja mais rápido que um AVC, 2011, [Em linha]. [Consult. 2013-01-14]. Disponível em:  
[http://www.inem.pt/files/2/documentos/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=28809&noticiald=43432&pastaNoticiasReqId=41587](http://www.inem.pt/files/2/documentos/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=28809&noticiald=43432&pastaNoticiasReqId=41587)
  - INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL, I.P- *Guia Prático – Apoios Sociais – Idosos*, 2013. [Em linha]. [Consult. 2013-06-10]. Disponível em: [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios\\_sociais\\_idosos](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/27202/apoios_sociais_idosos).
  - JOHANSSON, P.; OLÉNI, M. & FRIDLUNG, B. - Patient satisfaction with nursing in the context health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 16 (2002), p. 337-344.
  - JOHNSTONE, M.- *Tratamento domiciliar do paciente hemiplegico: vivendo dentro de um esquema*. 1ª Edição. São Paulo, Editora Atheneu, 1986.
  - KANNER, A. M. - Is major depression a neurologic disorder with psychiatric symptoms? *Epilepsy Behav*. Vol. 5, nº 5 (2004), p. 636-644.
  - KESKIN, O.; KALEMOGLU, M.; ULUSOY, R. - A clinic investigation into prehospital and emergency department delays in acute stroke care. *Med Princ Pract*. 14, (2005), p. 408-412.
  - KNIHS, N. S. ; FRANCO, S. C. - A família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: necessidades e expectativas frente a esse cuidado - *Ciência, Cuidado e Saúde Maringá*, v. 4, n. 2, maio/ago, 2005, p. 139-148.
  - KRALIK, D.; VISENTIN, K. ; VAN LOON, A. - Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 55 (3), (2006), p. 320-329.
  - KWAKKEL, G. ; VAN PEPPEN, R. ; WAGENAAR, R. C. ; WOOD, D. S. ; RICHARDS, C. ; ASHBURN, A. ; MILLER, K. ; LINCOLN, N. ; PARTRIDGE, C. ; WELLWOOD, I. ; LANGHORNE, P. - Effects of augmented exercise therapy time after stroke: A meta-analysis. *Stroke – Journal of the American Heart Association*. 5ª Ed., (2004), p. 2529-2539.

- 
- LANGHORNE, P. ; STOTT, D. J. ; ROBERTSON, L. ; MACDONALD, J. ; JONES, L. ; MCALPINE, C. ; DICK, F. ; TAYLOR, G. S. ; MURRAY, G. - Medical complications after stroke: a multicenter study. *Stroke*. 31, (2000), p. 1223-1229.
  - LANGHORNE, P. ; POLLOCK, A. - What are the components of effective stroke unit care? *Age Ageing*. 31, (2002), p. 365-371.
  - LANGHORNE, P.; BERNHARDT, J. ; KWAKKEL, G. - Stroke rehabilitation Stroke Care 2. *Lancet*. 377, (2011), p. 1693-1702.
  - LAQUINTA, M. – Phenomenological Lived Experience of Patients With Rheumatoid Arthritis. *Journal of Nursing Care Quality*. 19 (3), (2004), p. 280-289.
  - LAU, A. ; MCKENNA, K. - Conceptualizing quality of life for elderly people with stroke. *Disability and Rehabilitation*. Vol. 23, nº 6 (2001), p. 227-238.
  - LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. - *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer, 1984.
  - LAZURE, H. - *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermagem*. (s. ed.), Lisboa, Lusodidacta, 1994.
  - LEAL, F. - *Enfermagem em Neurologia – Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa, Edição Sinais Vitais, p. 220, 2001.
  - LEITE, P.; MERIGHI, M.; SILVA, A. – O cotidiano de trabalhadoras de enfermagem acometidas por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) sob a luz da fenomenologia heideggeriana. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 6, (2007), p. 1-10.
  - LEOPARDI, M.T. - *Metodologia da Pesquisa na Saúde*. Florianópolis, UFSC, 2002.
  - LINCOLN, I. - Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. Trad. Carmen de la Cuesta Benjumea. *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín, 15: 2, (Set.1997), p. 57-69.
  - LOEWEN, S. ; ANDERSON, B. - Predictors of stroke outcome using objective measurement scales. *Stroke – Journal of the American Heart Association*. Vol. 21, (2006), p. 78-81.
  - LOGAN, P. ; GLADMAN, J. ; AVERY, A. ; WALKER, M. ; DYAS, J. ; GROOM, L. - Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *Br Med J*. Vol. 329, (2004), p. 1372-1377.
  - LOPEZ, A. D. ; MATHERS, C. D. ; EZZATI, M.; JAMISON, D. T. ; MURRAY, C. J. - Global burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. V. 367, (2006), p. 1747-1757.

- 
- LUK, J. K.; CHIN, P. K. ; CHU, L.W. - Rehabilitation of older Chinese patients with different cognitive functions: how did they differ in outcome?. *Arch Phys Med Rehabil.* 89 (9), (2008), p. 1714-1719.
  - LUNDY-EKMAN, L. - *Neuroscience – Fundamentals for Rehabilitation.* 3ª Ed., Philadelphia, PA, Saunders Elsevier, 2008.
  - MACKENZIE, A. E. ; CHANG, A. M. - Predictors of quality of life following stroke. *Disability and Rehabilitation.* Macko. Vol. 24, nº 5 (2002), p. 259-265.
  - MACKEY, J.; KLEINDORFER, D.; SUCHAREW, H.; MOOMAW, C.J.; KISSELA, B.M.; ALWELL, K.; FLAHERTY, M.L.; WOO, D.; KHATRI, P.; ADEOYE, O.; FERIOLI, S.; KHOURY, J.C.; HORNING, R.; BRODERICK, J.P. - Population-based study of wake-up strokes. *Neurology.* May 10, (2011), p.1662-1667.
  - MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. W. - Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal.* 14, 1965, p. 61-65.
  - MALHEIRO, A. ; NICOLA, A. ; PEREIRA, C. - Contributo para adaptação e validação da Escala de Qualidade de Vida para Utentes após AVC (Stroke Specific Quality of Life Scale: SS-QoL). *ESSFisioonline.* (2009), p. 12-24.
  - MAKIYAMA, T. Y. ; BATTISTTELA, L. R. ; LITVOC, J. ; MARTINS, L. C. - Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. *Acta Fisiatr.* 11 (3), (2004), p. 106-109.
  - MANDELZWEIG, L.; GOLDBOURT, U. ; BOYKO, V. ; TANNE, D. - Perceptual, social, and behavioral factors associated with delays in seeking medical care in patients with symptoms of acute stroke. *Stroke.* 37, (2006), p. 1248-1253.
  - MANNING, L.; COLIN, A. - *A Neuro-Psicologia clínica: Uma Abordagem Cognitiva.* Lisboa, Editora Instituto Piaget, 2005.
  - MARIN, M. J. S. - *Preparando o idoso para a alta hospitalar.* Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1999.
  - MARKLE-REID, M.; ORRIDGE, C.; WEIR, R. ; BROWNE, G.; GAFNI, A.; LEWIS, M.; WALSH, M.; LEVY, C.; DAUB, S.; BRIEN, H.; ROBERTS, J.; THABANE, L.- Interprofessional Stroke Rehabilitation for Stroke Survivors Using Home Care. *The Canadian Journal of Neurological Sciences.* 38, (2011), p. 317-334.
  - MARQUES, S. - *Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral.* Coimbra, Formasau, 2007.
  - MARQUES, S. ; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. - O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem,* Ribeirão Preto, v.3, n. 14, (mai./jun. 2006), p. 364-371.
-

- 
- MARTINS, M.M.F.P. – *O adulto doente e a família uma parceria de cuidados.*: Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2004.
  - MARTINS, M. M. – *Uma Crise Acidental na Família - o doente com AVC.* Coimbra, Editora Formasau, 2002.
  - MARTINS, T. - *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-Estar dos Doentes e Familiares Cuidadores.* Coimbra, Formasau, 2006.
  - MARTINS, T. ; RIBEIRO, J. L. P. ; GARRETT, C. - Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista Referência.* Série I, nº 11, (2004), p. 17-30.
  - MEDEIROS, M. S. M. ; LIMA, E. ; MARTINS, R. A. ; JÚNIOR, L. A. G. ; MEDEIROS, R. F. - Treinamento de força em sujeitos portadores de acidente vascular cerebral. *Revista Digital Vida & Saúde.* Juiz de Fora, V. 1, N.º 3 (dez./jan. 2002).
  - MELEIS, A. – *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* New York, Springer, 2010.
  - MELEIS, A. ; SAWYER, L. ; IM, E. O. ; HILFINGER; MESSIAS, D. ; SCHUMACHER, K. - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science.* 23 (1), (2000), p. 12-28.
  - MELEIS, A.; SCHUMACHER, K. - Transitions: A Central Concept in Nursing. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship.* 26 (2), (1994), p. 119-127.
  - MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. - Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook.* 42 (6), (1994), p. 255-259.
  - MENDONÇA, F.; GARANHANI, M.; MARTINS, V. - Cuidador familiar de sequelados de acidente vascular cerebral: significado e implicações. Rio de Janeiro, *Revista de Saúde Coletiva Physis.* Vol. 18, n.º 1 (2008).
  - MENOITA, E. - *Reabilitar a Pessoa Idosa Com AVC. Contributos para um Envelhecer Resiliente.* Lisboa, Lusociência, 2012.
  - MIN, L. L. - Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Acidente Vascular Cerebral: da Universidade para a Sociedade. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas. *Boletim da FCM.* Vol. 6, n.º 4, (2010).
  - MOK, E.; FAYE C.; VIVIAN C. & ELLEN Y. - Perceptions of empowerment by family caregivers of patients with terminal illness in Hong Kong. *International Journal of Palliative Nursing,* 8(3), (2002), p.137-145.
  - MONIZ, J. M. N. - *A Enfermagem e a Pessoa Idosa - A prática de cuidados como experiência formativa.* Mafra, Lusociência, 2003.

- 
- MONTANER, J. ; VIDAL, C. ; MOLINA, C. ; ALVAREZ-SABIN, J. - Selecting the target and the message for a stroke public education campaign: a local survey conducted by neurologists. *Eur J Epidemiol.* 17, (2001), p. 581-586.
  - MONTEIRO, M.C.D. – Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar – o inicio da dependência. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010.
  - MOREIRA, I. - *O doente terminal em contexto familiar.* Coimbra, Formasau, 2001.
  - MURRAY, C. J. L. ; LOPEZ, A. D. - Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 349, (1997), p. 1269-1276.
  - MUUS, I. ; RINGSBERG, K. - Stroke Specific Quality of Life Scale: Danish adaptation and a pilot study for testing psychometric properties. *Scand J Caring Sci.* Vol. 19, nº 2 (2005), p. 140-147.
  - NATIONAL STROKE FOUNDATION - *Clinical Guidelines for Stroke Rehabilitation and Recovery.* Melbourne, National Health and Medical Research Council, 2005.
  - NATIONAL STROKE ASSOCIATION - *Rehabilitation Therapy after Stroke.* Copyright 2013 [Em linha] [Consult. 2013.06.16]. Disponível em: <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=REHABT>.
  - NETO, F. - *Psicologia Social.* Vol. II, Lisboa, Universidade Aberta, 2000.
  - NICOL, M. B.; THRIFT, A. G. - Knowledge of risk factors and warning signs. *Vascular Health and Risk Management.* 1 (2), (2005), p. 137-147.
  - NUNES, I. - *Participação da Família nos Cuidados ao Utente Internado num Serviço de Ortopedia.* Contributos Para Melhorar a Comunicação e a Qualidade dos Cuidados ao Utente. Dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta de Lisboa, Janeiro de 2008.
  - NYS, G. M. S. ; ZANDVOORT, M. J. E. ; WOP, H. B. ; HAAN, E. H. F. ; KORT, P. L. M. ; KAPPELLE, L. J. - Early depressive symptoms after stroke: neuropsychological correlates and lesion characteristics. *Journal of the Neurological Sciences.* 228 (1), (2005), p. 27-33.
  - O'CONNELL, B.; HANNA, B.; PENNEY, W.; PEARCE, J.; OWEN, M.; WARELOW, P. - Recovery after stroke: a qualitative perspective. *J Qual Clin Pract.* 21(4), (Dec. 2001), p. 120-125.

- 
- OLIVEIRA, A. M. O.; GUIARDELLO, E. B. - Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enfer USP*. 40: 1, (2006), p. 71-77.
  - OLIVEIRA, S. G. ; QUINTANA, A. M. ; BUDÓ, M. L. D. ; KRUSE, M. H. L. ; BEUTER, M. - Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. *Revista Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, Vol. 21, n.º3 (July/Sept. 2012), p. 591-599. [Em linha]. [Consult. 2013-06-20]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300014&script=sci_arttext).
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Investigação em Enfermagem, Tomada de Posição*, 2006, in Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consult. 2012-10-06]. Disponível em: [http://www.ordemEnfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_6Abr2006.pdf](http://www.ordemEnfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_6Abr2006.pdf).
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS – Conselho de Enfermagem, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados descritivos, *Divulgar*. (Dezembro de 2001).
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS - Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, Parecer nº 12/2011, *Parecer sobre Actividades de vida diárias*, 2011, in Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. [Consult. 2013-01-10]. Disponível em: [http://www.ordemEnfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemEnfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf).
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*, 2010, in Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. [Consult. 2013-01-07]. Disponível em: [http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemEnfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf).
  - ORDEM DOS ENFERMEIROS – Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. N.º 16 (Março de 2005), p. 53.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2004.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*, WHO STEPS STROKE MANUAL ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2009.

- 
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Helsingborg Declaration 2006, on European Stroke Strategies*. Kjellstrom, T., Norrving, B. e Shatchkute (Eds.), Copenhagen: WHO, 2006.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais da atenção primária à saúde*. Artmed, 2007.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Reducing Risk and Promoting Healthy Life*. WORLD HEALTH REPORT, 2002.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *The top 10 causes of death, 2000-2011*. 2013. [Em linha]. [Consult. 2012-10-10]. Disponível em <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>.
  - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *World Health Report 2004: Changing History*. Geneva, WHO, 2004.
  - OSTWALD, S.K., SWANK, P.R., KHAN, M. Predictors of Functional Independence and Stress Level of Stroke Survivors at Discharge from Inpatient Rehabilitation. *Journal of Cardiovascular Nursing* 23(4), (2008), p. 371-377.
  - PACHECO, S. - *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética*. 2ª Edição, Loures, Lusociência, 2004.
  - PAIS-RIBEIRO, J. – *Introdução à psicologia da saúde*. ISBN 989-558-045-2, Coimbra, Quarteto, 2005.
  - PASCHOAL, S. M. P. - Autonomia e Independência. In NETTO, M. P. (org.) - *Tratado de gerontologia*, 2ª Ed., São Paulo, Atheneu, p. 609-621, 2007.
  - PAÚL, C; FONSECA, A. - *Psicossociologia da saúde*. Lisboa, Climepsi, 2001.
  - PAÚL, M. - *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra, Livraria Almedina, 1997.
  - PAULA, M. P. ; PINTO, K. O. ; LÚCIA, M. - Relação entre depressão e disfunção cognitiva em pacientes após acidente vascular cerebral: um estudo teórico. *Psicologia hospitalar*. São Paulo, V.6, n.º 1 (2008). [Em linha]. [Consult. 2012-10-30]. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092008000100003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092008000100003&script=sci_arttext).
  - PEREIRA, M. G.; ARAÚJO-SOARES, V.; MCINTYRE, T. — Satisfação do utente e atitudes face aos Médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2: 2, (2001), p. 69-80.
  - PERLINI, N. ; FARO, A. - Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc. Enferm*. 39 (2), (2005), p. 154-163.
-

- 
- PETRONILHO, F. A. S. - *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra, Formação e Saúde, Lda, 2007.
  - PHANEUF, M. - *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (s.ed.), Loures, Lusociência, 2005.
  - PINTO, A. M. - *Fisiopatologia – Fundamentos e Aplicações*. Lousã, Lidel Edições Técnicas Lda, 2007.
  - PLATT, S. - Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol Med.* 15 (2), (May 1985), p. 383-393.
  - POLIT, D. F. ; BECK, C. T. ; HUNGLER, B.P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre, Artmed, 2004.
  - PORTUGAL, DECRETO-LEI n.º 9/89 de 2 de Maio. *Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência*. D. R. I Série- I. Nº100/89, p. 1796 a 1799.
  - PORTUGAL, DECRETO-LEI n.º 104/98 de 21 de Abril. D.R. I Série- A. Nº93/98, p. 1739 a 1757.
  - PORTUGAL, DECRETO-LEI nº 101/2006 de 6 de Junho. *D. R. I Série- A*. Nº109, p. 3856 a 3865.
  - PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde – *Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Circular Normativa Nº: 03/DSPCS. Lisboa, Ministério da Saúde, 2006/02/06. [em Linha] [Consult. 2013-01-30]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198/0/circularnormativadgs03dspcs060206.pdf>.
  - PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise Portugal – *Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013*. Lisboa, Setembro de 2013
  - PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde - *Evolução dos Indicadores do Plano Nacional da Saúde 2004-2010*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, Dezembro 2010. [Em linha] [Consult.2012.12.02]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2011/02/evolind.pdf>
  - PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. *Mortalidade por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos*. Lisboa, Ministério da Saúde, 2010. [Em linha] [Consult.2012.11.15]. Disponível em: <http://impns.dgs.pt/doencas-cardiovasculares/mortalidade-por-acidente-vascular-cerebral-antes-dos-65-anos>
  - PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. *Planeamento da Alta do Doente com AVC*, Circular Informativa Nº12/DSPCS. Lisboa, Ministério da Saúde,

- 
- 2004/04/19. [em Linha] [Consult. 2012-12-01]. Disponível em: <http://servicosociaisau.de.files.wordpress.com/2007/11/alta-avc.pdf>
- PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. II - Orientações estratégicas*. Lisboa, Ministério da Saúde, 2004.
  - PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*, Circular Normativa Nº 15, Lisboa, Ministério da Saúde, 2003/09/05.
  - PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção de Serviços de Planeamento, 2001/08/23. [em Linha] [Consult. 2012-11-20]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pdf>.
  - PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. *Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados*, Circular Normativa nº4/DSPCS. Lisboa, Ministério da Saúde, 2000/01/28. [em Linha] [Consult. 2013-01-20] Disponível em: <http://servicosociaisau.de.files.wordpress.com/2007/11/visitas-e-acompanhamento-familiares.pdf>.
  - POTTER, P. A. ; PERRY, A. G. - *Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e Prática Hospitalar*. 3 ed. São Paulo, SP: Tempo, 2003.
  - PYNOOS, J. ; OVERTON, J. - A changing environment. *Rehab Management*. 16 (2), (2003), p. 38-42.
  - QUEIRÓS, P. - Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista investigação em Enfermagem*. Coimbra. Nº 21 (Fevereiro de 2010), p.5-7.
  - QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L. - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (MARQUES, J. M. ; Mendes, M. A. ; CARVALHO, M. - Trad.), 3ª Ed., Lisboa, Gradiva, 2003.
  - RABELO, D. F.; NÉRI, A. L. - Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. Universidade Estadual de Campinas. *Revista Estudos de Psicologia*. 11(2), (2006), p. 169-177.
  - RAMAS J. [et al] - Effect of training programs and exercise in adult stroke patients: literature review. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. 50, (2007), p. 438-444.
  - RAMSEY, D. ; SMITHARD, D. ; KALRA, L. (2003) – Early Assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*, Vol. 34, (2003), p.

- 
- 1252-1257. [Em linha]. [Consult. 2014-01-20]. Disponível em <http://www.http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/34/5/1252>.
- RANDOVANOVIC, C. ; WAIDMAN, M.; PEREIRA, M.; FELIPES, L.; FERRARI, I. G.; MARCON, S. S. - Caracterizando os problemas de saúde e o cuidado domiciliar oferecido às famílias do projeto “Promovendo a Vida na Vila Esperança”. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 26, n. 1, (2004), p. 27-34.
  - REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - *A Rede, O que é a RNCCI*, 2010. [Em linha]. [Consult. 2012-10-15]. Disponível em: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>.
  - RELVAS, A. - *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto, Edições Afrontamento, 2006.
  - RIBEIRO, J. L. - *Metodologia da investigação em psicologia da saúde*. 2ª Ed., Porto, Legis editora, 2008.
  - ROCHA E SILVA, C. E. ; ANDRÉ, C. ; TOCQUER, C. F. ; BRASIL, M. A. A. - Aspectos etiopatogénicos da depressão pós acidente vascular cerebral: uma revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr*. Vol. 52, nº 6 (2003), p. 403-12.
  - ROCHETTE, A. ; BRAVO, G. ; DESROSIERS, J. ; TRIBBLE, D. ; BOURGET, A. - Adaptation process, participation and depression over six months in first-stroke individuals and spouses. *Clin Rehabil*. 21(6), (Jun. 2007), p. 554-562.
  - RODGERS H - Risk factors for first-ever stroke in older people in the North East of England: a populationbased study. *Stroke*.35(1), (2004), p. 7-11.
  - RODRIGUES, R. - *Satisfação Global Aferida Pelos Pacientes: Uma Aplicação ao Serviço de Urgência Português*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. 2009..
  - ROLLAND, J. – *Doença Crónica e o Ciclo de Vida Familiar*, in CARTER, B. ; MCGOLDRICK, Mónica – *As Mudanças no Ciclo Vital de Vida Familiar- Uma estrutura para a terapia familiar*; ArtMed Editora S.A.; Porto Alegre, São Paulo, Brasil; 2001; ISBN 85-7307-833-2.
  - ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. *National clinical guidelines for stroke*. 2ª Ed., Prepared by the Intercollegiate Working Party for Stroke. London, RCP, 2004. [Em linha]. [Consult. 2012-10-10]. Disponível em: [http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/stroke/stroke\\_guidelines\\_2ed.pdf](http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/stroke/stroke_guidelines_2ed.pdf)
  - RYAN, P. Y. - Approaching death: a phenomenologic study of five older adults with advanced cancer. *Oncology Nursing Fórum*. Vol. 32, nº 6 (2005), p. 1101-1108.

- 
- SÁ, S. M. P. - *No dia-a-dia... a luta: a família da criança com deficiência física*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2005.
  - SACCO, R. L. - *Patogénese, classificação e Epidemiologia das doenças vasculares cerebrais*, in Tratado de Neurologia – Merrit. Editoria de Lewis P. Rowland, 10ª edição, Guanabara Koogan, p. 184-195, 2002.
  - SAINSBURY, A.; SEEBASS, G.; BANSAL, A.; YOUNG J.B.- Reliability of the Barthel index when used with older people. *Age and Ageing*. 34: 3 (2005), p. 228-232.
  - SALBACH, N. ; GUILCHER, S. ; JAGLAL, S. - Physical therapists perception and use of standardized assessments of walking ability post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 43, (2011), 1, p. 543-549.
  - SALTER, K. ; JUTAI, J. ; HARTLEY, M. ; FOLEY, N. ; BHOGAL, S. ; BAYONA, N. ; TEASELL, R. - Impact of early vs delayed admission to rehabilitation on functional outcomes in persons with stroke. *J Rehabil Med*. 38, (2006), p. 113-117.
  - SÁNCHEZ, A. D. ; SÁNCHEZ, N. D.- Ampliando horizontes: Una experiencia sobre las vivencias de los familiares de pacientes críticos. *Nure Investigación*, nº 10, Noviembre, 2004.
  - SANTOS, M. I. - A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem, numa unidade de cuidados intensivos das coronárias. *Investigação em Enfermagem*. 1, (2000), p. 51-58.
  - SANTOS, V. - *Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral*, 2010. [Em linha]. [Consult. 2012-11-30. Disponível em: [http://www.chbargarvio.minsaude.pt/NR/rdonlyresQualidade\\_vida\\_apos\\_acidente\\_vasc\\_cerebral\\_enf\\_vit.pdf](http://www.chbargarvio.minsaude.pt/NR/rdonlyresQualidade_vida_apos_acidente_vasc_cerebral_enf_vit.pdf).
  - SANTOS, E. C. B. ; ZANETTI, M. L. ; OTERO, L. M. ; SANTOS, M. A. - O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu cuidador. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 13 (3), (2005), p. 397-406.
  - SARAFINO, E. P. - *Health psychology: biopsychological interactions*. 3º Ed. [s.l.], Jonh Wiley & Sons Inc, 1998.
  - SAYED, F. A. ; VAN RIJN, M. J. E. ; SCHUT, A. F. C. ; AULCHENKO, Y. S. ; CROES, E. A. ; ZILLIKENS, M. C. - Geographic variations in stroke incidence and mortality among older populations in four US communities. *Stroke*. Vol. 37, (2006), p. 1975-1979.

- 
- SCALZO, P. - Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. *Revista Neurociência*. V. 18, n.º 2 (Ago/Jan 2010), p. 139-144.
  - SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. *Management of Patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of Complications, and Discharge Planning*. Guideline 64, Novembro de 2002. [Em linha]. [Consult. 2012-10-30]. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/64/index.html>.
  - SCHUMACHER, K. L. ; JONES, P. S. ; MELEIS, A. I. - *Helping elderly persons in Transition: A framework for research and practice*, in SWANSON, E. ; TRIPP-REIMER, T. - *Life Transitions in older adult. Issues for nurses and other health professionals*. New York, Springer Publishing Company, p. 1-24, 1999.
  - SEALE, G. S., BERGES, I. M., OTTENBACHER, K. J., & OSTIR, G. V. - Change in positive emotion and recovery of functional status following stroke. *Rehabilitation Psychology*, 55, (2010), p. 33-39.
  - SEANA, L.P.; JONATHAN, W.S; HELEN, M.D.; GEOFFREY, A.D.; RICHARD, A.L.; MACDONELL, G.T.; AMANDA, G.T. - Long-Term Outcome in the North East Melbourne Stroke Incidence Study: Predictors of Quality of Life at 5 Years After Stroke”, *Stroke*, Vol. 36, (2005), p. 2082-2086.
  - SEQUEIRA, C. - *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Coimbra, Quarteto Editora, 2007
  - SERRA, M. N. - *Aprender a Ser Doente*. Loures, Lusociência, 2005.
  - SHAH, H; GONDEK, K. - Aspirin plus extended - release dipyridamole or clopidogrel compared with aspirin monotherapy for the prevention of recurrent ischemic stroke: a cost effectiveness analysis. *Clin Ther*, 22, (2000); p. 363-370.
  - SHIV, B.; LOEWENSTEIN, G.; BECHARA, A. - The dark side of emotion in decision-making: When individuals with decreased emotional reactions make more advantageous decisions. *Cognitive Brain Research*, 23 (issue 1), (2005), p. 85-92.
  - SILVA, C. N. - *Como o câncer (des) estrutura a família*. São Paulo, Anablume Editora, 2000.
  - SILVERMAN, I. E. ; RYMER, M. M. ; RUILOPE, L. M. - *Visual Guide for Clinicians Understanding Stroke*. Oxford, Clinical Publishing, 2011.
  - SIMÕES, S. C. A. ; GRILO, E. N. - Cuidados e cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós

- 
- acidente vascular cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. ISSN 0873-5441, nº 31, (2012), p. 18-23.
- SOBESKY, J. ; FRACKOWIAK, M. ; ZARO W. O. ; HAHN, M. ; MÖLLER-HATRMANN, W. ; RUDOLF, J. ; NEVELING, M. ; GROND, M. ; SCHMULLING, S. ; JACOBS, A. ; HEISS, W. - The cologne stroke experience: safety and outcome in 450 patients treated with intravenous thrombolysis. *Cerebrovasc Dis.* (2007), p. 24.
  - SOUSA, L.; RELVAS, A. ; MENDES, A. – *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa, Climepsi Editores, 2007.
  - SOCIEDADE PORTUGUESA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL- *Factores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais*, (Versão Final – 29/10/2006). [Em linha]. [Consult. 2012-10-30]. Disponível em: [http://spavc2013.lvengine.net/lmgs/pages/1404-Factores\\_Risco\\_AVC%202006.pdf](http://spavc2013.lvengine.net/lmgs/pages/1404-Factores_Risco_AVC%202006.pdf)
  - SOCIEDADE PORTUGUESA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL- *Factores de risco para Acidentes Vasculares Cerebrais*, 3ª edição (2 de Janeiro de 2011). [Em linha]. [Consult. 2012-10-30]. Disponível em: <http://spavc2013.lvengine.net/lmgs/pages/FRV%20AVC%20Jan%202011.pdf>
  - STOKES, M. - *Physical Management in Neurological Rehabilitation*. 2ª Ed., Edinburgh, Elsevier Limited, 2004.
  - STRAUS, S. E. ; MAJUMDAR, S. R. ; MCALISTER, F. A. - New evidence for stroke prevention: scientific review. *JAMA*. 288 (11), (2002), p. 1388-1395.
  - STROKE UNIT TRIALISTS' COLLABORATION: *Organised inpatient (stroke unit) care for stroke*. Cochrane Database Syst Rev. CD000197, 2007.
  - SWAIN, J. ; FINKELSTEIN, V. ; FRENCH, S. ; OLIVER, M. - *Disabling Barriers - Enabling Environments*. Londres, SAGE Publications, 1993.
  - TAYLOR, S. – *Teoria do défice de autocuidado de enfermagem*, in ALLIGOOD, M. R. ; TOMEY, A. M. – *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Ed., Lisboa, Lusociência, ISBN 9728383746, p. 211-236, 2004.
  - TEASELL, R. ; MEYER, M.; MCCLURE, A.; PAN, C.; MURIE-FERNANDEZ, M.; FOLEY, N.; SALTER,K. - Stroke Rehabilitation: An International Perspective. *Top Stroke Rehabilitation*. 16 (19), (2009), p. 44-56.
  - TEASELL, R. ; BAYONA, N. ; HEITZNER, J. - Clinical Consequences of Stroke, In *Evidence-base review of stroke rehabilitation*. 2009. [Em linha]. [Consult. 2012-11-30]. Disponível em: <http://www.ebrsr.com/>

- 
- TERRONI, L. M. N. ; LEITE, C. C. ; TINONE, G. ; JUNIOR, R. F. - Depressão pós-AVC: Fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 49 (4), (2003), p. 450-459.
  - THOMAS, L.H. ; BARRETT, J. ; CROSS, S. ; FRENCH, B. ; LEATHLEY, M. ; SUTTON, C. ; WATKINS, C. - Prevention and treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database Systematic Review*, CD004462, 2005.
  - TOMEY, A. ; ALLIGOOD, M. - *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid, Elsevier, 2007.
  - TRIVIÑOS, N.S. - *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1995.
  - TUBONE, M. Q. - *Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de doença cerebrovascular do tipo isquêmico*, Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina. Florianópolis, 2007. [Em linha]. [Consult. 2013-01-25] Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CM0621.pdf>.
  - TRUELSEN, T. ; PIECHOWSKI-JÓZWIAK, B. ; BONITA, R. ; MATHERS, C. ; BOGOUSLAVSKY, J. ; BOYSEN, G. - Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *Eur J Neurol*. 13, (2006), p. 581-598.
  - UMPHRED, D. A. - *Reabilitação Neurológica*. Elsevier Editora Lda. RJ. Brasil. ISBN 978-85-352-3125-0, 2010.
  - UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS- *Política e Estratégia da Qualidade – Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social*. Março de 2009. [Em Linha] [Consult. 2013-02-20] Disponível em: [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI.PoliticaEstrategiaQualidade\\_Mar2009.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RNCCI.PoliticaEstrategiaQualidade_Mar2009.pdf)
  - UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - *Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais. Resumo executivo*. Julho 2007. [em Linha] [Consult. 2013-01-15] Disponível em: <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UnidadesReabilitacaodeAVCfinalRESUMOEEXECUTIVO.pdf>.
  - URIZZI, F. ; CARVALHO, L. M. ; ZAMPA, H. B. ; FERREIRA, G. L. ; GRION, C. M. C. ; CARDOSO, L. T. Q. - Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva, *Rev Bras Ter Intensiva*. 20(4), 2008, p. 370-375.

- 
- VARELA, M. ; LEAL, I. - Estratégias de Coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*. Vol. XXV, n.º 3 (2007), p. 479-488.
  - VESTLING, M. ; TUFVESSON, B. ; IWARSSON, S. - Indicators for return to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 35, (2003), p. 127-131.
  - VICKREY, B.; RECTOR, T. ; WICKSTROM, S.; GUZY, P.; SLOSS, E.; GORELICK, P.; GARBER, S.; MCCAFFREY, D.; DAKE, M.; LEVIN, R.- Occurrence of secondary ischemic events among persons with atherosclerotic vascular disease. *Stroke*. 33, (2002), p. 901-906.
  - Vieira, GB; Alvarez, AM; Girondi, JB- O estresse do familiar acompanhante de idosos dependentes no processo de hospitalização. *Rev. Eletr. Enf*; 13(1), (2011 jan/mar), p. 78-89.
  - VIEIRA; E. - *Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro, Revinter. 2004.
  - VUORI, H. - Quality Assurance of Health Services. Concepts and Methodology. In WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (Ed). *Public Health in Europe*. Copenhagen, 16, (1982), p. 1-59.
  - WESTERGREN, A. - Detection of eating difficulties after stroke: a systematic review. *Int Nurs Ver*. Vol. 53, nº 29 (2006), p. 143-149.
  - WILLIAMS, J. ; PRYOR, J. - Rehabilitation and recovery processes. In *Acute stroke nursing*. WILLIAMS, J. ; PERRY, L. ; WATKINS, C. (editores). Oxford, WileyBlackwell - A John Wiley & Sons, Ltd., Publication. ISBN 978-1-4051-6104-6, 2010.
  - WRIGHT, L. M. – *Espiritualidade, Sofrimento e Doença: Ideias para Curar*. Coimbra, Adriane Editora, p. 127, 2005.
  - XIE, J. ; ERIC, Q. ; WU, E. Q. ; ZHENG, Z. ; CROFT, J.B. ; GREENLUND, J. K. ; GEORGE, A. ; MENSAH, G. A. ; LABARTHE, D. R. - Impact of stroke on health-related quality of life in the non institutionalized population in the United States. *Stroke*. Vol. 37, (2006), p. 2567-2572.
  - ZAGONEL, I. P. S. - O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 7, n.º 3 (Jul. 1999).
  - ZIEMAN, J. S. ; OUYANG, P. - Statins for the primary prevention in older adults. *Ann Intern Med*. 2, (20 Apr. 2010), p. 41.
  - ZIMERMAN, G. - *Velhice – aspectos biopsicossociais*. Brasil, Artmed, 2005.

---

---

## **ANEXOS**

## **ANEXO I - Quadro orientador da entrevista**



OBJETIVOS	QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	PERGUNTAS DA ENTREVISTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender o processo de transição das pessoas que se tornam dependentes após AVC da artéria cerebral média.</li> <li>- Analisar a sequência dos acontecimentos relevantes no processo de transição das pessoas que se tornam dependentes após AVC da artéria cerebral média.</li> <li>- Descrever os acontecimentos significativos para a pessoa na vivência do processo de transição.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que sentimentos vivenciam as pessoas que transitam da autonomia para a dependência após AVC da artéria cerebral média?</li> <li>- Que preocupações experienciam as pessoas dependentes após AVC da artéria cerebral média?</li> <li>- Que dificuldades se colocam às pessoas com AVC da artéria cerebral média?</li> <li>- Que acontecimentos são relevantes durante o processo de transição para a dependência no que concerne à sua vida pessoal, familiar, social e profissional?</li> <li>- Que necessidades se colocam às pessoas com AVC da artéria cerebral média?</li> <li>- De que modo o Enfermeiro de Reabilitação ajuda no processo de transição das pessoas que sofrem de AVC da artéria cerebral média?</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como aconteceu este seu problema de saúde?</li> <li>2. Como chegou até ao hospital?</li> <li>3. O que sente depois de ter esta situação de doença?</li> <li>4. Durante este internamento após o AVC, quais foram os momentos mais fáceis e os mais difíceis?</li> <li>5. O que sente sobre os cuidados que lhe são aqui prestados?</li> <li>6. Como descreve a sua relação com os Profissionais de Saúde durante o internamento?</li> <li>7. O que espera dos Profissionais de Saúde durante o internamento?</li> <li>8. O que pensa que Profissionais de Saúde esperam de si?</li> <li>9. Sente-se preparado para voltar para casa? Porquê?</li> <li>10. O que o preocupa em relação à sua situação de saúde?</li> <li>11. O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?</li> <li>12. Que recursos tem disponíveis para o ajudar no seu dia-a-dia?</li> <li>13. No próximo mês, mais ou menos por esta data, onde pensa estar?</li> <li>14. Em que medida esta situação que está a viver influencia a sua forma de ser ou estar?</li> <li>15. Esta ocorrência modificou o dia de amanhã?</li> <li>16. O que modificou na sua vida familiar esta ocorrência de saúde?</li> <li>17. A sua vida social (lazer, religiosidade) modificou-se? Em quê?</li> <li>18. Em termos profissionais o que mudou com este acontecimento?</li> <li>19. O que significa esta situação de saúde para si?</li> <li>20. O que me gostaria de dizer sobre este momento que passamos juntos?</li> </ol>



## **ANEXO II - Guião da entrevista**



# GUIÃO DA ENTREVISTA

## Parte I - Questões de Contexto

Data da entrevista: \_\_/\_\_/\_\_

Data do AVC: \_\_/\_\_/\_\_

1º AVC Sim  Não

Tipo de AVC: Isquémico  Hemorrágico

### 1. Identificação

1.1. Género:

F

M

1.2. Idade: \_\_\_\_

1.3. Estado Civil:

Solteiro

Casado

Divorciado

Viúvo

Ocupação:

Escolaridade:

Religião:

Antecedentes:

### 2. Família

2.1. Com quem vive?

2.2. Quem faz parte da sua família? Como se relacionam uns com os outros?

2.3. Genograma:

### 3. Família e rede social de apoio

3.1. Antes de estar doente com quem contava quando lhe surgiam problemas de saúde ou outros?

## Parte II - Caracterização da situação de dependência

Hemiparesia \_\_\_\_\_ Hemiplegia \_\_\_\_\_

Apraxia \_\_\_\_\_

Afasia Global \_\_\_\_\_ Disartria \_\_\_\_\_

Alexia \_\_\_\_\_ Agrafia \_\_\_\_\_

Hemianopsia \_\_\_\_\_ Quadrantanópsia \_\_\_\_\_

Hemianestesia \_\_\_\_\_ Hemihipostesia \_\_\_\_\_ Outras \_\_\_\_\_

## Índice de Barthel

ATIVIDADE	CATEGORIAS	PONTUAÇÃO	DATA
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10	
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5	
	Dependente	0	
<b>VESTIR</b>	Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10	
	Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5	
	Dependente	0	
<b>BANHO</b>	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5	
	Dependente	0	
<b>HIGIENE CORPORAL</b>	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5	
	Dependente	0	
<b>USO DA CASA DE BANHO</b>	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10	
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5	
	Dependente	0	
<b>CONTROLO INTESTINAL</b>	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de ajuda para enemas ou microlax, fá-lo sozinho)	10	
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajudas para enemas e microlax)	5	
	Incontinente fecal	0	
<b>CONTROLO VESICAL</b>	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)	10	
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5	
	Incontinente ou algaliado	0	
<b>SUBIR ESCADAS</b>	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10	
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5	
	Dependente	0	
<b>TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA</b>	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15	
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	10	
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5	
	Dependente	0	
<b>DEAMBULAÇÃO</b>	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas...)	15	
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10	
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5	
	Dependente	0	
<b>TOTAL</b>			

### Parte III- Questões orientadoras da Entrevista

#### **Condições da transição**

1. Como aconteceu este seu problema de saúde?
2. Como chegou até ao hospital?
3. O que sente depois de ter esta situação de doença?
4. Durante este internamento após o AVC, quais foram os momentos mais fáceis e os mais difíceis?
5. O que sente sobre os cuidados que lhe são aqui prestados?
6. Como descreve a sua relação com os Profissionais de Saúde durante o internamento?
7. O que espera dos profissionais de saúde durante o internamento?
8. O que pensa que profissionais de saúde esperam de si?

#### **Dependência: preparação do regresso a casa**

9. Sente-se preparado para voltar para casa? Porquê?
10. O que o preocupa em relação à sua situação de saúde?
11. O que pensa do futuro? Que dificuldades prevê face à sua situação?
12. Que recursos tem disponíveis para o ajudar no seu dia-a-dia?
13. No próximo mês, mais ou menos por esta data, onde pensa estar?

#### **Papéis: pessoal, familiar, social e profissional**

14. Em que medida esta situação que está a viver influencia a sua forma de ser ou estar?
15. Esta ocorrência modificou o dia de amanhã?
16. O que modificou na sua vida familiar esta ocorrência de saúde?
17. A sua vida social (lazer, religiosidade) modificou-se? Em quê?
18. Em termos profissionais o que mudou com este acontecimento?
19. O que significa esta situação de saúde para si?
20. O que me gostaria de dizer sobre este momento que passamos juntos?



**ANEXO III - Pedido de autorização ao  
Conselho de Administração do Centro  
Hospitalar da região do Vale do Ave para  
realização de entrevistas**

*A. S. Enf.  
Cientia para  
Francisco  
enf*

RECEBIDO 26 NOV. 2012

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de  
Administração do Centro Hospitalar do  
Médio Ave  
Dr. José Dias

Ana da Conceição Alves Faria, Enfermeira, a desempenhar funções no Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Santo Tirso e a frequentar o 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação no ano letivo 2012/2013, vem por este meio, solicitar a Vossa Exa, autorização para realizar nas duas Unidades do Centro Hospitalar do Médio Ave, o estudo de Investigação com o título " A transição da Pessoa com AVC da artéria cerebral média - da autonomia para a dependência" sobre orientação da Prof Doutora Maria Manuela Martins.

Os objetivos deste estudo são compreender e analisar o processo de transição das pessoas com AVC da artéria cerebral média e perceber os acontecimentos significativos para a pessoa na vivência do processo de transição e junto anexamos:

- Uma síntese do projeto ✓
- O instrumento de colheita de dados ✓ *est. selecionados*
- O Formulário do consentimento individual ✓

Pede Deferimento

*11/12/2012 - Ao CA para procedimentos*

Data *2012/11/26*

Enf.ª Directora

*plac*  
Deolinda Vale

Assinatura *Ana da Conceição Alves Faria*

*Dr. emb. emb.*  
*my*

*e ética*

*Nada o opo*

*6/12/2012*

*Coimbra*

Contactos:

Email: [anafaria85@msn.com](mailto:anafaria85@msn.com)

Tlm. 919502193

*03/12/2012 - Ao cuidado da Comissão de Ética para parecer do solicitado*

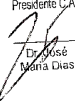




Enf.ª Directora

*plac*  
Deolinda Vale

Conselho de Administração

Acta n.º 52 do 17/12/2012

Subscrita, conforme parecer  
de comissão Ética

Presidente C.A.	Adm. Executivo	Adm. Executivo	Adm. Executivo	Dir. Clínica	Enf.ª Diretora
		Dr. Luís A. Costa			

## **ANEXO IV- Consentimento informado**



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Ana da Conceição Alves Faria, Enfermeira, a desempenhar funções no Centro Hospitalar do Médio Ave - Unidade de Santo Tirso e a frequentar o 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação no ano letivo 2012/2013 vem por este meio solicitar a sua colaboração na realização deste estudo.

Pretende-se desenvolver um estudo de Investigação com o título “ A pessoa após AVC – transição da autonomia para a dependência”, tendo por finalidade contribuir para uma melhoria na intervenção e qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Os objetivos deste estudo são compreender e analisar o processo de transição das pessoas com AVC e descrever os acontecimentos significativos para a pessoa na vivência do processo de transição.

O estudo iniciou em Setembro de 2012, e a sua aplicabilidade no terreno decorrerá de Janeiro de 2013 a Outubro de 2013.

A participação no estudo é de carácter voluntário podendo em qualquer momento, desistir de o fazer.

A aceitação em participar no estudo, implica a realização de uma entrevista onde lhe serão colocadas algumas questões sobre a sua vida com intuito de efetuar a recolha de dados referente à informação em estudo.

Não existem quaisquer riscos para a participação no estudo. Os benefícios imediatos poderão não existir, contudo com esta investigação pretende-se melhorar os cuidados prestados pelos Enfermeiros e proporcionar uma melhor adaptação à vida após AVC.

Todos os dados referentes a este estudo de investigação serão mantidos sob sigilo.

Garante-se ainda a destruição de toda a informação sobre os participantes que possam conduzir à sua identificação, como o Consentimento informado assinado pelo doente e pelo investigador, após a conclusão da investigação.

Este estudo tem a devida autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar, dos Directores de Serviço e das Enfermeiro Chefes.

**Declaração do estudo:**

**A pessoa após AVC - Transição da autonomia para a dependência**

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Nome

completo), compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade para fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei conhecimento que, de acordo com as Recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versus os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto na ocupação do seu tempo. Além disso, foi-me comunicado que tenho direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal na assistência que me é prestada.

Por isso aceito participar de livre e espontânea vontade no estudo proposto pela investigadora, respondendo às questões que me forem colocadas durante a investigação.

Data: \_\_, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Assinatura do participante no estudo de investigação

\_\_\_\_\_

A Investigadora responsável pelo estudo

\_\_\_\_\_

(Ana da Conceição Alves Faria)



**Anexo V - Quadro orientador da categorização dos dados**

**UNIDADE TEMÁTICA: APARECIMENTO DO AVC**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Início</b>	<b>Súbito</b>	<p>“(…) sem mais nem menos.” (E1)</p> <p>“Isto aconteceu em casa da minha irmã, ao almoço. Fiquei encravelhado das pernas, não conseguia mexer.” (E2)</p> <p>“(…) ao pousar a roupa junto à banheira senti mal disposta e pensei não estou bem” (E3)</p> <p>“(…) acordei assim. Fui lavar a cara e vi a cara diferente. Queria falar e não podia.” (E4)</p> <p>“No sábado por volta das 11h da noite, senti as pernas aos saltos, desci abaixo da cama para por a pé e vi que não podia andar. Pé arrastou, arrastou, não dava passos. A mão também estava com falta de forças.</p> <p>Telefonei para um filho meu (…)” (E8)</p> <p>“(…) estava a cortar a carne na minha loja e fiquei a olhar para ela, não conseguia cortar. Olhava para ela e não conseguia cortar a carne, fiquei sem reacção.” (E9)</p> <p>“(…) estava a dormir, senti dores de cabeça ao ir à casa de banho e caí, vim até ao quarto a gatinhar e disse ao meu marido que não estava bem que chamou o meu irmão. Ele viu-me com a boca lado e com menos forças nas pernas e chamou a ambulância.” (E12)</p> <p>“(…) estava a trabalhar, ia ao armazém buscar material e ao sair da carrinha senti a perna a fugir, mas não fiz caso. Vou para preencher uns papéis e senti também a mão a fugir e disse logo isto não está nada bem.” (E13)</p>
<b>Hora do dia</b>	<b>Manhã</b>	<p>“Isto aconteceu em casa da minha irmã, ao almoço.” (E2)</p> <p>“Às 8h15 pus-me a pé, peguei na minha roupa para ir para a casa de banho tomar banho e ao pousar a roupa junto à banheira senti mal disposta e pensei não estou bem.” (E3)</p> <p>“Na segunda-feira de manhã, estava deitada no sofá. Entretanto levantei e estava cheia de tonturas e a mão a ficar presa.” (E6)</p>
	<b>Tarde</b>	<p>“Comecei por sentir que via mal na quinta-feira à tarde, quando fui buscar o vale do correio.” (E5)</p> <p>“Na 5ª feira à tarde estava a cortar a carne na minha loja e fiquei a olhar para ela, não conseguia cortar.” (E9)</p> <p>“Na 4ª feira estava a aspirar e depois no lanche não conseguia segurar no pão com a mão esquerda, mas deixei-me estar.” (E10)</p> <p>“Isto aconteceu na 2ª feira, às 7h da tarde, quando fui à casa de banho do café que costumo ir. Estava na sanita a fazer xixi e caí.” (E11)</p> <p>“Isto aconteceu às 2h da tarde, estava a trabalhar” (E13)</p>

	<p><b>Noite</b></p>	<p><i>“Estava na cama a dormir e apareceu sem mais nem menos.” (E1)</i></p> <p><i>“Na 5ª feira estava a dormir e não senti nada, mas de manhã quando acordei, acordei assim.” (E4)</i></p> <p><i>“(…) a partir das 6h senti dores nas pernas e nas costas, não estava bem de forma nenhuma e cheguei a casa, tomei um comprimido das dores e fui logo para a cama para ver se adormecia. Durante a noite senti um calor medonho, andei lá às cambalhotas, um mal-estar. Às tantas quis-me cobrir com o cobertor que estava para trás e a mão não foi.” (E7)</i></p> <p><i>“No sábado por volta das 11h da noite, senti as pernas aos saltos, desci abaixo da cama para por a pé e vi que não podia andar.” (E8)</i></p> <p><i>“Isto aconteceu às 2h da manhã.” (E12)</i></p>
<p><b>Sintomas do AVC</b></p>	<p><b>Sintomas iniciais do AVC</b></p>	<p><i>“Comecei com dores de cabeça.” (E1)</i></p> <p><i>“Isto aconteceu em casa da minha irmã, ao almoço. Fiquei encravelhado das pernas, não conseguia mexer.” (E2)</i></p> <p><i>“(…) peguei na minha roupa para ir para a casa de banho tomar banho e ao pousar a roupa junto à banheira senti mal disposta e pensei não estou bem, vou para a cama. Saí da casa de banho, cheguei à lavandaria e senti que ia cair. Encostei-me a um móvel, senti um peso deste lado esquerdo, desmaiei e caí.” (E3)</i></p> <p><i>“Fui lavar a cara e vi a cara diferente. Queria falar e não podia.” (E4)</i></p> <p><i>“Comecei por sentir que via mal na quinta-feira à tarde, quando fui buscar o vale do correio. Não via as letras, via só uma névoa, mas deixei andar.” (E5)</i></p> <p><i>“Na segunda-feira de manhã, estava deitada no sofá. Entretanto levantei e estava cheia de tonturas e a mão a ficar presa.” (E6)</i></p> <p><i>“(…) já a partir das 6h senti dores nas pernas e nas costas, não estava bem de forma nenhuma e cheguei a casa, tomei um comprimido das dores e fui logo para a cama para ver se adormecia.” (E7)</i></p> <p><i>“(…) senti as pernas aos saltos, desci abaixo da cama para por a pé e vi que não podia andar. Pé arrastou, arrastou, não dava passos. A mão também estava com falta de forças.” (E8)</i></p> <p><i>“(…) à tarde estava a cortar a carne na minha loja e fiquei a olhar para ela, não conseguia cortar. Olhava para ela e não conseguia cortar a carne, fiquei sem reacção.” (E9)</i></p> <p><i>“(…) no lanche não conseguia segurar no pão com a mão esquerda, mas deixei-me estar.” (E10)</i></p> <p><i>“Isto aconteceu na 2ª feira, às 7h da tarde, quando fui à casa de banho do café que costumo ir. Estava na sanita a fazer xixi e caí.” (E11)</i></p> <p><i>“(…) senti dores de cabeça ao ir à casa de banho e caí (…).” (E12)</i></p> <p><i>“(…) estava a trabalhar, ia ao armazém buscar material e ao sair da carrinha comecei a sentir a perna a fugir, mas não fiz caso.” (E13)</i></p>

	<p><b>Sintomas de evolução do AVC</b></p>	<p>“Entretanto a minha filha (...) viu que eu tinha um olho mais pequenino que outro (...) O meu marido (...) disse: tem um bocado a boca torta. E eu disse: falei bem para ti quando acordei, mas agora custa-me mais e parece que tenho menos força neste braço.” (E1)</p> <p>“Quando acordei, estava cheia de xixi. Arrastei-me até onde podia. Ia para por a pé e tombava para o lado esquerdo. Sentí que me deu uma trombose. Arrastei-me até ao quarto (...)” (E3)</p> <p>“(...) na quinta-feira à tarde (...) Não via as letras, via só uma névoa, mas deixei andar. No sábado de manhã quando me levantei senti sem forças nas pernas.” (E5)</p> <p>“Na terça-feira à tarde, a minha cunhada foi lá a casa e contei-lhe que não mexia este braço.” (E6)</p> <p>“Durante a noite senti um calor medonho, andei lá às cambalhotas, um mal-estar. Às tantas quis-me cobrir com o cobertor que estava para trás e a mão não foi. E eu disse: Ui aqui há história. Tentei mexer os dedos e não mexiam.” (E7)</p> <p>“Quando cá cheguei disse que não era da cabeça, da depressão. Fiquei com a fala presa.” (E9)</p> <p>“No dia a seguir às 6h30 liguei à minha filha a dizer que não podia levar o menino à escola que não tinha forças.” (E10)</p> <p>“Na 5ª feira à noite, ao ir para o quarto caí e fiquei 3h no chão. Pus-me a pé a rasto e fui até à cama. Dormi e na 6ª de manhã, a vizinha chamou por mim e falei com ela a dizer que não estava bem.” (E11)</p> <p>“(...) vim até ao quarto a gatinhar e disse ao meu marido que não estava bem que chamou o meu irmão. Entretanto ele viu-me com a boca lado e com menos forças nas pernas (...)” (E12)</p> <p>“Vou para preencher uns papéis e senti também a mão a fugir e disse logo isto não está nada bem.” (E13)</p>
<p><b>Fonte de identificação de sintomas</b></p>	<p><b>Próprio</b></p>	<p>“Fiquei encravelhado das pernas, não conseguia mexer.” (E2)</p> <p>“(...) senti um peso deste lado esquerdo, desmaiei e caí (...) Quando acordei, estava cheia de xixi. Arrastei-me até onde podia. Ia para por a pé e tombava para o lado esquerdo. Sentí que me deu uma trombose.” (E3)</p> <p>“Fui lavar a cara e vi a cara diferente. Queria falar e não podia.” (E4)</p> <p>“Comecei por sentir que via mal na quinta-feira à tarde, quando fui buscar o vale do correio (...) No sábado de manhã quando me levantei senti sem forças nas pernas.” (E5)</p> <p>“Entretanto levantei e estava cheia de tonturas e a mão a ficar presa (...) Na terça-feira à tarde, a minha cunhada foi lá a casa e contei-lhe que já não mexia este braço.” (E6)</p> <p>“(...) a partir das 6h senti dores nas pernas e nas costas, não estava bem de forma nenhuma (...) Durante a noite senti um calor medonho, andei lá</p>

		<p>às cambalhotas, um mal-estar. Às tantas quis-me cobrir com o cobertor que estava para trás e a mão não foi. E eu disse: <i>Ui aqui há história. Tentei mexer os dedos e não mexiam.</i>” (E7)</p> <p>“(…) senti as pernas aos saltos, desci abaixo da cama para por a pé e vi que não podia andar.” (E8)</p> <p>“(…) falei com ela, a vizinha, a dizer que não estava bem.” (E11)</p> <p>“(…) estava a trabalhar, ia ao armazém buscar material e ao sair da carrinha senti a perna a fugir, mas não fiz caso. Vou para preencher uns papéis e senti também a mão a fugir e disse logo isto não está nada bem.” (E13)</p>
	<p><b>Próprio e Familiares</b></p>	<p>“a minha filha antes de ir para o trabalho passa todos os dias na minha casa e viu que eu tinha um olho mais pequenino (...) O meu marido (...) disse: <i>tem um bocado a boca torta. E eu disse-lhe: agora custa-me mais e parece que tenho menos força neste braço.</i>” (E1)</p> <p>“(…) não conseguia segurar no pão com a mão esquerda, mas deixei-me estar. No dia a seguir às 6h30 liguei à minha filha a dizer que não podia levar o menino à escola que não tinha forças. A minha filha achou que eu tinha a fala arrastada.” (E10)</p> <p>“(…) senti dores de cabeça ao ir à casa de banho e caí (...) meu irmão(...) viu-me com a boca ao lado e com menos forças nas pernas” (E12)</p>
	<p><b>Testemunhas</b></p>	<p>“(…) estava a cortar a carne na minha loja e fiquei a olhar para ela, não conseguia cortar. (...) Uma senhora foi chamar a minha filha e disse-lhe que não estava bem” (E9)</p>

UNIDADE TEMÁTICA: DURANTE O AVC		
Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Contacto após identificação de sintomas	Família	“(…) no quarto arrastei o edredão para chegar ao telefone, peguei nele com a mão direita e liguei à minha filha Sara.” (E3)
		“Liguei à minha filha.” (E5)
		“Telefonei para um filho meu” (E8)
	Profissional de saúde	“Uma senhora foi chamar a minha filha (…)” (E9)
		“No dia a seguir às 6h30 liguei à minha filha a dizer que não podia levar o menino à escola que não tinha forças. A minha filha achou que eu tinha a fala arrastada e ligou à minha nora que veio comigo na ambulância.” (E10)
		“(…) vim até ao quarto a gatinhar e disse ao meu marido que não estava bem” (E12)
Bombeiros	“Chamei pela minha irmã que mora em cima da minha casa.” (E4)	
	“Chamei o médico a casa” (E6)	
	“Eles ligaram para os bombeiros, chamaram a ambulância.” (E1)	
	“Eles chamaram a ambulância.” (E2)	
Vizinhos	“Desci abaixo da cama e liguei aos bombeiros.” (E7)	
	“(…) a vizinha chamou por mim e falei com ela a dizer que não estava bem, disse-lhe onde estava a chave, ela entrou e ligou à minha cunhada, que chamou os bombeiros que me trouxeram para cá.” (E11)	
Patrão	“Estava lá no trabalho o patrão à beira, disse-lhe que não estava bem e ele disse para eu ver isto.” (E13)	
Transporte para Hospital após identificação de sintomas	Ambulância	<p>“Eles ligaram para os bombeiros, chamaram a ambulância e vim para o hospital.” (E1)</p> <p>“Eles chamaram a ambulância e vim para aqui.” (E2)</p> <p>“Quando a minha filha chegou, já tinha ligado aos bombeiros, que entretanto chegaram pegaram em mim até à ambulância e disseram que deveria ter tido uma trombose.” (E3)</p> <p>“Chamei pela minha irmã que mora em cima da minha casa e vim de ambulância com o homem da minha irmã.” (E4)</p> <p>“Ainda consegui chegar ao portão e à ambulância mas a muito custo.” (E7)</p> <p>“Fiquei assim, então a minha filha chamou ambulância e vim para o hospital.” (E9)</p> <p>“A minha filha achou que eu tinha a fala arrastada e ligou à minha nora que veio comigo na ambulância para aqui para o hospital.” (E10)</p> <p>“(…) ela entrou e ligou à minha cunhada, que chamou os bombeiros que me trouxeram para cá.” (E11)</p>

		<i>"Ele viu-me com a boca lado e com menos forças nas pernas e chamou a ambulância e me trouxe para cá."</i> (E12)
	<b>Veículo de familiares</b>	<i>"Liguei à minha filha e ela trouxe-me para cá."</i> (E5) <i>"Fomos ao hospital da Trofa no carro da minha filha, ainda fui a pé até ao carro (...) "</i> (E6) <i>"Telefonei para um filho meu e ele trouxe-me aqui no carro dele."</i> (E8)
	<b>A pé</b>	<i>"(...) vim ao centro de saúde a pé que é perto, à beira."</i> (E13)

<b>UNIDADE TEMÁTICA: APÓS O AVC</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Destino após alta hospitalar</b>	<b>Cuidados Continuados</b>	<i>"Quando sair daqui vou para o Hospital de Riba D`Ave pros Cuidados Continuados ou outro que tenha vaga."</i> (E1) <i>"Daqui vou para outro lado para fazer fisioterapia. Vou para os Cuidados Continuados."</i> (E6) <i>"No próximo mês ainda não sei onde vou estar, Deus queira que não esteja aqui. Queria ir pros Cuidados Continuados para Riba D`Ave, onde o meu homem já esteve."</i> (E10) <i>"Queria ir para casa, mas se não pagasse queria ir para os Cuidados Continuados recuperar."</i> (E11) <i>"Quando sair daqui vou pros Cuidados Continuados até ficar boa."</i> (E12)
	<b>Domicílio próprio</b>	<i>"Quando sair daqui vou para casa."</i> (E2) <i>"Quando sair daqui vou para minha casa."</i> (E4) <i>"No próximo mês penso estar na minha casa."</i> (E9) <i>"Quando sair daqui quero ir para minha casa"</i> (E13)
	<b>Domicílio dos filhos</b>	<i>"Vou continuar a ter apoio dos meus filhos. Principalmente da mais velha que quando sair daqui vou para casa dela, para o Porto."</i> (E7) <i>"Eu estava em minha casa e vivia só, andava bem. Mas agora os meus filhos disseram que para minha casa não vou. Ainda não sei para casa de que filho vou."</i> (E8)
	<b>Incerteza do destino</b>	<i>"No próximo mês não sei onde estarei. A minha casa tem muitas escadas. Talvez irei para os cuidados continuados ou então para os meus anexos que são rés-do-chão."</i> (E3) <i>"Está no critério deles se me vão levar para casa deles ou não, ainda não sei para onde vou (...) "</i> (E5)
<b>Local de permanência</b>	<b>Domicílio próprio</b>	<i>"Daqui a 1 mês/ 3 semanas, mexendo bem as pernas vou para a minha casa."</i> (E1) <i>"Quando sair daqui vou para casa. Daqui a 1 mês continuo lá."</i> (E2) <i>"No futuro quero voltar à minha casa."</i> (E3) <i>"No próximo mês e depois vou estar na minha"</i>

		<p>casa.” (E4)</p> <p>“Querida ir bom para ir para minha casa e não dar trabalho aos meus filhos.” (E5)</p> <p>“No próximo mês, talvez a minha filha ajudará, espero ir para minha casa.” (E6)</p> <p>“No próximo mês penso estar na minha casa e continuar lá.” (E9)</p> <p>“Estava lá um mês para recuperar e depois ia para minha casa.” (E10)</p> <p>“Querida ir para casa, mas se não pagasse queria ir para os Cuidados Continuados recuperar e depois voltava para casa.” (E11)</p> <p>“Quando sair daqui vou pros Cuidados Continuados até ficar boa. Daqui a um mês conto ainda lá estar, só depois vou para minha casa.” (E12)</p> <p>“Quando sair daqui quero ir para minha casa e daqui a 1 mês conto lá estar.” (E13)</p>
	<b>Domicílio dos filhos</b>	<p>“No próximo mês conto ainda lá estar, na casa da minha filha. Quando estiver bem é que vou para minha casa.” (E7)</p> <p>“(…) agora os meus filhos disseram que para minha casa não vou. Ainda não sei para casa de que filho vou (…) E depois vou lá ficar.” (E8)</p>

<b>UNIDADE TEMÁTICA: SENTIMENTOS APÓS AVC</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Sentimentos Positivos</b>	<b>Motivação</b>	<p>“Eu estou com força para recuperar para ir para a beira dele (...) sinto-me motivada para continuar (...) tenho muita força de vontade, luto.” (E1)</p> <p>“Faço tudo por tudo para ser o que era. Sinto que vou melhorar para poder criar o meu neto de 14 anos, que é muito meu amigo.” (E3)</p>
	<b>Força de vontade</b>	<p>“Eu sinto-me bem. Não estou animado, mas tenho vontade de recuperar (...)” (E4)</p> <p>“Tenho força de vontade.” (E6)</p>
	<b>Fé</b>	<p>“Estou com esperanças de melhorar. Tenho fé.” (E6)</p> <p>“(…) creio que Deus ainda me vai ajudar a andar.” (E8)</p> <p>“Não queria sofrer, mas tenho fé que isto vai melhorar.” (E12)</p>
<b>Sentimentos Negativos</b>	<b>Apatia</b>	<p>“Nada foi obstáculo (...) Nada me preocupa. Vai correr daqui para a frente. No futuro, depois vê-se.” (E6)</p> <p>“Antes era alegre, agora estou triste e mais parada.” (E12)</p>

<b>Medo / Receio</b>	<p>“Ainda não pensei bem nem quero pensar o que significa esta doença. Tenho medo de ficar sempre assim.” (E3)</p> <p>“Esta doença modificou muito a minha vida (...) O que peço é que me ajudem até morrer. Só não quero sofrer, tenho medo, mas não tenho medo de morrer.” (E4)</p> <p>“Tenho só receios de não poder andar.” (E8)</p>
<b>Tristeza</b>	<p>“Agora sinto-me triste.” (E1)</p> <p>“Esta doença modificou muito a minha vida, minha forma de ser. Quero fazer as minhas coisas e não posso. Penso que quero voltar à minha vida, mas agora sinto tristeza por estar assim.” (E3)</p> <p>“Não queria ter doença. Dá-me tristeza não poder andar (...) estou triste por estar aqui.” (E5)</p> <p>“Esta doença modificou um bocadinho a minha forma de ser. Sinto triste, muito triste.” (E9)</p>
<b>Culpa/ Remorsos</b>	<p>“É um alerta que se calhar não acontecia. A minha maneira de ser falhou, se tomasse remédios se calhar não acontecia (...) Há alcoólicos que nada acontece e só me aconteceu a mim.” (E2)</p> <p>“Se pudesse voltar atrás não bebia, não fumava. Só tomava o café. Os outros vícios deixava-os.” (E4)</p>
<b>Trauma</b>	<p>“Isto foi traumatizante (...)” (E2)</p> <p>“Desta vez acho que me afetou muito psicologicamente (...) É traumatizante estar aqui. Esta doença afetou-me psicologicamente (...)” (E4)</p> <p>“Esta doença é muito grave, muito grande, muito traumatizante.” (E9)</p>
<b>Sobrecarga familiar</b>	<p>“Sinto tristeza por estar a dar trabalho à minha filha (...) Vou ter de dar trabalho à minha filha e ao meu neto (...)” (E3)</p> <p>“Eu quero ir são embora para poder andar e não ter ninguém que andar atrás de mim.” (E5)</p> <p>“O que me preocupa é a minha filha que lhe vou dar trabalho (...) Se eu morresse não estava aqui a dar trabalho.” (E12)</p>
<b>Vergonha</b>	<p>“Sinto triste por me dar esta doença. Sou nova ainda não é, sinto triste (...) Eu tenho vergonha de sair e falar assim, as pessoas percebem-me mal.” (E9)</p>
<b>Desmotivação</b>	<p>“Influencia muito a minha vida, esta doença. Não posso fazer nada, estou desmotivado.” (E11)</p>
<b>Desânimo</b>	<p>“Estou triste e desanimada por não poder andar, querer ir à casa de banho e não poder ir.” (E8)</p>
<b>Solidão</b>	<p>“Estou cá só.” (E1)</p> <p>“Difícil é estar aqui sozinho.” (E7)</p>
<b>Sufrimento</b>	<p>“(...) estou a sofrer.” (E12)</p>

UNIDADE TEMÁTICA: ACEITAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE		
Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Consciência da mudança e diferença	Aceitação	<p>“Tenho pouco equilíbrio, tenho mais para o esquerdo (...)” (E1)</p> <p>“(...) afetou muito psicologicamente, fiquei muito traumatizado das pernas. Mas tenho de me agarrar à vida, não se pode desanimar senão é o fim.” (E2)</p> <p>“Já não sou o mesmo. Já não me sinto igual. Pode ser que venha a recuperar, mas agora nestes dias sinto-me diferente.” (E7)</p>
	Negação	<p>“Nada me preocupa. Vai correr daqui para a frente. No futuro, depois vê-se.” (E6)</p>

UNIDADE TEMÁTICA: CONDIÇÕES DA TRANSIÇÃO		
Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Acontecimentos facilitadores da transição	Boa relação com os Enfermeiros	<p>“O mais fácil é ter enfermeiros espectaculares, atenciosos, amigos, têm maneiras, nem tenho palavras para descrever.” (E2)</p> <p>“O mais fácil até agora é não sentir falta de nada, gosto das Enfermeiras (...)” (E3)</p> <p>“Fácil é (...) a ajuda das enfermeiras.” (E13)</p>
	Visita dos familiares ao hospital	<p>“Momentos fáceis (...) só quando tenho os filhos à minha beira.” (E7)</p> <p>“O mais fácil é poder ter visto o meu marido aqui.” (E10)</p> <p>“Fácil é a companhia e apoio que me dá a minha esposa.” (E13)</p>
	Observar melhoria clínica	<p>“O mais fácil é ver-me a recuperar.” (E1)</p> <p>“O mais fácil é estar a ficar melhor.” (E9)</p>
	Presença de todos os recursos na hospitalização	<p>“O mais fácil até agora é não sentir falta de nada, temos tudo (...) gosto das Enfermeiras e das empregadas.” (E3).</p>
Acontecimentos inibidores da transição	Afastamento do domicílio	<p>“O mais difícil é estar fora de casa, estar sem o meu marido e os meus netos que tomo conta.” (E1)</p>
	Limite psicológico	<p>“O mais difícil é estar aqui preso.” (E2)</p> <p>“Difícil não foi nada, a não ser estar aqui (...) Sinto motivada, só não quero estar aqui. Estou cheia de estar aqui.” (E6)</p> <p>“Estou aqui presa, sem mexer a perna e o pé.” (E10)</p> <p>“Difícil é estar preso no hospital. Gosto de sair.” (E11)</p> <p>“Difícil foi entrar aqui, entrar no hospital para</p>

		<i>mim é um obstáculo, estou habituado a mexer-me e aqui estou preso.” (E13)</i>
	<b>Falta de apetite</b>	<i>“O que acho que tem dificultado é não ter apetite nenhum.” (E5)</i>
	<b>Dificuldade de adaptação dos doentes</b>	<i>“O AVC é muito complicado. Os doentes têm de ter muita força de vontade. Temos de viver um dia de cada vez.” (E1) “Nada foi fácil. Custou tudo. Até estar aqui.” (E4) “Para mim nada foi fácil.” (E5) “Momentos mais fáceis (...) Nada.” (E8) “Fácil não foi nada.” (E11) “Fácil não foi nada.” (E12)</i>
	<b>Dificuldade de adaptação dos familiares</b>	<i>“O mais difícil é ver a minha família a chorar por mim, tristes.” (E9)</i>
	<b>Limitações resultantes do AVC</b>	<i>“O mais difícil é o desequilíbrio ao andar, as tonturas. Esta mão que não tenho força. Vejo mal desta vista.” (E4) “Difícil é não conseguir comer e ter de urinar na aparadeira.” (E8)</i>

UNIDADE TEMÁTICA: PREOCUPAÇÕES		
Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Preocupações pessoais	Não andar	<p>“Vai ser difícil pôr-me a andar em condições para eu ir embora. Isso vai ser o mais difícil (...) Se não for a andar bem, não sei como vai ser.” (E5)</p> <p>“A minha saúde só me preocupa em poder mexer-me e andar (...) Tenho receio de não poder andar.” (E8)</p>
	Repetição do AVC	<p>“O que me preocupa com esta doença é ter medo que me volte a dar, que fique assim sem poder fazer as minhas coisas.” (E3)</p> <p>“Preocupa-me tudo em relação à minha saúde, já não sou a pessoa que era. Daqui para a frente terei muitas mais dificuldades. Isto pode repetir, podem aparecer outras coisas piores.” (E4)</p>
	Afastamento laboral	<p>“O que mais me preocupa é o trabalho. Assim não posso voltar. Ando mal e não se percebe tudo o que falo. Fico triste querer falar e não conseguir. Mas eu vou voltar a falar bem e irei.” (E9)</p>
	Dependência nas AVD	<p>“Esta doença modificou muito a minha vida, minha forma de ser. Quero fazer as minhas coisas, minhas lidas e não posso.” (E3)</p> <p>“Não consigo tomar banho, isso preocupa-me.” (E5)</p> <p>“Eu antes ainda fazia as minhas coisas, fazia o comer para mim, trabalhava no quintal entretido a cortar a relva e gostava (...) Esta doença vai alterar muito o que gostava de fazer, porque não vou poder fazer.” (E7)</p> <p>“O que mais me preocupa é não poder fazer nada (...) Não sei o que vai ser o meu futuro (...) O mais difícil é pensar na vida de casa e não poder fazer.” (E10)</p> <p>“O que mais me preocupa são as lidas da casa: fazer comer, as limpezas, tratar do terreno. Não sei o que será o futuro.” (E11)</p>
Preocupações familiares	Afastamento familiar	<p>“O mais difícil é estar aqui, ver minha filha e meu neto a vir cá e não poder estar em casa à beira deles.” (E3)</p> <p>“O que me preocupa é a minha mulher estar sozinha em casa. Ela lá e eu aqui. Estar um em cada lado.” (E5)</p>
	Solidão do cônjuge	<p>“Agora sinto-me triste, só. Estou cá só, o meu marido lá em casa sozinho. Eu estou com força para recuperar para ir para a beira dele.” (E1)</p>
	Sustentabilidade da família	<p>“Nem eu nem meu homem trabalhamos. O fundo de desemprego dele já acabou. Assim como estou, não arranjarei emprego, vou ver se continuo a trabalhar no quintal, no campo a por batatas, tudo para lá. Não sei como vai ser.” (E6)</p> <p>“A minha maior preocupação é conseguir pagar as minhas coisas, tenho as prestações do carro para pagar.” (E13)</p>

	<b>Papel de prestador de cuidados à criança</b>	<i>“Sinto que vou melhorar para poder criar o meu neto de 14 anos, que é muito meu amigo (...) Minha preocupação é ele, o meu neto (...) Só peço a Deus que me deixe criar o meu neto.” (E3)</i>
	<b>Papel terapêutico</b>	<i>“O que mais me aflige é o meu homem, ele precisar de mim e eu não estar à beira dele. Ele anda de muletas, precisa muito da minha ajuda (...) O que mais tenho medo é ficar eu e ele em cadeira de rodas.” (E10)</i> <i>“Difícil vai ser cuidar do meu marido.” (E12)</i>
	<b>Papel de dona de casa</b>	<i>“(...) o meu marido lá em casa sozinho, ele foi operado à anca, não sabe das lidas da casa, não tem força nem jeito, eu é que fazia.” (E1)</i> <i>“Esta doença modificou muito a minha vida, minha forma de ser. Quero fazer as minhas coisas, minhas lidas e não posso.” (E3)</i> <i>“Eu antes ainda fazia as minhas coisas, fazia o comer para mim, trabalhava no quintal entretido a cortar a relva e gostava (...) Esta doença vai alterar muito o que gostava de fazer, porque não vou poder fazer.” (E7)</i> <i>“O mais difícil é pensar na vida de casa e não poder fazer.” (E10)</i> <i>“O que mais me preocupa são as lidas da casa: fazer comer, as limpezas, tratar do terreno. Não sei o que será o futuro.” (E11)</i>

UNIDADE TEMÁTICA: PERCEÇÃO DA EQUIPA DE SAÚDE		
Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Constituição da equipa multidisciplinar	Médicos Enfermeiros Auxiliares	<p>“Gosto muito de toda a equipa. São muito atenciosos, muito boas pessoas. Os Enfermeiros ajudam-me a andar.” (E1)</p> <p>“Eles, Profissionais, estão a atuar bem, médicos, enfermeiros e auxiliares.” (E2)</p> <p>“Gosto muito de todos, médicos, enfermeiros e auxiliares (...)” (E3)</p> <p>“O pessoal tem sido uma categoria, cinco estrelas. Só tenho a dizer bem dos médicos e enfermeiros.” (E4)</p> <p>“Dou-me bem com todos, são impecáveis, médicos, enfermeiros e auxiliares.” (E7)</p> <p>“É a primeira vez que estou internada e gosto muito de todos, dos médicos, das enfermeiras.” (E8)</p> <p>“A Enfermeira que me faz os exercícios e a médica estiveram hoje comigo a andar no corredor.” (E9)</p> <p>“Cuidados aqui são bons, bem prestados. Não tenho queixa de médicos, enfermeiras e auxiliares.” (E11)</p> <p>“Dos médicos e enfermeiros gosto de todos.” (E12)</p>
	Enfermeiros de Reabilitação	<p>“A enfermeira que me faz os exercícios não é sempre a mesma, mas são todas espectaculares, não tenho palavras.” (E2)</p> <p>“Gosto muito da Enfermeira que me põe a brincar com os cones.” (E3)</p> <p>“As enfermeiras ajudam-me como tomar banho sozinho, uma anda comigo no corredor (...)” (E4)</p> <p>“(...) uma Enfermeira auxiliou-me a andar.” (E6)</p> <p>“A Enfermeira que me faz os exercícios (...) esteve hoje comigo a andar no corredor.” (E9)</p> <p>“A Enfermeira que anda comigo no corredor é boa pessoa, gosto dela. Gosto que me ajude a andar, a comer e a tomar banho.” (E12)</p>
Relação Profissional	Incentivo	<p>“Com os médicos e enfermeiros tenho excelente relação (...) Os profissionais esperam que eu reaja bem. Dão-me força para eu recuperar facilmente (...)” (E2)</p> <p>“Eles esperam que eu melhore e tenha força de vontade. Ajudam-me.” (E4)</p> <p>“Eles esperam que eu comece a andar e a mexer-me para voltar a fazer tudo sozinho. Dão-me força.” (E11)</p> <p>“Eles querem que eu ande, ainda hoje insistiram e as enfermeiras ajudaram-me a andar.” (E13)</p>
	Disponibilidade	<p>“Eles vêm todos os dias o que eu preciso.” (E4)</p> <p>“Sinto muito bem, são todos muito boas pessoas. São todos muito bons, os Enfermeiros vêm-me virar a meio da noite e vêm cá a qualquer hora que se pede.” (E10)</p> <p>“Eles vêm logo que eu preciso, são muito</p>

		amigos.” (E13)
	<b>Amizade</b>	“A Enfermeira que me faz os exercícios e a médica estiveram hoje comigo a andar no corredor. São muito, muito amigos de nós. Sempre de noite e tudo.” (E9) “(…) Enfermeiras e Auxiliares, são todas minhas amigas. Tenho boa relação com todos os profissionais, não tenho queixa de ninguém.” (E6)
	<b>Afeto</b>	“Falam para nós com carinho (...)” (E3) “Aqui são bons os Enfermeiros, atenciosos, carinhosos. Tenho boa relação com toda a equipa.” (E5) “A enfermeira foi muito meiga.” (E8)
	<b>Companheirismo / Parceria</b>	“Noto neles quando estou no corredor a andar, a alegria que têm.” (E3)
	<b>Esperança</b>	“Eu acho que os profissionais esperam que cada dia que passe eu melhore. Dão-me esperança.” (E9)

UNIDADE TEMÁTICA: PERCEÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE		
Categories	Subcategorias	Unidades de Registo
<b>Expectativa pessoal face à nova situação</b>	<b>Competência profissional para melhoria clínica</b>	“Espero que façam o melhor possível dentro das suas capacidades, para eu melhorar (...)” (E2) “Eu espero que eles me ajudem a sarar.” (E3) “Espero que os profissionais façam o melhor que podem, para eu melhorar.” (E10) “Espero que façam o melhor por mim.” (E12) “Espero que façam o melhor por mim.” (E13)
	<b>Aprender estratégias para recuperar a deambulação</b>	“Os Enfermeiros ajudam-me a andar (...) Quero aprender a voltar a andar, ver se fico melhor das pernas, me equilíbrio sem cair.” (E1) “Espero que me ponham a andar bem. Tem-me dado tonturas, desequilíbrio e não consigo andar. As Enfermeiras ajudam a andar. Os profissionais esperam ver-me a andar e bom para ir embora.” (E5) “Tenho vontade que me ponham a andar (...)” (E6) “Eu queria que eles pusessem a dar umas passadinhas (...) O meu maior desejo é eu poder andar.” (E8) “Espero que façam o melhor que podem para me porem a andar.” (E9) “Espero voltar a andar.” (E12)
	<b>Aprender estratégias para não ser sobrecarga para outros</b>	“Espero que me ensinem tudo para voltar para casa e não dar trabalho a ninguém.” (E1) “Espero que me ajudem a ficar mais autónomo possível. Quero aprender tudo o que seja importante para não depender dos outros. Vou fazer por isso.” (E7)
	<b>Aprender estratégias para</b>	“Quero (...) aprender a tomar banho sozinha.” (E1)

	<b>autocuidados: higiene, comer, ir ao sanitário,</b>	<p><i>“Tenho vontade que (...) me ensinem e ajudem a tomar banho, comer (...)” (E6)</i></p> <p><i>“O meu maior desejo é eu poder andar. Para que eu quando estiver em casa, pelo menos poder ir à casa de banho e tratar de mim.” (E8)</i></p>
	<b>Ter acesso a cuidados de reabilitação</b>	<p><i>“Quero fazer ginástica.” (E1)</i></p> <p><i>“Espero que trabalhem bem para eu mexer esta perna e braço, que me façam exercícios para recuperar.” (E11)</i></p>
	<b>Obter apoio psicológico</b>	<p><i>“Espero (...) que me deixem apoio moral e espiritual.” (E2)</i></p>
<b>Satisfação dos cuidados</b>	<b>Recursos humanos</b>	<p><i>“Gosto muito de toda a equipa. São muito atenciosos, muito boas pessoas.” (E1)</i></p> <p><i>“Os cuidados aqui prestados são de pessoas com muita competência.” (E2)</i></p> <p><i>“Gosto muito de todos, médicos, enfermeiros e auxiliares.” (E3)</i></p> <p><i>“A relação com o pessoal tem sido o melhor possível. Eles fazem tudo o que preciso.” (E4)</i></p> <p><i>“Tenho boa relação com toda a equipa.” (E5)</i></p> <p><i>“Acho bem todos os cuidados aqui. Gosto.” (E6)</i></p> <p><i>“Gosto de toda a equipa. Dou-me bem com todos, são impecáveis, médicos, enfermeiros e auxiliares.” (E7)</i></p> <p><i>“Aqui são todos maravilhosos, todos muito bons (...) É a primeira vez que estou internada e gosto muito de todos, dos médicos, das enfermeiras.” (E8)</i></p> <p><i>“Gosto muito dos cuidados daqui. São todos muito bons.” (E9)</i></p> <p><i>“Sinto muito bem, são todos muito boas pessoas. São todos muito bons.” (E10)</i></p> <p><i>“Cuidados aqui são bons, bem prestados. Não tenho queixa de médicos, enfermeiras e auxiliares.” (E11)</i></p> <p><i>“Dos médicos e enfermeiros gosto de todos.” (E12)</i></p> <p><i>“Acho bem aqui os cuidados prestados.” (E13)</i></p>
	<b>Recursos materiais</b>	<p><i>“O mais fácil até agora é não sentir falta de nada.” (E3).</i></p>

UNIDADES TEMÁTICAS: PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA		
Categories	Subcategories	Unidades de Registo
Envolvimento na Reabilitação	Participação na reabilitação	<p>“Quero fazer ginástica (...)” (E1)</p> <p>“Acho positivo os exercícios que nos põe a fazer.” (E3)</p> <p>“Espero que me ponham a andar bem (...) Vou lutar.” (E5)</p> <p>“Ainda hoje andei aí, estive em pé junto à cama, uma Enfermeira auxiliou-me a andar (...)” (E6)</p> <p>“Espero que trabalhem bem para eu mexer esta perna e braço, que me façam exercícios para recuperar (...) em casa andarei agarrado aos móveis ou a um pau.” (E11)</p>
	Procura de informação	<p>“Quero aprender a andar, aprender a tomar banho sozinha (...) Quero aprender a voltar a andar, ver se fico melhor das pernas, me equilíbrio sem cair.” (E1)</p> <p>“Tenho vontade que me ponham a andar, que me ensinem e ajudem a tomar banho, comer (...)” (E6)</p> <p>“Espero que me ajudem a ficar mais autónomo possível. Quero aprender tudo o que seja importante para não depender dos outros. Vou fazer por isso” (E7)</p>
Domínio de novas competências	Autocuidado: higiene	<p>“Acho positivo os exercícios que nos põe a fazer; treinar o banho (...) Estou a melhorar.” (E3)</p> <p>“As enfermeiras ajudam-me como tomar banho sozinho (...)” (E4)</p> <p>“Ajudam-me e ensinam-me como tomar banho sozinho (...) e já consigo melhor.” (E9)</p>
	Autocuidado: ir ao sanitário	<p>“Hoje ajudaram-me a ir à casa de banho, foi a primeira vez que me levantei e comecei a andar. Fiquei muito contente de lá ir e cuidar de mim.” (E8)</p>
	Autocuidado: comer	<p>“Já consigo comer sozinha (...)” (E1)</p>
	Sentar-se	<p>“Elas ajudam-me a sentar, estão à minha beira (...) e já melhorei.” (E9)</p>
	Deambular	<p>“Eu tenho força na perna, mas não me seguro bem. Ainda hoje andei aí, estive em pé junto à cama, uma Enfermeira auxiliou-me a andar. Ando, só que tem de ser amparada.” (E6)</p>
	Mobilidade	<p>“(...) os exercícios com os braços de levar à cabeça, ao nariz; o fazer bicicleta (...) Para mim é muito bom. Estou a melhorar.” (E3)</p>
	Equilíbrio Corporal	<p>“Agora se for agarrada Enfermeira ando bem, se me ela deixar caio, não me equilíbrio (...) Isto daqui para a frente vai melhorar (...)mas já estou melhor (...)” (E1)</p>
	Sensibilidade propriocetiva	<p>“Gosto muito da Enfermeira que me põe a “brincar” com os cones. Já consigo agarra-los e senti-los.” (E3)</p>

UNIDADES TEMÁTICAS: PERCEÇÃO DO REGRESSO A CASA		
Categories	Subcategories	Unidades de Registo
Avaliação da aptidão de regresso a casa	Apto	<p>“Sinto pronta para ir para casa (...) Estou eu e mais ele, um ajudando o outro (...) Marido vai-me ajudar e mais os filhos (...)” (E1)</p> <p>“Sinto preparado para ir embora (...) Terei muitas dificuldades, não posso fazer mesmo nada. Para me ajudar vai ser a minha irmã que mora perto (...) O que eu ganho não dá para ir para um lar. Eu como solteiro pensei sempre nisto.” (E4)</p> <p>“Sinto preparado para voltar para casa.” (E7)</p> <p>“Sinto preparada para voltar para casa. O meu marido e os meus filhos vão-me ajudar.” (E9)</p> <p>“Sinto preparado para voltar a casa. Ainda não andei, mas em casa andarei agarrado aos móveis ou a um pau.” (E11)</p>
	Com dificuldades	<p>“Se fosse amanhã não estou preparado fisicamente, não quer dizer que não queira, moralmente não descaí mas ainda só passei cá um fim-de-semana, não estou preparado para já.” (E2)</p> <p>“Para já não consigo voltar para casa. Não consigo fazer meu serviço, meu dia a dia.” (E3)</p> <p>“Estou preparado para ir embora, mas agora não, porque não estou são. Eu quero ir são embora para poder andar e não ter ninguém que andar atrás de mim.” (E5)</p> <p>“Não estou preparada para ir para casa. Isso era o que eu queria, mas não posso. Para já não, que não estou segura.” (E6)</p> <p>“Não estou preparada para voltar para casa. Tenho receio de não poder andar (...)” (E8)</p> <p>“Quem me dera voltar para casa, se eu andasse bem ia, assim só vou quando conseguir andar.” (E10)</p> <p>“Ainda não sinto preparada para voltar para casa.” (E12)</p> <p>“Não sinto ainda preparado para voltar para casa, ainda passou pouco tempo que cá estou.” (E13)</p>
Apoio familiar	Filhos	<p>“Quem me vai ajudar agora vai ser a minha filha mais nova.” (E3)</p> <p>“Eu tenho filhos e filhas e creio que não me deixam agora que estou assim, à deriva, mas nós não sabemos o dia de amanhã. Vou ter de lhes dar trabalho.” (E5)</p> <p>“(...) talvez a minha filha ajudará.” (E6)</p> <p>“Vou continuar a ter apoio dos meus filhos. Principalmente da mais velha que quando sair daqui vou para casa dela, para o Porto.” (E7)</p> <p>“Eu estava em minha casa e vivia só, andava</p>

		<p><i>bem. Mas agora os meus filhos disseram que para minha casa não vou. Ainda não sei para casa de que filho vou.” (E8)</i></p> <p><i>“Para me ajudar daqui para a frente ainda não sei, mas os meus filhos vão tratar disso.” (E10)</i></p>
	<b>Família nuclear</b>	<p><i>“Marido vai-me ajudar e mais os filhos.” (E1)</i></p> <p><i>“Para me ajudar vai ser minha mulher e o meu filho.” (E2)</i></p> <p><i>“Para me ajudar vai ser a minha irmã que mora perto, em cima.” (E4)</i></p> <p><i>“Para me ajudar vou ter ajuda (...) da minha filha, do meu marido, do meu filho, do meu genro. Eles fazem tudo para eu ficar bem.” (E9)</i></p> <p><i>“Em casa vai ser a minha filha e o meu irmão a ajudar.” (E12)</i></p> <p><i>“Para me ajudar vai ser a minha mulher.” (E13)</i></p>

<b>UNIDADES TEMÁTICAS: PERCEÇÃO DO FUTURO</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
<b>Dificuldades no futuro</b>	<b>Barreiras arquitectónicas no domicílio</b>	<p><i>“A minha casa tem muitas escadas. Ainda não sei se irei para os cuidados continuados ou para os meus anexos que são rés-do-chão.” (E3)</i></p> <p><i>“A cozinha e a sala são em baixo e os quartos no piso de cima, mas aos poucos vou conseguir subir.” (E9)</i></p> <p><i>“Vivo numa casa com escadas, vai ser difícil subir. Na casa de banho tenho banheira, vai ser difícil lá entrar.” (E12).</i></p> <p><i>“A maior dificuldade vão ser as escadas, moro no último andar de um apartamento. A dificuldade vai ser subir e descer as escadas, porque o elevador é nas traseiras e nós moramos na frente, como se pode ir lá buscar, não sei.” (E13)</i></p>
	<b>Comunicação</b>	<p><i>“Acho que daqui para a frente vou ter um bocado de dificuldade. Tenho medo, vergonha de ver as pessoas e não conseguir falar, não me perceberem. Fico triste (...).” (E9)</i></p>
	<b>Falta de apoio domiciliário para reabilitação</b>	<p><i>“Em casa não tenho como recuperar, tenho de ter ajuda para melhorar.” (E1)</i></p>
	<b>Falta de apoio domiciliário para AVD</b>	<p><i>“Será pior. Sem mexer o braço e a perna não poderei fazer nada (...) Não tenho ninguém para me apoiar a fazer comer, tratar da casa, ajudar-me. Os meus irmãos têm a vida deles.” (E11)</i></p>
<b>Previsão do futuro</b>	<b>Permanência da perspectiva de vida</b>	<p><i>“Não alterou o dia de amanhã.” (E2)</i></p> <p><i>“A minha vida não mudou. Um dia de cada vez...” (E6)</i></p> <p><i>“Eu para mim, estou como diz o outro, aos 75 anos,</i></p>

		<p><i>não posso pedir grande coisa. O futuro está acabado.” (E7)</i></p> <p><i>“Esta doença não modificou muito a minha vida. Hei-de continuar a minha vida.” (E8)</i></p>
	<b>Consciência das alterações de vida</b>	<p><i>“Modificou um pouco o dia de amanhã.” (E1)</i></p> <p><i>“Esta doença modificou muito a minha vida, minha forma de ser. Quero fazer as minhas coisas e não posso.” (E3)</i></p> <p><i>“Daqui para a frente terei muitas mais dificuldades (...) Terei muitas dificuldades, não posso fazer mesmo nada (...) O que eu ganho não dá para ir para um lar. Eu como solteiro pensei sempre nisto (...) Isto influencia muito a minha vida. Influencia tudo. Quero trabalhar e se arranjar trabalho, nunca mais consigo assim.” (E4)</i></p> <p><i>“Acho que daqui para a frente vou ter um bocado de dificuldade (...) Quem me dera no dia de amanhã estar melhor que agora (...).” (E9)</i></p> <p><i>“Antes era alegre, agora estou triste e mais parada (...) Só vou dar trabalho à minha família (...) Minha vida com esta doença caiu, andava tão bem e agora deitou-me abaixo.” (E12)</i></p> <p><i>“A minha vida mudou. Tinha muitas perspetivas pro futuro, queria pagar as minhas coisas. Agora já não vou de férias, a minha neta comprou uma barraca para ir para a praia com ela e não vou.” (E13)</i></p>
	<b>Incerteza sobre o amanhã</b>	<p><i>“O dia de amanhã é diferente. Eu penso no dia de amanhã o que vai ser de nós assim. Eu tenho filhos e filhas e creio que não me deixam agora que estou assim, à deriva, mas nós não sabemos o dia de amanhã.” (E5)</i></p> <p><i>“Não sei o que vai ser o meu futuro. O que mais tenho medo é ficar eu e ele em cadeira de rodas.” (E10)</i></p> <p><i>“Não sei o que será o futuro. Será pior. Sem mexer o braço e a perna não poderei fazer nada. Poderá impedir de arranjar emprego. Não tenho ninguém para me apoiar. Os meus irmãos têm a vida deles.” (E11)</i></p>

UNIDADE TEMÁTICA: MUDANÇAS NA VIDA		
Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Significado da vida após a doença	Repensar na vida	<p>“Esta doença modificou muito a minha vida, minha forma de ser (...) Penso que quero voltar à minha vida, mas agora sinto tristeza por estar assim. Modificou o dia de amanhã. Esperava que a minha vida corresse como até agora para poder tomar conta do meu neto e voltarei.” (E3)</p> <p>“Esta doença modificou um bocadinho a minha forma de ser. Sinto triste, muito triste (...) Quem me dera no dia de amanhã estar melhor que agora (...) estou melhor claro, mas não como estava. Mas vou ficar melhor, devagarinho.” (E9)</p> <p>“Sem dúvida que o dia de amanhã está muito diferente, ainda não sei como vou ficar. Tenho fé que vou melhorar, mas não sei.” (E10)</p> <p>“Influencia muito a minha vida, esta doença. Não posso fazer nada, estou desmotivado. Modificou muito o que pretendia fazer. Queria ter trabalho, ir para Angola ou procurar na fábrica e assim sem mexer, não posso. Esta doença significa muito.” (E11)</p> <p>“A minha vida mudou. Esta doença mudou um pouco a minha forma de ser. Estou triste. Tinha muitas perspectivas pro futuro, queria pagar as minhas coisas (...) Não sei como será, tenho de pensar (...)” (E13)</p>
	Manutenção/ Perpetuação da situação de vida	<p>“Acho que se recuperar vou normalizar a minha vida, voltarei à vida normal (...) Quando voltar à minha vida normal, vou fazer tudo igual, voltarei aos meus amigos, à igreja.” (E2)</p> <p>“Acho que esta doença não modificou a minha forma de ser, vou continuar o que era.” (E5)</p> <p>“Esta doença não modificou muito a minha vida.” (E8)</p>
	Resignação face à nova situação	<p>“Temos de viver um dia de cada vez.” (E1)</p> <p>“Já gozei o que tinha a gozar e está feito.” (E4)</p> <p>“A minha vida não mudou. Um dia de cada vez. Logo se vê. ” (E6)</p> <p>“Já não sou o mesmo. Já não me sinto igual. Pode ser que venha a recuperar, mas agora nestes dias sinto-me diferente (...) Eu para mim, estou como diz o outro, aos 75 anos, não posso pedir grande coisa. O futuro está acabado, não posso pedir nada.” (E7)</p> <p>“Se eu morresse não estava aqui a dar trabalho (...) Minha vida com esta doença caiu, andava tão bem e agora deitou-me abaixo.” (E12)</p>
Vida familiar	Manutenção da vida familiar	<p>“A minha vida com a família não vai mudar.” (E6)</p> <p>“A minha vida familiar não alterou nada, dou-me na mesma igual.” (E11)</p> <p>“Não modificou a minha relação com a família.” (E13)</p>
	Reorganização da vida familiar	<p>“Para me ajudar vai ser a minha irmã que mora perto, em cima. Mas atenção ainda não falei com ela. Se ela me disser que não, vou a outra e se</p>

		<p><i>todos disserem que não, não sei. O que eu ganho não dá para ir para um lar. Eu como solteiro pensei sempre nisto.” (E4)</i></p> <p><i>“Vou continuar a ter apoio dos meus filhos. Principalmente da mais velha que quando sair daqui vou para casa dela, para o Porto.” (E7)</i></p> <p><i>“Esta doença não trouxe alteração na relação com os filhos. Eu tenho confiança nos meus filhos, não tenho só um, tenho seis. Eles vão combinar uns com os outros como fazer. Ainda hoje eles me disseram que quando eramos pequenos, ela deu-nos a sopinha, mandou-nos para a escola, olhou por nós agora temos de ser nós a olhar pela nossa mãe. Eu tenho confiança nos meus filhos.” (E8)</i></p> <p><i>“Os meus filhos vão fazer reunião e organizar-se.” (E10)</i></p>
	<b>Sobrecarga dos elementos da família</b>	<p><i>“A boa relação com a minha filha e meus netos vai manter-se, mas a minha filha vai ficar prejudicada. Ela é auxiliar no lar, tem uma filha, já tem muito trabalho e agora mais eu.” (E3)</i></p> <p><i>“Eu tenho filhos e filhas e creio que não me deixam agora que estou assim, à deriva, mas nós não sabemos o dia de amanhã. Vou ter de lhes dar trabalho.” (E5)</i></p> <p><i>“Só vou dar trabalho à minha família.” (E12)</i></p>
	<b>Vivência da doença no seio familiar</b>	<p><i>“Esta doença modificou a minha vida familiar. Meu marido, meus filhos, meus manos estão sempre todos a chorar. Meu marido está doente por mim. Dou-me bem com eles, mas noto que eles estão mal.” (E9)</i></p>
	<b>Enriquecimento dos afetos familiares</b>	<p><i>“Ainda vai melhorar a relação com a família. Filhos já lá iam, agora vão mais. Também sou amiga deles.” (E1)</i></p> <p><i>“A minha vida familiar será melhor. Tenho uma filha com 33 anos e há uns tempos que não falava para mim, agora depois desta doença já fala.” (E2)</i></p>
	<b>Dificuldades de suporte à família</b>	<p><i>“O que fazia até agora modificou, não sei se vou voltar a ir buscar meu neto à escola.” (E10)</i></p>
<b>Vida social</b>	<b>Reconstrução do papel social</b>	<p><i>“Eu fazia 45 min de caminhadas, agora não consigo. Mas tenho muita força de vontade, luto. Isto deitou-me abaixo, mas sinto-me motivada para voltar.” (E1)</i></p> <p><i>“Quando voltar à minha vida normal, vou fazer tudo igual, voltarei aos meus amigos, à igreja.” (E2)</i></p> <p><i>“Não vou poder ir ter com as minhas amigas, não vou poder fazer caminhadas, posso desequilibrar e tenho medo. Basta um paralelo que tombo. Mas irei.” (E3)</i></p> <p><i>“Não vai alterar as minhas idas ao café porque eu moro junto ao café. E não vou passar a vida em casa. Se fosse mais longe não ia, assim vou.” (E4)</i></p> <p><i>“Não fica diferente a minha vida, só não sei se consigo ir ao café, mas não é coisa para deixar os meus amigos. Penso voltar.” (E5)</i></p> <p><i>“Se eu puder andar vou à missa, senão não vou. Estou com esperanças de melhorar. Tenho fé.” (E6)</i></p> <p><i>“Eu tenho vergonha de sair e falar assim, as pessoas percebem-me mal. Tenho vergonha de</i></p>

		<i>falar assim para elas. Mas vou melhorar, eu vou voltar a sair.” (E9)</i>
	<b>Incerteza da reconstrução do papel social</b>	<p><i>“Esta doença vai alterar muito o que gostava de fazer, porque não vou poder fazer. Primeiro porque gostava de passear, ir ao café, estar com os meus amigos e agora não vou (...) Poderei ir com outros a me levarem, mas já não é igual, não é a mesma coisa.” (E7)</i></p> <p><i>“la todos os días quando podia à missinha. Ainda hoje pensei: é hora da missa e se estivesse em casa ia (...) Mas assim não poderia ir. Talvez depois.” (E8)</i></p> <p><i>“O que fazia até agora modificou (...) não sei se irei pro quintal, apesar de ser pequeno. Mas adivinhar é proibido.” (E10)</i></p> <p><i>“(...) as idas ao café, não sei se irei, mas não interessa.” (E11)</i></p> <p><i>“Os meus tempos livres eram a cuidar da casa, mas agora não sei vou poder.” (E12)</i></p> <p><i>“Não saio muito, gosto de estar em casa com a minha neta a brincar com ela e no computador. Ia ao café mas pouco, esta doença vai dificultar isso, mas vamos lá ver.” (E13)</i></p>
<b>Vida profissional</b>	<b>Reconstrução do papel profissional</b>	<p><i>“Penso voltar ao meu trabalho se conseguir.” (E2)</i></p> <p><i>“Se Deus quiser vou melhorar e vou voltar ao meu trabalho (...) Para já não consigo trabalhar.” (E9)</i></p> <p><i>“Eu quero voltar ao trabalho, tenho muito que fazer.” (E13)</i></p>
	<b>Dificuldade na empregabilidade</b>	<p><i>“Quero trabalhar e se arranjar trabalho, nunca mais consigo assim. A idade já não é fácil para arranjar trabalho e assim pior. Só se for um trabalho sentado.” (E4)</i></p> <p><i>“Estou desempregada há 3 anos. E assim nunca mais vou trabalhar. Eu já sou velha para trabalhar e nova para a reforma.” (E6)</i></p> <p><i>“Modificou muito o que pretendia fazer. Queria ter trabalho, ir para Angola ou procurar na fábrica e assim sem mexer, não posso (...) Será pior. Sem mexer o braço e a perna não poderei fazer nada. Poderá impedir de arranjar emprego (...) Esta doença significa muito. Significa não ter emprego.” (E11)</i></p>