



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a doentes com
Acidente Vascular Cerebral (AVC): Eficácia de um Programa**

Dissertação de Mestrado

Rosária Francisco Sebastião

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A DOENTES COM
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC): EFICÁCIA DE UM PROGRAMA**

**REHABILITATION NURSING CARE TO PATIENTS WITH
CEREBROVASCULAR ACCIDENT (CVA): EFFECTIVENESS OF A PROGRAM**

Dissertação de Mestrado orientada pela Prof.
Doutora Maria Manuela da Silva Martins e
Coorientada pela Mestre Glória Maria Couto.

Rosária Francisco Sebastião

Porto | 2016

AGRADECIMENTOS

A Deus, Todo-poderoso, pela sua infinita misericórdia em me ter conservado a vida e dado a oportunidade para começar e terminar a minha formação.

Ao Ministério da Saúde de Angola, por me ter autorizado a frequentar este Mestrado.

À Prof. Doutora Manuela Martins, por me ter orientado na realização deste trabalho e por todos os ensinamentos que me transmitiu ao longo deste percurso.

À Mestre Glória Couto, pela coorientação que me deu na realização do presente trabalho de investigação.

A todos os professores da ESEP, pela forma como sempre fui acolhida e tratada.

À Dra. Armanda Conceição, pelo apoio, encorajamento e pelo facto de ter acreditado e apostado em mim.

À Dra. Maria Isabel Barbosa Ribeiro, Presidente da APER, pelo seu incondicional apoio.

À minha família, pelos momentos em que eu estive ausente.

À família Arnaldo Ribeiro, pelo apoio durante o período de formação.

A todos os médicos e enfermeiros do Hospital de S. João, pelo saber que me foi transmitido e pela partilha das suas experiências no âmbito da saúde.

A todos os médicos e enfermeiros do Hospital Josina Machel-Maria Pia, que me apoiaram na realização desta investigação.

A todos os doentes, que aceitaram participar neste estudo e a quem dedico este trabalho. Sem vocês, este estudo não teria sido possível.

A todos os que, de alguma forma, contribuiriam de forma direta ou indireta para a concretização deste meu sonho.

O meu MUITO OBRIGADA!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades básicas de vida diárias
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
GAIA	Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
MID	Membro inferior direito
MIE	Membro inferior esquerdo
MRC	Medical Research Council
MSD	Membro superior direito
MSE	Membro superior esquerdo
OMS	Organização Mundial de Saúde
p.(pp.)	Página (páginas)
PA	Pressão arterial
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
QdV	Qualidade de vida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

Os sobreviventes de acidente vascular cerebral necessitam de um processo de reabilitação, ainda durante o período de internamento. O presente estudo tem como principal objetivo analisar a eficácia de um programa de reabilitação implementado a doentes com acidente vascular cerebral, no hospital Josina Machel-Maria Pia, em Angola. Participaram 71 doentes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 14 e os 75 anos, tendo sido divididos em dois grupos: grupo de intervenção (A), constituído por 40 doentes (alvo do programa de reabilitação) e grupo de controlo (B) que receberam apenas os cuidados de saúde após episódio vascular cerebral, dentro dos padrões assistenciais do hospital. O instrumento de recolha de dados integrou questões de caracterização sociodemográfica e cinco medidas de avaliação: Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado; Índice de Tinetti para avaliação do equilíbrio; Escala Modificada de Ashworth para avaliação da espasticidade; Escala de Coma Glasgow para avaliação das alterações de consciência e Escala de Avaliação da Força Muscular de Council. Estas medidas foram administradas no início da intervenção e após a implementação do programa de reabilitação. Os principais resultados mostraram ganhos decorrentes da implementação do programa, de onde salientamos: a melhoria da força muscular; melhoria significativa do tônus muscular e melhoria significativa nas atividades básicas de vida diária. Os dados resultantes mostram a importância de serem desenvolvidos e implementados programas de reabilitação a doentes com acidente vascular ainda no período de internamento.

Palavras-Chave: acidente vascular cerebral, atividades básicas de vida diária, força muscular, espasticidade, programa de reabilitação

ABSTRACT

Stroke survivors require a rehabilitation process, even during the period of hospitalization. The present study has as its main objective to analyze the effectiveness of a rehabilitation program implemented in patients with stroke at the Josina Machel hospital-Maria Pia, in Angola. Participated in 71 patients of both sexes, aged between 14 and 75 years old, having been divided into two groups: intervention group (A) consisting of 40 patients (target of rehabilitation program) and control group (B) who have received only health care after stroke episode, within the welfare standards of the hospital. The data collection instrument integrated items of demographic characterization, and five evaluation measures: degree of autonomy/independence in self-care; Tinetti index to evaluate the balance; Modified Ashworth Scale to evaluate spasticity; Glasgow Coma Scale for assessment of changes of consciousness, and Muscle Strength assessment Scale of Council. These measures were administered at the beginning of the intervention and after the implementation of the rehabilitation program. The main results showed gains resulting from the implementation of the program, namely: improvement in muscle strength; significant improvement of the muscular tone and significant improvement in the basic activities of daily life. The resulting data show the importance of developing and implementing rehabilitation programs in patients with stroke still in the hospitalization period.

Keywords: stroke, basic activities of daily life, muscle strength, spasticity, rehabilitation program

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
PARTE I - CONTRIBUTOS PARA A COMPREENSÃO DA PESSOA COM AVC	23
1. O AVC enquanto entidade clínica	24
1.1. Fisiopatologia do acidente vascular cerebral	27
1.2. Fatores de risco do acidente vascular cerebral	29
1.3. Síndromes neurovasculares.....	32
2. A pessoa com AVC: do autocuidado à reabilitação	34
2.1. O enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado.....	36
2.1.1. Avaliação da pessoa com AVC e família.....	43
2.1.2. Planeamento dos cuidados.....	45
2.1.3. Intervenção em pessoas com AVC.....	46
2.1.4. A continuidade de cuidados ao doente com AVC.....	48
2.2. A família do doente com AVC.....	49
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	52
1. Contexto do estudo: A saúde em Angola.....	52
2. Metodologia.....	54
2.1. Variáveis em estudo	55
2.2. Amostra	59
2.3. Instrumento de recolha de dados	60
2.4. Programa de intervenção	61
2.5. Procedimento, análise e tratamento dos dados	65
3. Apresentação dos resultados: Diferenças entre os grupos	67
3.1. Caracterização da amostra.....	68
3.2. Diferenças das variáveis clínicas entre os grupos no início	69
3.3. Descrição da intervenção realizadas durante o programa.....	75
3.4. Diferenças das variáveis clínicas entre os grupos no final	77
3.5. Evidência dos ganhos com o programa de intervenção.....	83
3.6. Dos ganhos às evidências: Discussão dos resultados.....	86
CONCLUSÕES	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
Anexos.....	105
Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados	107

Anexo II - Programa de Reabilitação	115
Anexo III - Focos do Programa.....	119
Anexo IV - Atividades do Programa de Reabilitação	125
Anexo V - Pedido de Autorização	129
Anexo VI - Formação Ministrada	135
Anexo VII - Consentimento Informado.....	139
Anexo VIII - Autorização do Instrumento	143

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Hipertensão Arterial em Angola (2013-2015)	30
Quadro 2. Manifestações clínicas do acidente vascular cerebral de acordo com a artéria envolvida	31
Quadro 3. Equipa multidisciplinar e suas funções	38
Quadro 4. Áreas de avaliação e aspetos essenciais	43
Quadro 5. Cuidados de reabilitação específicos	47
Quadro 6. Variáveis dependentes e sua operacionalização	55
Quadro 7. Variáveis independentes e sua operacionalização	58
Quadro 8. Critérios de seleção dos artigos	61
Quadro 9. Resultados das variáveis sociodemográficas, no início da intervenção	67
Quadro 10. Resultados da distribuição do tipo de AVC	68
Quadro 11. Resultados da Escala de Glasgow, no início da intervenção	69
Quadro 12. Resultados da escala da força muscular (MRC), no início da intervenção	70
Quadro 13. Resultados da escala de espasticidade (Ashworth), no início da intervenção	70
Quadro 14. Resultados dos itens da escala GAIA, no início da intervenção	71
Quadro 15. Resultados do índice de Tinetti, no início da intervenção	73
Quadro 16. Periodicidade das atividades do programa de intervenção	74
Quadro 17. Resultados da Escala de Glasgow, após a intervenção	77
Quadro 18. Resultados da escala da força muscular (MRC), após a intervenção	77
Quadro 19. Resultados da escala de espasticidade (Ashworth), após intervenção	78
Quadro 20. Resultados dos itens da escala GAIA, após intervenção	79
Quadro 21. Resultados do índice de Tinetti, após a intervenção	80
Quadro 22. Diferenças na escala de Glasgow, nos dois grupos, antes e após a intervenção	82
Quadro 23. Diferenças na MRC nos dois grupos, antes e após a intervenção	83
Quadro 24. Médias e desvios padrões da escala de espasticidade, nos dois grupos, antes e após a intervenção	83
Quadro 25. Diferenças na escala de espasticidade nos dois grupos, antes e após a intervenção	84
Quadro 26. Diferenças na escala GAIA, nos dois grupos, antes e após a intervenção	84
Quadro 27. Diferenças no índice de Tinetti, nos dois grupos, antes e após a intervenção	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de AVC hemorrágico	26
Figura 2. Resultados da pesquisa de artigos	61
Figura 3. Figura síntese do programa	63
Figura 4. Fluxograma de admissão ao programa	65

INTRODUÇÃO

O doente com Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresenta um conjunto de características específicas que reclamam por uma intervenção adequada por parte dos enfermeiros, quer seja na fase aguda do episódio, quer seja numa fase posterior, ao nível da reabilitação (Petronilho, 2012). O número crescente de casos de AVC, associado quase sempre à hipertensão, sublinha a necessidade de serem concebidos e implementados programas de prevenção em todas as populações, no sentido de promover estilos de vida saudáveis e reduzir a incidência destes incidentes (*Royal College of London*, 2012).

O AVC assume-se como um grave problema de saúde pública em todo o mundo, sendo uma das principais causas de morte e de incapacidade, quer nos países desenvolvidos, quer nos países em desenvolvimento (Guo et al., 2010) e encontra-se associado a uma elevada taxa de hospitalização (Martins, 2006).

Em Angola, a crescente incidência de AVC é uma realidade, todavia a intervenção confronta-se com inúmeros constrangimentos de ordem económica, política e social. Apesar de a reabilitação física em Angola ter emergido na década de sessenta, na sequência de um projeto com um conjunto de profissionais de saúde, entre os quais enfermeiros de reabilitação com o papel de autocuidado e promoção das atividades básicas de vida diária (ABVD), a sua ação tem sido insipiente.

Atendendo ao reconhecimento de que o acesso universal aos cuidados de saúde é um direito de todos, consideramos que devem ser concebidos e implementados programas de intervenção que permitam melhorar a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos doentes, suas famílias e comunidade em geral. Neste sentido, a realização de programas de intervenção em reabilitação assume uma relevância crucial, quer para o doente, para as suas famílias e para a própria comunidade, sendo fundamental a intervenção dos enfermeiros neste âmbito. Este profissional de saúde deve conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

É neste sentido que surge o presente trabalho, que tem como objetivo analisar a eficácia de um programa de reabilitação a doentes com AVC, num hospital em Angola.

A nossa motivação para realizar a presente investigação encontra-se ancorada nos dados da epidemiologia e incidência do AVC em Angola, que mostram que o AVC atinge cada vez mais pessoas, sendo a primeira causa de morte no país, existindo mais de 5

milhões de pessoas afetadas com a doença, segundo o cardiologista Mário Fernandes (AngoNotícias, 2013).

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), refere que as doenças cardiovasculares, nas quais se encontra o AVC, estão a aumentar rapidamente, constituindo-se num grave problema de saúde pública em toda a região africana. Assim, enquanto cidadã Angolana e enfermeira, não poderíamos deixar de refletir sobre estes dados e empreender uma ação, em contexto real, que pudesse assumir-se num contributo essencial para estas populações.

Na verdade, Angola reconhece ainda alguns constrangimentos ao nível da saúde, dadas as condições económicas, políticas e sociais ainda marcantes do período do pós-guerra.

A ação dos enfermeiros especialistas em reabilitação, neste país, tem sido inexistente, pelo que consideramos ser uma mais-valia (pessoal, profissional e social) disseminar a importância deste profissional na determinação dos défices decorrentes de um AVC, na definição de modalidades e estratégias de intervenção junto ao doente e seus familiares, devolvendo-lhes a sua dignidade enquanto pessoas e potenciando a sua autonomia e independência através do incentivo ao autocuidado e potenciação da prestação de cuidados de saúde hospitalares e domiciliários.

Por conseguinte, a presente investigação encontra-se estruturada em duas partes. Na primeira, realiza-se um enquadramento conceptual sobre a temática, a partir dos dados existentes na literatura consultada, focalizando-se na caracterização do AVC, sua etiologia, tipos, fisiopatologia, fatores de risco e síndromes neurovasculares neste contexto. É ainda abordada a reabilitação e o autocuidado que deve ser promovido junto dos doentes sobreviventes de AVC, com especial ênfase no papel do enfermeiro de reabilitação, enquanto agente promotor desse autocuidado. Apresentamos, igualmente, as fragilidades e necessidades do doente com AVC ao nível de uma avaliação estruturada, nos cuidados gerais que devem ser proporcionados, na continuidade desses cuidados e no papel crucial da família e de cuidadores no processo de reabilitação bem-sucedido.

A segunda parte desta investigação apresenta o estudo empírico realizado, pelo que se apresenta o percurso metodológico, focando-nos no tipo de estudo, objetivos, variáveis consideradas, caracterização da amostra e do instrumento de recolha de dados, bem como do procedimento de análise e tratamento dos dados). Terminamos com a apresentação dos principais resultados descritivos e inferenciais e sua discussão.

Este trabalho de investigação termina com algumas considerações finais que consideramos pertinentes, nomeadamente um balanço entre os pontos positivos e os principais constrangimentos/limitações sentidas, concedendo-se sugestões para investigações futuras e programas de reabilitação que podem ser implementados nas populações angolanas.

PARTE I - CONTRIBUTOS PARA A COMPREENSÃO DA PESSOA COM AVC

O presente estudo é em torno da pessoa com AVC, o que nos leva a aprofundar, em primeiro lugar, as questões relacionadas com a patologia, em segundo o que esta pode determinar na pessoa enquanto uma entidade única e depois, os cuidados de enfermagem.

Recordamos que o AVC é uma patologia que determina uma grande diversidade de manifestações, sintomas e sinais, que emergem da região cerebral afetada, o que faz com que cada pessoa com AVC tenha necessidade de cuidados de enfermagem diferentes.

O AVC é um evento que se manifesta de forma diferente nos indivíduos, pois depende de diversos fatores, como a área do cérebro atingida, a extensão da lesão, estado geral de saúde, morbilidades prévias associadas e características individuais e familiares (Martins, 2006).

Os danos ocorridos nas funções neurológicas podem originar défices nas funções motoras, sensoriais, comportamentais, percetivas e da linguagem. A localização exata da interrupção ou do bloqueio da irrigação sanguínea determina a extensão e as suas manifestações, dificultando o cumprimento dos requisitos de autocuidado.

O autocuidado é entendido como as atividades iniciadas e executadas pelo próprio, em benefício da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Por conseguinte, o papel do enfermeiro assume uma particular relevância, pois recai na determinação do défice e na definição das modalidades de suporte ao doente com AVC, permitindo que este alcance a sua integridade, as suas funções e desenvolvimento, encorajando-o a ser o mais independente possível (Diógenes e Pagliuca, 2003).

Podemos assim afirmar, que a assistência da enfermagem deve ser desenvolvida em dois níveis: um mais generalista para dar resposta às necessidades básicas e outro mais complexo, para responder a um cuidado especializado com recurso a técnicas diferenciadas e específicas, que contribuem para o retomar a vida numa nova condição de saúde, embora ambas as intervenções tenham em vista a reabilitação da pessoa.

É importante salientar que a intervenção em torno do problema das pessoas com AVC deve ter início na prevenção com a adoção de estilos de vida saudáveis, numa segunda fase a intervenção quando se instala a doença e, numa terceira, a reabilitação que se inicia na fase aguda e se prolonga para a reintegração na comunidade.

É de salientar que, devido ao número de doentes vítimas de AVC que permanecem incapacitados, as autoridades governamentais são confrontadas com a necessidade de investirem nos cuidados de saúde, quer na reabilitação e cuidados continuados, quer em campanhas de prevenção, já que se sabe que os estilos de vida saudáveis (por exemplo, prática de exercício físico) ajudam a diminuir o risco de AVC (Ekman, 2004; Hardie et al., 2004).

Ao repensar os cuidados de enfermagem, também é importante referir a sobrevivência da pessoa com AVC e assim: 10% dos sobreviventes recuperam quase completamente; 25% recuperam com sequelas mínimas; 40% apresenta uma incapacidade moderada a grave e necessitam de acompanhamento específico; 10% necessita de um tratamento específico a longo prazo numa unidade especializada; 15% morre depois do episódio e 14% dos sobreviventes tem um segundo episódio durante o primeiro ano (*National Stroke Association*, 2011).

1. O AVC enquanto entidade clínica

O AVC é descrito, segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), como um "comprometimento neurológico focal (ou às vezes global), de ocorrência súbita e duração de mais de 24 horas (ou que causa morte) e com provável origem vascular" (p. 1-6). Esta definição possui quatro elementos essenciais: um comprometimento neurológico ou défice; início súbito; duração de mais de 24 horas ou que causa morte e possível origem vascular (Greenberg et al., 2014), pelo que nela se encontra patente um comprometimento da afluência do sangue ao cérebro, mediante uma oclusão ou rutura num vaso sanguíneo cerebral (Truelsen et al., 2005).

Hoje em dia, o AVC constitui-se num grave problema de saúde em todo o mundo. A literatura aponta para o facto de o AVC ser um problema de saúde pública, sendo que a maioria dos sobreviventes exhibe deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas (Abreu e Damasceno, 2009; Spence e Barnett, 2013). Neste sentido, o AVC constitui-se numa das principais causas de morte e de incapacidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Guo et al., 2010), associando-se a uma elevada taxa de hospitalização (Martins, 2006).

Existem cerca de 1.1 milhões de novos casos por ano na União Europeia, Suíça, Islândia e Noruega, sendo que nesses países, aproximadamente 6 milhões de pessoas já sofreram, pelo menos, um AVC (Truelsen et al., 2005). Em Portugal, de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2010, 2014), o AVC é uma causa comum de morbilidade e de mortalidade, assumindo-se como primeira causa de morte e de incapacidade nas pessoas.

Nos países africanos, o cenário não é diferente. Segundo o Documento de Enquadramento da OMS (2011), as doenças cardiovasculares, que incluem a doença cardíaca coronária, doença cerebrovascular, tensão arterial alta, doença das artérias periféricas, doença cardíaca reumática e doença cardíaca congénita, estão a aumentar rapidamente, constituindo-se num grave problema de saúde pública em toda a região africana. Estas doenças exercem um impacto socioeconómico profundo sobre as pessoas, famílias e sociedades, em termos de custos para os cuidados de saúde e produtividade perdida por absentismo e morte prematura. Nesse mesmo documento, é ressaltado que a epidemiologia destas doenças em África, essencialmente notificada através dos doentes internados, pode não espelhar o verdadeiro padrão de doença cardíaca, mas sugere a necessidade de intervenção, uma vez que elas causam maior mortalidade em África do que nos países desenvolvidos.

Aquando da abertura do I Congresso Angolano de Cardiologia e Hipertensão Arterial, promovido pelo Núcleo Fundador da Sociedade Angolana de Doenças Cardiovascular, o Ex.mo. Sr. Dr. José Van-Dúnem, Ministro da Saúde da República de Angola, afirmou que embora existam dados insuficientes sobre a doença, há informações preocupantes que apontam para uma prevalência, cada vez maior, do número de doentes internados e de pessoas com doenças cardiovasculares nas consultas, principalmente jovens (AngoNotícias, 2012).

A hipertensão é assumida como causa principal do AVC. Em 2000, existiam cerca de 80 milhões de adultos com hipertensão em África e as projeções, ancoradas em dados epidemiológicos atuais, indicam que este número irá aumentar para 150 milhões até 2025 (van de Vijver, 2013). A prevalência da hipertensão atingiu percentagens de 46% para ambos os sexos, sendo que menos de 10% dos africanos controlam a sua pressão arterial (OMS, 2011).

Existem várias formas de classificar o AVC que não são uniformes, todavia, as classificações mais usuais assentam no critério etiológico, que o distingue em duas categorias: isquémico e hemorrágico. Ambas as categorias são diferentes e opostas,

possuindo subtipos com causas, imagens e cursos diferentes e que se traduzem em resultados e estratégias de tratamento específicas (Adams et al., 2007).

O AVC isquêmico representa cerca de 80% de todos os AVCs e decorre da oclusão de um vaso ou redução da pressão de perfusão cerebral, que pode ser provocada pela redução do débito cardíaco ou por hipotensão grave sustentada (Leal, 2001; Rey Pérez, 2005). Este tipo de AVC encontra-se subdividido em trombótico, embólico e lacunar.

Normalmente, o AVC trombótico está associado a uma obstrução local de uma artéria, decorrente de uma doença da parede arterial como a arteriosclerose, dissecção ou displasia fibromuscular (Brown e King, 2011). O AVC embólico ocorre devido ao bloqueio do acesso arterial de uma região do cérebro por partículas de detritos, pelo que este não é um processo local, logo o tratamento local apenas resolverá temporariamente o problema. Por conseguinte é importante identificar a fonte da embolia, de modo a evitar incidentes adicionais (Menoita, 2012). Por último, o AVC lacunar decorre de um problema circulatório em todo o organismo e, ao se manifestar no cérebro, é provável que possa manifestar-se em outros órgãos (Rey Pérez, 2005).

Em qualquer destes subtipos de AVC isquêmico, está presente uma oclusão de um vaso sanguíneo que provoca isquemia e enfarte nas regiões dependentes desse vaso, pelo que a área que envolve essa região (designada de penumbra isquêmica) contém tecido cerebral que ainda se encontra viável, apesar de se encontrar afetado, uma vez que está provido de sangue dos vasos colaterais (Hacke, 2003).

Segundo Flannery e Bulecza (2010), existe ainda o acidente isquêmico transitório, que corresponde a uma perda repentina da função cerebral, com duração inferior a 24 horas, causado por um déficit de perfusão sanguínea, êmbolo ou trombo, que afeta a circulação extracraniana e/ou a circulação intracraniana.

O AVC hemorrágico constitui a forma mais grave de AVC, com mortalidade até 50% no primeiro mês (Menoita, 2012) e resulta da rutura dos vasos intracranianos, com extravasamento de sangue para o tecido cerebral ou para o espaço subaracnoide (Brown e King, 2011).

Outra tipologia que pode ajudar a compreender a patologia é a usada tendo por base as estruturas cerebrais, conforme se apresenta na Figura 1:

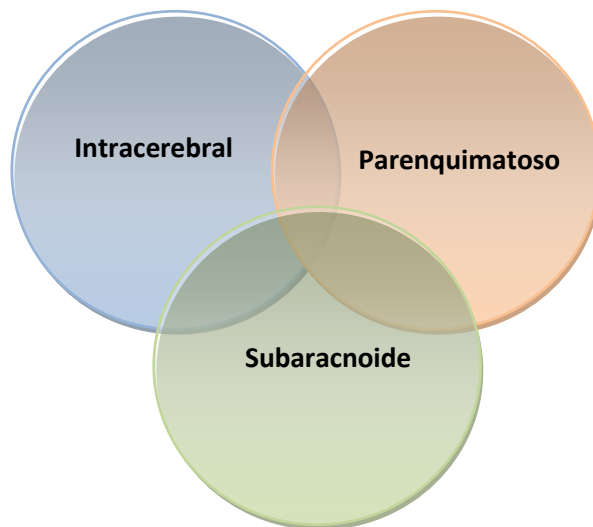


Figura 1. Tipos de AVC hemorrágico

Fonte: Adaptado de Martins (2006)

O AVC intracerebral resulta da rutura de um vaso cerebral devido à hipertensão interna, sendo que o prognóstico e o quadro clínico dependem da localização e da extensão da lesão, encontrando-se associado a esforços ou a eventos emocionantes.

O AVC parenquimatoso afeta mais os gânglios da base, protuberância e cerebelo, ocorrendo em pequenos vasos perfurantes, mais frequentemente nos ramos das artérias cerebrais e nos paramedianos da artéria basilar.

O AVC subaracnoide ocorre devido à rutura de artérias superficiais, aneurismas saculares, malformações vasculares intracranianas, angiomas arteriovenosos ou traumáticos, é menos frequente.

1.1. Fisiopatologia do acidente vascular cerebral

No AVC, os principais mecanismos que causam lesão cerebral são a isquemia e a hemorragia, como já anteriormente referido. Quando ocorre uma interrupção da circulação arterial surge um conjunto de alterações funcionais e estruturais na zona acometida, já que o tecido nervoso depende totalmente da irrigação sanguínea para que as células nervosas se mantenham ativas, dado não possuírem reservas (Silva, 2001).

Neste sentido, no AVC isquêmico há um decréscimo ou mesmo ausência da circulação sanguínea, que acarreta uma diminuição ou cessação da oxigenação neuronal e consequente diminuição da disponibilidade dos nutrientes necessários ao metabolismo. Os efeitos da isquemia são relativamente rápidos, uma vez que o cérebro armazena a glicose necessária, tornando-o incapaz de realizar um metabolismo anaeróbico (Joseph e Scolding, 2002). Assim, se a interrupção da irrigação sanguínea demorar menos de 3 minutos, a alteração é reversível, todavia, se ultrapassar esse tempo, a alteração funcional pode ser irreversível, provocando a necrose do tecido nervoso (Rey Pérez, 2005).

No caso dos AVCs hemorrágicos, nomeadamente a hemorragia intracerebral, esta origina-se nas zonas profundas do parênquima cerebral, causando lesão no tecido neuronal devido ao aumento da pressão intracraniana, desencadeando um processo de apoptose celular (Labovitz et al., 2007).

Na presença de um trombo ou êmbolo pode surgir a oclusão de uma artéria cerebral, desenvolvendo-se um processo isquêmico na região vascular afetada. Frequentemente, torna-se difícil distinguir uma lesão decorrente de um trombo e uma decorrente de um êmbolo. Os mecanismos de comprometimento e de lesão neuronal ocorrem pela hipoxia ou anoxia celular, devido à reação induzida pela apoptose celular e necrose (Silva, 2001).

Sob o ponto de vista histológico trata-se de um processo dinâmico que evolui com o tempo, pelo que a progressão e a extensão da lesão isquêmica desenvolvem-se em função de um conjunto de fatores considerados de risco (Rey Pérez, 2005), que se abordarão mais à frente neste trabalho.

O impacto da lesão isquêmica acaba por ser influenciado pela circulação colateral da zona afetada do cérebro. Assim sendo, uma boa circulação colateral permite uma melhor recuperação e diminuição do evento isquêmico, já que se configura numa alternativa para a provisão de oxigénio (Liebeskind, 2003).

A presença de uma pressão constante de perfusão cerebral depende de uma pressão arterial sistémica adequada, pelo que a hipotensão sistémica que pode ocorrer por qualquer razão, pode originar uma isquemia cerebral global (Doyle et al., 2008).

Também o estado de hipercoagulabilidade aumenta a progressão e a extensão de trombos microscópicos, fazendo aumentar a oclusão vascular e apresentando um maior comprometimento ao nível dos tecidos. A temperatura corporal elevada encontra-se associada à presença de uma maior isquemia cerebral, assim como a presença de hiper-

hipoglicemia, que podem influenciar negativamente o decurso do AVC (Labovitz et al., 2007).

É importante sublinhar que o fluxo normal de sangue cerebral varia em função da área cerebral. Assim, como resposta a uma isquemia, a autorregulação cerebral e os mecanismos de compensação para a redução do fluxo de sangue por vasodilatação local, permitem a circulação colateral e o aumento da extração de oxigénio e de glicose no sangue. Todavia, quando o fluxo normal de sangue se encontra abaixo de 20 ml/100g/min, leva a uma diminuição da atividade que tem como intuito preservar as reservas de energia. Caso o fluxo normal de sangue cerebral atinja um valor abaixo de 10 ml/100g/min, pode ocorrer uma lesão neuronal irreversível (Rey Pérez, 2005).

Cerca de uma hora após a apresentação hipóxica-isquémica, a penumbra isquémica (zona que rodeia o infarto) apresenta uma autorregulação ineficaz. Este é um período crítico, durante o qual o volume do tecido cerebral se encontra em risco, sendo conhecido como "janela de oportunidade", já que o défice neurológico criado pela isquemia pode ser parcial ou completamente revertido com repercussão no tecido cerebral isquémico, mas viável dentro de um período crítico entre duas a quatro horas (Joseph e Scolding, 2001).

De salientar, ainda, que cada hemisfério cerebral controla e supervisiona a atividade do lado oposto do corpo, pelo que qualquer dano num dos lados do cérebro, conduzirá a uma incapacidade do lado oposto. Por isso, um AVC que ocorra no lado direito afeta o lado esquerdo e vice-versa (Greenberg et al., 2014; Spence e Barnett, 2013).

Por último, importa mencionar que a *National Stroke Association* (2011) refere que ainda pouco se sabe de que forma o cérebro compensa os danos decorrentes de um AVC. Em alguns casos, as células cerebrais podem permanecer temporariamente lesionadas, podendo recuperar o seu funcionamento com o tempo. Esta, entre outras razões justifica o investimento nos cuidados a estes doentes.

1.2. Fatores de risco do acidente vascular cerebral

Os fatores de risco dizem respeito a uma ou mais características do indivíduo que surgem associadas, potencializando-se mutuamente e atuando em função do ecossistema ou da forma de agir com ele, aumentando a probabilidade do indivíduo vir a ser afetado por

uma dada doença (Salgueiro, 2008), pelo que ao identificar os fatores de risco para o AVC estamos a determinar as razões para a enfermagem agir nos cuidados a estas pessoas.

Neste sentido, há autores que consideram os fatores de risco associados ao AVC em duas categorias: os fatores não modificáveis e os modificáveis (Goldstein et al., 2001; Ferro e Pimentel, 2006; Spence e Barnett, 2013). Relativamente aos fatores não modificáveis, encontra-se a idade, o sexo, a raça e a história familiar.

Sobre a idade, com o passar dos anos verificam-se os efeitos cumulativos do envelhecimento no sistema cardiovascular e a natureza progressiva dos fatores de risco para o AVC (Ferro e Pimentel, 2006). Pese embora este facto, a incidência de AVCs em jovens não deve ser negligenciada (Bejot et al., 2013, 2014). A idade é um dos fatores de risco não modificáveis mais preocupantes para a ocorrência de AVC devido ao aumento da incidência, prevalência e mortalidade associadas. Sabe-se que, 2/3 de todos os AVCs ocorrem em pessoas com mais de 65 anos e após os 55 anos, o risco dobra a cada 10 anos (Ryerson, 2009).

O sexo masculino surge com maior prevalência, pelo que estudos mostram que o AVC é mais frequente nos homens do que nas mulheres, com a exceção da faixa etária com mais de 80 anos de idade, na qual se verifica uma maior prevalência no sexo feminino devido à sua sobrevivência (Danesi et al., 2007; Giles e Rothwell, 2008; Melcon e Melcon, 2006).

Há estudos que afirmam que a raça negra tem maior predominância, pois acredita-se que este dado seja resultante de uma maior incidência da hipertensão arterial em negros. Os AVCs que ocorrem em indivíduos de raça negra, geralmente resultam de doença nos pequenos vasos cerebrais, enquanto a maioria dos AVCs que ocorre na raça branca são resultantes de doença nas artérias carótidas. A mortalidade por AVC em indivíduos da África Ocidental e das Caraíbas é o dobro da que ocorre em indivíduos caucasianos (O'Sullivan e Schmitz, 2004; Wraige et al., 2004).

Por último, a presença de história familiar materna ou paterna assume-se como um fator de risco vascular importante, pois define a herança genética da patologia e de outros fatores de risco vasculares (Ferro e Pimentel, 2006).

De entre os fatores de risco modificáveis destaca-se a hipertensão arterial pela sua alta prevalência; a diabetes *mellitus* pela suscetibilidade à arteriosclerose das artérias coronárias, cerebrais e periféricas; a dislipidemia, por ser um importante fator de risco associado à cardiopatia isquémica; a presença de doença cardiovascular prévia; a

obesidade, pela frequente associação à diabetes *mellitus* e à dislipidemia, constituindo frequentemente a síndrome metabólica; o tabagismo; a ingestão abusiva de álcool e a vida sedentária, dependentes do estilo de vida do doente; o uso de anticoncepcionais orais, principalmente se relacionados com eventos trombóticos prévios ou tabagismo (Leys et al., 2004; Spence e Barnett, 2013).

Atendendo aos fatores de risco modificáveis que mais contribuem para a ocorrência de AVC, observa-se que a hipertensão arterial atinge, aproximadamente, mil milhões de pessoas em todo o mundo, prevendo-se que esta prevalência irá aumentar no futuro, se não forem tomadas medidas de prevenção (Branco e Santos, 2010). Em Portugal, a taxa de mortalidade por AVC é a mais elevada de entre os países da União Europeia, pelo facto de haver uma grande prevalência de hipertensão arterial (DGS, 2014).

No Quadro 1 encontram-se espelhadas as principais complicações da hipertensão arterial, no que diz respeito ao seu mecanismo, lesão, estrutura-alvo e patologia desencadeada.

Quadro 1. Complicações da hipertensão arterial

Complicações da hipertensão Arterial			
Mecanismo	Lesão	Estrutura-alvo	Patologia
Aumento da pós carga	Disfunção sistólica	Miocárdio	Insuficiência cardíaca
	Hipertrofia ventricular Esquerda	Miocárdio disfunção diastólica	Isquemia do miocárdio e enfarte
	Aumento das necessidades de oxigénio	Miocárdio	
Lesão arterial	Aceleração da arteriosclerose	Vasos coronários	
		Vasos cerebrais	AVC isquémico
		Aorta	Aneurisma Dissecação
	Debilidade da parede dos vasos	Vasos cerebrais	AVC hemorrágico
		Vasos renais	Nefronesclerose Insuficiência renal
		Vasos retinianos	Retinopatia

Fonte: Adaptado de Pinto (2007, p. 380)

É de salientar para o AVC, a lesão arterial é a que mais determina AVCs.

Na perspetiva de Martins (2006), os fatores de risco de AVC encontram-se divididos em dois eixos, tal como propõe o *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, nos Estados Unidos da América. O primeiro eixo corresponde aos fatores confirmados e

possíveis, o segundo eixo corresponde aos estilos de vida e características pessoais, patologias ou marcadores patológicos e lesões estruturais assintomáticas.

Naturalmente que, quanto maior o número de fatores de risco, maior será a probabilidade de ocorrência de AVC, pelo que a prevenção primária, com o intuito de diminuir a incidência do AVC na mudança de estilos de vida em pessoas em antecedentes conhecidos da doença e a secundária, com o objetivo a prevenção de repetição de ocorrências cardiovasculares, após um episódio de AVC, se assumem como pilares fundamentais na intervenção (Salgueiro, 2008) e, assim, podemos afirmar a importância do papel da enfermagem na comunidade, quer para o controlo da hipertensão, quer para o ensino de estilos de vida saudáveis.

1.3. Síndromes neurovasculares

A fim de compreender a diversidade de cuidados necessários à pessoa com AVC, é importante relembrar as manifestações que podem surgir, com acordo com as lesões.

A oclusão de diferentes artérias cerebrais origina síndromes neurovasculares específicas (Quadro 2), com características e sinais clínicos também particulares, em função da artéria cerebral envolvida (Lundy-Ekman, 2008).

Quadro 2. Manifestações clínicas do acidente vascular cerebral de acordo com a artéria envolvida

Artérias	Manifestações Clínicas
Artéria Oftálmica	– Cegueira monocular ou defeito de campo altitudinal.
Arterial Cerebral Anterior	– Paresia do membro inferior contralateral, de predomínio distal; – Paresia menos marcada do membro superior colateral, de predomínio distal; – Perda sensitiva do membro inferior contralateral; – Incontinência urinária; – Reflexos primitivos; – Abulia; – Apraxia da marcha; – Perseveração.
Artéria Cerebral Média	– Hemiparesia contralateral de predomínio fácio-branquial; – Hemihipoestesia contralateral; – Hemianopsia homónima contralateral; – Afasia global, motora ou sensitiva (se a lesão for no hemisfério dominante); – Anosognosia, heminegligência contralateral (se a lesão ocorrer no hemisfério não dominante); – Paralisia do olhar conjugado para o lado oposto; – Desvio homolateral da cabeça e dos olhos; – Disartria.

Quadro 2. Manifestações clínicas do acidente vascular cerebral de acordo com a artéria Envolvida (cont.)

Artérias	Manifestações Clínicas
Artéria Vertebral e Basilar	Síndromes várias que podem incluir: – Diplopia, oftalmoparesia ou desconjugação dos movimentos oculares; – Vertigem, náusea e nistagmo; – Disartria, disfagia e fraqueza dos músculos de inervação bulbar; – Hipoestesia e paresia facial de tipo periférico homolaterais; – Soluços e insuficiência respiratória; – Défice motor dos membros contralaterais ou tetraparesia; – Hipoestesia dos membros contralaterais ou bilaterais; – Coma.
Artéria Cerebelosa Posterior-Inferior	Síndrome lateral do Bolbo (Wallenberg); – Síndrome de Horner homolateral; – Hipoestesia térmico-álgica da hemiface homolateral; – Vertigens, náuseas, vômitos e nistagmo; – Paresia homolateral do palato (com disfagia); – Paresia homolateral dos músculos da laringe (com disfonia); – Ataxia dos membros homolaterais; – Hipoestesia dos membros e tronco contralaterais.
Artéria Cerebelosa Antero-Inferior	– Síndrome de Horner homolateral; – Hipoestesia térmico-álgica da hemiface homolateral; – Paresia do abducente homolateral; – Hipoacusia e zumbido homolaterais; – Vertigens, náuseas, vômitos e nistagmo; – Ataxia dos membros homolaterais e disartria.
Artéria Cerebelosa Superior	– Síndrome de Horner homolateral; – Ataxia e tremor dos membros homolaterais; – Hipoestesia térmico-álgica dos membros e tronco contralaterais; – Paresia facial central contralateral; – Paresia do nervo troclear contralateral.
Topo da Artéria Basilar	– Anomalias pupilares; – Ptose palpebral ou retração palpebral; – Paresia supranuclear do olhar vertical; – Sonolência; – Hemibalismo; – Amnésia; – Cegueira cortical.
Artéria Cerebral Posterior	– Hemianopsia homônima contralateral poupando a mácula; – Cegueira cortical (se bilateral); – Amnésia (se bilateral); Artérias tálamo-perfurantes: hemihipoestesia contralateral e amnésia; Artérias tálamo-geniculadas: hemihipoestesia contralateral.

Fonte: Adaptação de Sá (2014, pp. 178-179)

O conhecimento destas manifestações clínicas do AVC em função das artérias envolvidas permite, na prática clínica do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), a avaliação, conceção e implementação de programas de reabilitação focalizados na melhoria da funcionalidade e redução das incapacidades, de acordo com a tipologia da situação da pessoa com AVC.

Os sinais típicos do AVC incluem cefaleias, vômitos, depressão do nível da consciência, confusão mental, paresia ou plegia de um ou mais segmentos ou facial, alteração da marcha, como descoordenação e quedas, crises convulsivas, perda da visão ou parte do campo visual, afasia sensitiva/motora ou global, disartria, diplopia e disfagia (Sá,

2014), suportando estas necessidades da sua divulgação em todas as sociedades como meios de alerta.

Quer os sinais, quer os sintomas são geralmente unilaterais, afetando o lado contralateral ao da lesão cerebral. Estes, por sua vez, podem permitir estabelecer a sua localização, bem como a sua extensão, uma vez que as diferentes áreas do cérebro são responsáveis por funções específicas associadas ao do território vascular envolvido (Rocha, 2008).

Todavia, importa considerar que os sinais e sintomas não focais não podem ser atribuídos a uma lesão com localização neuroanatômica individualizada e não devem, só por si, ser considerados sintomas de AVC, pois só muito raramente decorrem da isquemia ou hemorragia cerebral focal. Exemplos desses sintomas não focais são a perda de consciência, sensação de fraqueza generalizada, incontinência ou síndrome confusional (Sá, 2014).

Em suma, uma avaliação clínica inicial completa assume-se como fundamental no diagnóstico do doente com suspeita de AVC, uma vez que nem todos os AVCs isquémicos agudos são visíveis através das técnicas de imagem cerebral e porque as suas características clínicas parecem prever a localização anatômica e tamanho da lesão isquémica.

Depois de trazer para a discussão uma visão médica do AVC e encontrar razões para a intervenção dos enfermeiros, passaremos, em seguida, à exploração dos cuidados centrados na pessoa.

2. A pessoa com AVC: do autocuidado à reabilitação

A pessoa é um todo biopsicossocial e espiritual, pelo que a presença de doenças, particularmente incapacitantes, induzem alterações nos pilares de desenvolvimento do bem-estar. Recordamos que, do AVC resultam incapacidades a diversos níveis, nem sempre fáceis de serem geridas pelo próprio e seus familiares.

O início de um programa de reabilitação o mais rapidamente possível, isto é, a partir do momento que o doente se encontre clinicamente estável e no qual devem participar a sua família e uma equipa multidisciplinar (Charles, 2006; Monteiro, 2011), vai facilitar a recuperação da pessoa com a sua nova condição.

Durante a fase aguda do AVC os ganhos funcionais podem ser obtidos e encontram-se intimamente associados ao processo espontâneo de recuperação, que se devem à redução do edema cerebral, absorção do tecido lesado e aumento do fluxo vascular local (Barbosa, 2012), contudo, o tempo em que decorre esta evolução espontânea e a possibilidade de instalação de complicações, deve ser considerado para a decisão do início de um programa de cuidados.

A reabilitação em pessoas que sofreram um AVC é vital para as ajudar a readquirir a função física, psicossocial e profissional (Diz, 2012), compreendendo um conjunto de procedimentos que visam restabelecer as funções perdidas pelo doente e potenciar as capacidades funcionais e intelectuais remanescentes, trabalhando a neuroplasticidade e reeducando as funções motoras e cognitivas, em função das especificidades de cada doente, família e/ou cuidador (Gonçalves, 2012).

Na perspetiva de Barbosa (2012) a neuroplasticidade é a capacidade do cérebro para se adaptar ou utilizar adaptações celulares para aprender ou reaprender funções perdidas, em consequência da morte celular por traumatismo ou doença, em qualquer idade, podendo depender do ambiente e dos danos no sistema. O cérebro reorganiza-se e forma novas conexões neurais, existindo a possibilidade de os neurónios lesados se conectarem, de várias formas, aos neurónios intactos, formando novas conexões que permitem a reabilitação da função (Monteiro, 2011) e justifica uma parte do investimento na pessoa com AVC.

Os avanços da medicina científica conduziram ao desenvolvimento de práticas específicas cada vez mais eficazes, assegurando ao doente intervenções profissionais assentes no conhecimento das várias partes do corpo e respetivas funções (Hesbeen 2003). O processo de reabilitação acompanhou, também, este avanço, assumindo-se como fundamental na recuperação do doente e na sua qualidade de vida (Ricardo, 2012).

Neste sentido, perante as sequelas decorrentes de um AVC, que são diversas, é importante uma avaliação que permita a identificação do foco de intervenção fundamental para o processo de reabilitação ser conduzido de forma bem-sucedida. Assim, o doente pode apresentar alterações ao nível da mobilidade por alteração da força, do tónus muscular, da função sensorial e do controlo postural, existindo diversas técnicas de posicionamento, equilíbrio, indução de restrições, estimulação sensorial e atividades terapêuticas, como rolar no leito, fazer a ponte, mobilizações, transferência, treino de marcha, exercícios com bola suíça e programas para o domicílio, que podem ser

implementados pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (Hoeman, 2011) e que pode proporcionar o retomar uma vida com qualidade, mesmo após o AVC.

O episódio de AVC, tal como já referido anteriormente, aporta implicações nas várias atividades do indivíduo, tornando-o dependente reclamando a necessidade de reeducação funcional através da reabilitação, que tem como principal objetivo melhorar a capacidade para o autocuidado. Estima-se que entre 30 a 40% dos sobreviventes de AVC desenvolvem algum grau de dependência funcional, impedindo-os de realizarem as suas atividades básicas de vida diária e exigindo algum tipo de auxílio nessas atividades (Oliveira et al., 2013).

Um estudo conduzido por Huang et al. (2013), com doentes na fase de reabilitação, identificou que a localização da lesão, o tempo de recuperação, o desempenho nas atividades instrumentais de vida diária e a idade, foram os determinantes mais importantes na qualidade de vida desses doentes.

Neste sentido, as complicações decorrentes do AVC constituem um problema para a pessoa, pois agravam a incapacidade primária ou agregam uma nova incapacidade à já existente. De facto, o ser humano possui uma capacidade fabulosa para se adaptar às modificações produzidas em si mesmo ou no ambiente, vivenciando inúmeras transições entre a saúde e a doença ao longo da sua vida, que podem colocar em risco o autocuidado necessário (Queirós, 2010).

2.1. O enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado

O autocuidado, segundo Petronilho (2012), traduz-se no resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com impacto positivo na promoção de saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e das suas habilidades, onde os profissionais de saúde em geral e os enfermeiros em particular, detêm um papel fundamental.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o autocuidado é visto como uma "atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária" (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2010, p. 41).

Neste sentido, o autocuidado não é mais do que um conjunto de capacidades aprendidas, pois trata-se de um "processo que proporciona ao utente e sua família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente, após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais" (Theuerkauf, 2000, p. 173).

A capacidade de autocuidado estrutura-se ao longo do processo de desenvolvimento e é inerente ao próprio ser humano, não se restringindo apenas às atividades básicas de vida diária nem às atividades instrumentais diárias, mas abrange todos os aspetos vivenciais relativos ao indivíduo (Queirós, 2010).

Neste contexto de intervenção, o enfermeiro assume particular importância uma vez que ele pode devolver aos indivíduos a sua autonomia para a realização das suas atividades básicas de vida diária. Por conseguinte, ele deve promover, através das terapêuticas de enfermagem, a reconstrução da autonomia que se encontra condicionada após o AVC (Petronilho, 2012).

É neste sentido que se sublinha a importância de uma intervenção precoce nos indivíduos acometidos por AVC e no treino do equilíbrio ainda no leito, com intuito de prevenir a perda de condicionamento físico e melhorar os défices de perceção, hminegligência e perturbação do conceito de verticalidade, bem como as implicações associadas à marcha (Charles, 2006).

Assim, a reabilitação surge intimamente associada ao autocuidado, uma vez que ela faz parte dos cuidados de enfermagem, enquanto modelo assistencial, bem como é uma especialidade que prevê o contacto com as pessoas doentes, logo numa fase inicial do AVC. Segundo Orem (1995), a reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que procura a independência para a realização do autocuidado.

A Teoria do Défice do Autocuidado encontra-se patente na teoria geral de enfermagem proposta por Orem (1995), na medida em que propicia critérios para a correta identificação de pessoas e grupos sociais que necessitam da intervenção em enfermagem. Para tal, Orem descreve três tipos de sistemas de enfermagem, bem como perspetiva um modelo de cuidados centrado na aquisição da capacidade desejada da ação do autocuidado da pessoa, através do preenchimento dos requisitos de autocuidado: sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de suporte.

O sistema de enfermagem totalmente compensatório, no qual o indivíduo é incapaz de desempenhar as ações de autocuidado, encontrando-se totalmente dependente de

outros para o seu bem-estar e para continuar a sua existência, pelo que a função do enfermeiro é de assumir a responsabilidade perante o indivíduo, promovendo o cuidado devido à sua incapacidade para o autocuidado, situação que na pessoa com AVC surge desde a fase aguda.

O sistema de enfermagem parcialmente compensatório que se encontra patente nas situações em que, quer o enfermeiro, quer o indivíduo, detêm um papel ativo nas ações de autocuidado. O enfermeiro deve ajudar o indivíduo naquilo que ele não é capaz de realizar por si mesmo, de acordo com as suas limitações, conhecimentos, habilidades, disposição psicológica para aprender e/ou realizar atividades diárias específicas, situação que sugere, na pessoa com AVC, a partir dos primeiros momentos em que a pessoa doente vai evoluindo e se inicia uma reabilitação ativa.

O sistema de enfermagem de suporte, que se aplica nas situações em que o enfermeiro ensina e apoia o indivíduo que é potencialmente capaz de satisfazer as suas carências de autocuidado. O papel do enfermeiro é o de ensinar e supervisionar o indivíduo, capacitando-o enquanto agente autónomo no seu autocuidado, esta situação surge na prevenção e à medida que a pessoa vai evoluindo, bem como à família, mesmo depois da alta hospitalar.

O *Royal College of London* (2012) considera que os serviços de reabilitação devem ser criados com o intuito de reduzir os défices, promover a recuperação e aumentar a capacidade de participar, através de um conjunto de estratégias adaptativas que visam melhorar a qualidade de vida do doente. Assim, o objetivo da reabilitação é a recuperação dos doentes com défice, para que possam manter ou obter as funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais num nível ótimo de funcionamento (*European Stroke Organization*, 2008).

No ano de 2006, a Declaração de Helsingborg estabeleceu a meta de que mais de 70% dos doentes sobreviventes de um AVC deveriam ser independentes nas atividades básicas de vida diária após três meses do início da reabilitação. Estava previsto que esta meta fosse alcançada em 2015, altura em que haveria uma revisão desta declaração (Kjellström et al., 2006).

Entre os especialistas há um forte consenso de que a chave essencial num programa de reabilitação é a prática direta, bem orientada e repetitiva (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, 2010), pelo que o processo de reabilitação envolve seis parâmetros essenciais (Langhorne et al., 2005): prevenção, reconhecimento e gestão das complicações

e comorbilidade; terapia para o máximo de independência; facilitar ao máximo a capacidade do indivíduo e da família para lidar com a situação e se adaptarem; prevenção do défice secundário através da promoção da reintegração social, incluindo o acompanhamento do regresso a casa, da família e atividades recreativas e vocacionais; reforço da qualidade de vida tendo em conta o défice residual e prevenção de um segundo AVC ou outros eventos vasculares, como o enfarte agudo do miocárdio, que ocorrem mais frequentemente nesta população.

Na verdade, e tal como Charles (2006) aludiu, é importante que, logo após o tratamento agudo, seja evitado o descanso no leito, iniciando-se o processo de reabilitação o mais precocemente possível com a pessoa doente. Neste sentido, afigura-se de crucial importância a articulação de uma equipa especializada e multidisciplinar, que integra diversos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos e assistentes sociais (Ward et al., 2006).

A importância de uma equipa multidisciplinar prende-se com o facto de o AVC afetar vários aspetos da vida da pessoa, sendo que a reabilitação deve ser realizada a todos os níveis e com o envolvimento de familiares e amigos. Um estudo realizado a doentes com AVC, tratados numa enfermaria, revelou uma melhoria a longo prazo na sobrevivência destes, bem como benefícios funcionais, tendo esta eficácia se mantido aos cinco e dez anos de *follow-up* (Stroke Unit Trialists' Collaboration, 2007).

No Quadro 3 apresentam-se algumas das principais atividades que podem ser assumidas pelos diversos profissionais de saúde neste contexto, tal como referenciado na literatura consultada (De Wit et al., 2006; European Stroke Organization, 2008; Hackett et al., 2004; McKinney et al., 2002; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010; Van Pepen et al., 2004).

Quadro 3. Equipa multidisciplinar e suas atividades

Profissional de saúde	Principais atividades
Médico	◆ Gestão dos doentes: aceitação, diagnóstico, prescrição do tratamento e alta.
Enfermeiro	◆ Integrar os cuidados físicos, psicológicos e sociais; ◆ Permitir que a pessoa doente readquira habilidades ao nível do autocuidado e nas atividades básicas de vida diária; ◆ Educação da pessoa doente nos hábitos de saúde e estilos de vida; ◆ Estruturação de um plano de recuperação individualizado para o doente e família; ◆ Apoiar e orientar a família e outros significativos; ◆ Realizar apoio domiciliário na prestação de cuidados de enfermagem.

Quadro 3. Equipa multidisciplinar e suas atividades (cont.)

Profissional de saúde	Principais atividades
Enfermeiro de reabilitação	◆ Acompanhamento do doente desde a sua admissão até à alta; ◆ Acompanhamento da família do doente estabelecendo objetivos de recuperação atingíveis; ◆ Intervenção junto da rede de suporte social e serviços para contribuir para a qualidade da reabilitação; ◆ Realização da anamnese, o exame físico e exame neurológico do doente; ◆ Intervenção de reabilitação junto do doente, no sentido de os tornar independentes na realização das atividades básicas de vida diária.
Fisioterapeuta	◆ Estruturação do plano de reabilitação individualizado; ◆ Utilização de terapias motoras de estimulação para a recuperação das funções acometidas; ◆ Aconselhamento de dispositivos auxiliares e equipamentos de adaptação auxiliar à marcha.
Terapeuta da fala	◆ Maximizar a comunicação e reduzir as dificuldades linguísticas e motoras do discurso; ◆ Promover a capacidade de deglutição e desenvolvimento de competências sociais.
Psicólogo	◆ Apoio psicológico aos doentes e suas famílias; ◆ Promoção de mudança através da modificação de comportamentos não saudáveis; ◆ Realização de exercícios de reabilitação cognitiva; ◆ Avaliação dos défices e das capacidades cognitivas auxiliaadoras.
Assistente social	◆ Compreender a doença e seu impacto no indivíduo e família; ◆ Atender aos efeitos emocionais e psicológicos do AVC para melhor ajustar as necessidades da pessoa doente; ◆ Encaminhamento de serviços de apoio domiciliário; ◆ Acompanhamento do doente e sua família a longo prazo.

Fonte: Elaboração com base na literatura

Importa ainda sublinhar que os resultados da reabilitação não se prendem apenas com o conjunto de técnicas que são implementadas, mas pela continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho que é desenvolvido por todos os elementos que compõem a equipa multidisciplinar, que atuam na resolução dos problemas e na obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar dos doentes e suas famílias (Langhorne et al., 2005; Menoita, 2012).

As ações da enfermagem de reabilitação são direcionadas para o cuidar da pessoa e da sua família, tanto na fase aguda de doença ou patologia, como na fase crónica, procurando favorecer a recuperação e adaptação às limitações impostas, bem como o atendimento às necessidades de cada pessoa e sua família (Andrade et al., 2009).

A Ordem dos Enfermeiros (2011) considera que a enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção da enfermagem que detém como principais objetivos, prevenir, recuperar e habilitar de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem défice funcional ao nível cognitivo, sensorial, motor,

cardiorrespiratório, da alimentação e da sexualidade, promovendo a maximização das capacidades funcionais da pessoa e potenciando o seu rendimento e desenvolvimento pessoal.

Pode-se afirmar que a enfermagem de reabilitação possui três grandes objetivos essenciais: maximizar a autodeterminação, restaurar a função e otimizar as escolhas de estilos de vida dos doentes (Hoeman, 2011). Neste sentido, as competências específicas dos enfermeiros decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, evidenciadas através de um elevado grau de adequação dos cuidados, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, através do Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro de 2011, define três competências específicas para o enfermeiro 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 atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e o exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Nesta linha, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é assumido como um elemento de uma equipa multidisciplinar, que detém um papel transversal em todo o processo, ou seja, encontra-se presente ao longo do processo de recuperação, desenvolve um papel ativo junto do doente e da sua família e favorece os laços de parceria com outros profissionais no sentido de garantir a eficácia e a continuidade dos cuidados a prestar. Tal como Benner (2001) assegura, este profissional, com base nos seus conhecimentos empíricos e científicos, assume a função de guia orientador, conduzindo e orientando a pessoa doente e a sua família, pelos caminhos e recursos possíveis com o intuito de potenciar a consecução dos melhores resultados possíveis.

Ao mesmo tempo, este profissional presta cuidados globais de saúde e funciona como orientador dos enfermeiros não especializados, por forma a assegurar a continuidade e a qualidade dos serviços prestados, reservando para si, os de maior complexidade (Hanson, 2005).

A partir dos problemas reais das pessoas, ele concebe, implementa e monitoriza os planos de enfermagem de reabilitação, potenciando a promoção da saúde e prevenindo complicações secundárias. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce de enfermagem de reabilitação, que permita assegurar a manutenção das capacidades

funcionais dos doentes, evitando as incapacidades e proporcionando intervenções terapêuticas com vista à melhoria das funções residuais, manutenção ou recuperação da independência nas atividades básicas de vida diária (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

De acordo com o Regulamento n.º 122/2011), o enfermeiro especialista, é um profissional com conhecimento aprofundado num domínio específico da disciplina, que tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

O enfermeiro especialista, para além das competências comuns e específicas, possui ainda conhecimentos, capacidades e habilidades que são mobilizados em contexto de prática clínica. Assim, todos os enfermeiros especialistas possuem competências comuns, independentemente da sua área de especialidade, comprovadas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através do suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

Os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação visam "promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades" (Regulamento n.º 125/2011, p. 8658).

Em Angola, a enfermagem de reabilitação surgiu na década de sessenta, tendo sido promulgada pelo Decreto-Lei n.º 45908 de 10 de setembro de 1964, na sequência de um projeto iniciado na década anterior, que reconheceu a necessidade de especializar um conjunto de profissionais de saúde, de entre os quais os enfermeiros, e constituir um centro de reabilitação capaz de dar resposta ao número crescente de deficientes, à luz daquilo que acontecia em outros países do mundo. Este centro incluía uma equipa multiprofissional, na qual o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação daria particular atenção aos aspetos relativos ao autocuidado e às atividades básicas de vida diária, perspectivados num paradigma de recuperação funcional, tendencialmente dirigido para a recuperação de autonomia e independência nas atividades.

Neste sentido, surgiram, na Escola de Saúde de Luanda, os primeiros cursos de Fisioterapia, Eletroterapia e Enfermagem de Reabilitação, essencialmente formados por enfermeiros portugueses. Este grupo de enfermeiros de reabilitação foi o primeiro e último

no período anterior à independência, sendo que alguns dos elementos regressaram a Portugal, enquanto outros se aposentaram.

Se considerarmos o conceito de reabilitação como um processo contínuo e dinâmico, que pretende capacitar os indivíduos com défice para melhorarem as funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais (*National Stroke Association*, 2011), teremos que dizer que mesmo sem enfermeiro de reabilitação esta é feita por uma equipa multidisciplinar, contudo, se cingirmos o conceito apenas à função motora, então em Angola, são os fisioterapeutas os profissionais que se dedicam a esta atividade.

A fim de se compreender o papel do enfermeiro de reabilitação, passamos em seguida, a explorar o processo de assistência, onde incorporamos a avaliação, o planeamento, a execução e a continuidade de cuidados.

2.1.1. Avaliação da pessoa com AVC e família

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve proceder a uma avaliação ancorada na utilização de instrumentos de medida, em função dos objetivos específicos pretendidos e da intervenção que deseja implementar com a pessoa doente e sua família, realizando os ajustes necessários em função dos resultados que vai obtendo ao longo do processo (Abreu e Damasceno, 2009).

Nesta ótica, a avaliação do doente com AVC deve ser fundamentada no quadro clínico, no exame neurológico complementado com a informação disponível dos exames de neuroimagem, nomeadamente a tomografia computadorizada, sem utilização de contraste, podendo com este procedimento, evidenciar-se o tempo de evolução, o tipo de AVC, o território envolvido e as alterações do parênquima (Rui Pérez, 2005).

A ressonância magnética, apesar de ser tecnicamente superior à tomografia computadorizada, necessita de mais tempo para a sua realização para além da colaboração da pessoa doente, o que nem sempre se afigura fácil numa fase aguda de AVC (McKinney et al., 2002). Técnicas mais recentes podem auxiliar na decisão da terapêutica, com sequências de difusão e perfusão que permitem definir melhor a área de penumbra potencialmente recuperável (Ferro e Pimentel, 2006).

De acordo com Menoita (2012), a avaliação do indivíduo acometido com AVC deve atender a diferentes áreas, que se encontram descritas no Quadro 4.

Quadro 4. Áreas de avaliação e aspetos essenciais

Área de avaliação	Aspetos essenciais
Estado mental	Necessário que doente mantenha a capacidade cognitiva preservada. Avalia-se a consciência (Escala de Glasgow), a orientação, a atenção, a memória, as capacidades práticas, a negligência hemiespacial unilateral e a linguagem
Avaliação dos pares cranianos	A avaliação neurológica por pares cranianos envolve uma ampla variedade de aplicações técnicas específicas, que permitem detetar alterações graves de natureza neurológica (Branco e Santos, 2010). São 12 os pares cranianos: I-olfativo; II-ótico; III-oculomotor; IV-patético ou troclear; V-trigêmeo; VI- motor ocular externo; VII-facial; VIII-vestíbulo coclear ou acústico; IX-glossofaringeo; X-vago/pneumogástrico; XI-espal ou acessório e XII-hipoglosso.
Avaliação da motricidade	Que se divide em exame da força, do tônus muscular e coordenação motora. Assim, na força muscular são avaliados os movimentos dos vários segmentos corporais, podendo ser utilizadas escalas auxiliaadoras, como é o caso da <i>Medical Research Council</i> (MRC). O tônus muscular que permite a manutenção da postura corporal deve igualmente ser avaliado, podendo utilizar-se escalas auxiliaadoras, como é o caso da Escala de Ashworth. A avaliação da coordenação motora baseia-se no ritmo, simetria, alternância e rapidez.
Sensibilidade	Superficial (tátil, térmica e dolorosa) Profunda (pressão ou barestesia, vibratória ou palestesia, postural ou batiestesia e estereognóstico/estereognosia)
Equilíbrio e marcha	Equilíbrio estático e dinâmico, na posição sentado e de pé. Esta avaliação já é realizada na avaliação do VIII par craniano.

Fonte: Adaptado de Menoita (2012)

A avaliação e a gestão da pressão arterial (PA) durante o AVC são procedimentos críticos, uma vez que em muitos doentes, há uma diminuição natural da pressão arterial durante as primeiras 24 horas após o evento, enquanto em outras situações, a pressão arterial aparece instável, constituindo-se num fator de risco negativo no prognóstico (Rey Pérez, 2005). A pressão arterial deve ser estabelecida após três medidas, separadas no mínimo por uma semana, exceto em doentes que apresentem uma pressão arterial sistólica maior que 210mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica maior que 120mmHg, com uma média de pressão arterial diastólica igual ou superior a 90mmHg ou PA sistólica superior ou igual a 140mmHg para adultos com a partir dos 18 anos de idade (Foerch et al., 2009).

A avaliação e tratamento da pressão arterial (hipo ou hiper) devem ser realizados, no entanto é preciso atender que muitos dos tratamentos utilizados para a estabilização da PA podem interferir na avaliação neurológica (Rey Pérez, 2005).

O enfermeiro de reabilitação, fundamentado nestes dados deve prosseguir com uma avaliação sistemática a todas as pessoas com AVC e, assim, pode usar vários instrumentos, que passam por materiais como o gelo, para analisar a sensibilidade térmica; agulha ou alfinete, para aferir a sensibilidade álgica e lanterna para analisar a reatividade ocular (Menoita, 2012). Para que possa promover a continuidade de cuidados de reabilitação deve avaliar e registar os cuidados prestados e partilhar a informação com os outros elementos que fazem parte da equipa multidisciplinar (Martins, 2002).

Podemos, assim, afirmar que a avaliação da enfermagem de reabilitação suporta-se nos dados médicos disponíveis, realizar uma entrevista ao doente e à família e, por último, fazer um exame físico cuidadoso e específico. Só depois está em condições de fazer o diagnóstico de enfermagem.

2.1.2. Planeamento dos cuidados

O planeamento de cuidados de enfermagem integra a organização sistematizada de atividades, ajustáveis à situação peculiar de cada pessoa doente, passando pela avaliação inicial, plano individual, treino de atividades centrada nos autocuidados e avaliação final, englobando ações centradas no doente e na sua família, com o intuito de o preparar para regressar a casa (Pereira, 2012).

Pelo exposto, antes de qualquer intervenção o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve realizar uma avaliação inicial do doente, elaborando um plano de cuidados gerais e específicos, em função das necessidades da pessoa doente. Esse planeamento passa pelo acolhimento do utente e sua família na unidade de serviços; avaliação da funcionalidade e diagnóstico de alterações que determinam as limitações das atividades e incapacidades; conceção de um plano de intervenção com o intuito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição/saúde e/ou incapacidade, bem como intervenções que pretendam otimizar e reeducar as funções motoras, sensoriais, cognitivas, cardiorrespiratórias, da alimentação e da eliminação (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2010).

2.1.3. Intervenção em pessoas com AVC

Como referido anteriormente, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem o papel de prevenir a doença e promover o processo de readaptação e satisfação das necessidades básicas fundamentais, com a máxima independência do doente na execução das atividades básicas de vida diária. Assim, tornar-se dependente significa limitar o papel individual na realização da sua vida diária, bem como na sua qualidade de vida, o que reclama, igualmente, uma dependência dos cuidados de enfermagem (Leal, 2001).

A intervenção dos enfermeiros de reabilitação acompanha a evolução da doença e a capacidade que a pessoa vai demonstrando face aos autocuidados e atividades básicas de vida diária, acrescida de uma forte componente de ensino quer com a pessoa doente, quer com a família.

Neste sentido, os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, numa fase aguda do AVC devem procurar manter a vida e evitar sequelas, pelo que para isso devem monitorizar os sinais vitais da pessoa doente, avaliando o seu nível de consciência, défices motores e sensitivos, realizando posicionamentos terapêuticos e mobilizações no leito por forma a evitar o padrão espático que ocorre após o AVC (Gonçalves, 2012).

Após esta fase, o enfermeiro deve procurar dotar o doente e a sua família de competências que lhes permitam readaptar-se à nova condição de vida. Na verdade, algumas pessoas conseguem, após um AVC, voltar a executar as suas atividades diárias com ou sem ajuda, encorajamento e motivação adequados, enquanto outras enfrentam sérias dificuldades, necessitando de grande assistência e cuidado (Diógenes e Pagliuca, 2003).

A mobilização e os exercícios terapêuticos precoces e intensivos, ajustados à resistência do doente e realizados por uma equipa multidisciplinar num contínuo bem coordenado, têm apresentado ganhos efetivos para a qualidade de vida destes doentes, bem como na diminuição dos défices, do tempo de internamento e de institucionalização, para além de prevenir outras complicações (Barbosa, 2012).

A OMS (2006) refere que os doentes jovens possuem uma probabilidade maior de recuperação do que aqueles que possuem mais de 70 anos de idade, uma vez que neste último grupo estão normalmente associados outros problemas adicionais, como por exemplo, problemas cardíacos, respiratórios, circulatórios, psicológicos e familiares, caraterísticos do processo de envelhecimento.

No entanto, é importante sublinhar que o processo de reabilitação do doente com AVC é influenciado por um conjunto de variáveis com impacto ao nível dos resultados finais e dos tratamentos, ao nível do internamento e de apoio à alta, bem como ao nível dos profissionais que prestam os cuidados de saúde (Barbosa, 2012).

Assim, o processo de reabilitação será tanto ou mais eficaz, quanto o profissional de saúde não se fixar no programa inicial, já que com o tempo, a recuperação de funções neurológicas e a estabilidade clínica do doente reclamam novas abordagens, com objetivos funcionais diferentes em função das potencialidades dos doentes, sendo necessária a introdução gradual dos autocuidados, da mobilidade, da comunicação e da cognição (Ricardo, 2012), promovendo a reintegração na vida familiar e social com objetivos de natureza profissional e psicossocial.

Alguns dos cuidados específicos de reabilitação a ser preconizados pelo enfermeiro especialista de reabilitação encontram-se resumidos no Quadro 5.

Quadro 5. Cuidados de reabilitação específicos

Objetivos	Intervenção
Manter as amplitudes articulares do membro afetado	Mobilização passiva antispástica no membro afetado, duas vezes por dia, com repetição de cinco a 30 vezes, dependendo da tolerância do doente Prevenir a síndrome de imobilidade
Evitar úlceras de pressão	Posicionar em decúbito lateral para o lado afetado em alternância para o lado são em padrão antispástico Roupa da cama bem esticada
Facilitar atividades de interação	Posicionar em decúbito dorsal apenas durante as atividades e mantendo o padrão antispástico Após as atividades manter o doente em padrão antispástico Ensino/treino/incentivo do autocuidado
Alimentação	Assistir o doente na alimentação
Equilíbrio	Treino de rolar no leito Ensino, instrução e treino da técnica da ponte Avaliação do equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado e de pé
Cuidador informal	Ensinar/treino o prestador de cuidados no uso de estratégias adaptativas do doente - eliminação de barreiras arquitetónicas Estimular/motivar o cuidador para o processo de reabilitação do doente

A família tem um papel fundamental na recuperação do doente, pelo que o enfermeiro especialista em reabilitação deve estar presente em todo o processo de recuperação, promovendo um papel ativo no doente e na sua família, favorecendo a parceria, participação e continuidade de cuidados no decorrer de todo o processo.

2.1.4. A continuidade de cuidados ao doente com AVC

A reabilitação deve ser iniciada precocemente, ainda no contexto hospitalar e deve ser continuada, posteriormente, em ambientes apropriados (Cacho et al., 2004). Quando a reabilitação é continuada, possibilita melhores resultados clínicos e menores custos, uma vez que os períodos de internamento são mais reduzidos, há uma diminuição do grau de incapacidade e uma maior qualidade de vida (OMS, 2011).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação possui um papel importante na preparação da alta para o doente, pois um inadequado planeamento desta leva a uma utilização negativa dos recursos da comunidade, desajustado acompanhamento após a alta e recurso a serviços de saúde devido ao insuficiente ensino ao doente e sua família prestadora de cuidados (Barbosa, 2012).

Planear a alta é um processo que se inicia no momento de admissão e que continua até ao momento da alta, constituindo-se numa parte importante e dinâmica do plano de tratamento. Assim, para Branco e Santos (2010) o regresso a cada de um doente com AVC torna-se num processo complexo que exige ao enfermeiro de reabilitação uma garantia da continuidade dos cuidados ao doente, sendo necessária uma atuação planeada e organizada.

Nesta linha, o melhor enquadramento para a continuidade do processo de reabilitação do doente ocorre no meio familiar, sendo que a família torna-se num prestador de cuidados necessitando de ser ensinada, instruída e treinada para promover esses cuidados (Andrade et al., 2009). Todavia, nem sempre a família pode assumir o papel de cuidadora, pelo que a pessoa com AVC poderá ser encaminhada para programas de reabilitação em regime ambulatorio, caso os défices sejam ligeiros, ou encaminhadas para unidades de reabilitação com internamento, caso as sequelas sejam moderadas a severas (*National Stroke Association*, 2011).

Os cuidados continuados permitem promover, manter ou recuperar a saúde, bem como minimizar o nível de dependência e os efeitos da doença. São ações coordenadas, planeadas e organizadas para serem executadas no domicílio (Menoita, 2012).

O apoio domiciliário faz igualmente parte do papel do enfermeiro, podendo este continuar a prestar cuidados e a orientar o doente, estimulando-o para realizar exercícios em casa, para que possa dar continuidade ao programa de reabilitação iniciado (Ordem dos Enfermeiros, 2009), bem como o reajuste do ambiente da habitação à situação do doente.

Por vezes, a estrutura domiciliária física precisa de algumas alterações e adaptações, sendo que estas devem ser realizadas em função das necessidades do doente e dos familiares. De acordo com Macedo (2003), as adaptações mais comuns no espaço domiciliário para pessoas que sofreram um AVC passam pela construção de rampas, de forma a facilitar a locomoção, colocação de apoios nas paredes e na casa de banho para aumentar a segurança e promover a independência e, por vezes, o alargamento de portas para a passagem de equipamentos de apoio à mobilidade do doente.

De salientar que a reabilitação não é um fim, mas um percurso que se traduz em etapas de evolução positivas e rápidas nos primeiros seis meses. Por conseguinte, é importante que a reabilitação hospitalar tenha continuidade numa intervenção domiciliária para que a melhoria na realização das atividades básicas de vida diária possa aportar ganhos para o doente e sua família. Esta intervenção deve ser realizada pela equipa multidisciplinar, promovendo a potenciação do autocuidado, sempre que possível, valorizando os pequenos ganhos do doente para que este possa manter-se ativo, estimulado e motivado, assumindo-se como corresponsável pela sua reabilitação (*Royal College of Physicians*, 2012).

A continuidade tem que ser vista como um processo quer dentro do próprio hospital, quando o doente passa por serviços, desde a urgência ao internamento, mas também para casa ou para uma unidade de cuidados.

2.2. A família do doente com AVC

A família desempenha um papel crucial no processo de reabilitação do doente com AVC. Perante as limitações sentidas, é natural que o doente não possa continuar a realizar as suas atividades diárias, o que acaba por sobrecarregar a família, que tem que se readaptar a esta nova realidade (Andrade et al., 2009). Esta sobrecarga acarreta, invariavelmente, mudanças estruturais, emocionais, físicas, psicológicas e financeiras (OMS, 2011) e ainda dos papéis familiares que têm que ser reestruturados face à situação do doente.

Tal como afirma Martins (2002), as famílias podem ter mais ou menos capacidades de viver a crise decorrente da doença de um dos seus familiares, no entanto, o seu papel é crucial em todo o processo de reabilitação, uma vez que ela se assume como agente de

grande responsabilidade pela integração e readaptação do doente no domicílio, sendo que ela deve fazer parte integrante do próprio processo de reabilitação desde o início (Silva, 2007).

Por conseguinte, perante uma situação inesperada de AVC, os membros da família podem ter que abandonar as suas atividades normais, os seus projetos e dedicarem-se a restaurar o equilíbrio da unidade familiar. Assim, os papéis e responsabilidades assumidos previamente pelo doente são delegados a outros membros, ou então deixam de ser cumpridos. A reestruturação dos papéis pode ser mais complexa quando é o chefe de família que é acometido pelo AVC (Martins, 2006).

Tal como Amaral (2001) assinala, o ambiente familiar é um componente importante para as pessoas em reabilitação, seja pelos aspetos físicos e materiais, como pelos laços afetivo e social, pois a família é uma das forças que influencia o processo de saúde. Embora o nível de recuperação dependa de fatores associados à extensão e localização do AVC, a qualidade do tratamento recebido no hospital e em casa influencia essa recuperação.

Neste sentido, a OMS (2011) sugere que a motivação do doente e o apoio da família e de amigos determinam igualmente o grau de recuperação. Um doente motivado para realizar atividades como comer, vestir-se e lavar a loiça, utiliza movimentos que o irão auxiliar na recuperação, pelo que o estímulo dos familiares pode fazer diferença.

Assim, o doente com AVC necessita de um cuidador principal, que normalmente é alguém da família, amiga ou vizinha que assume a responsabilidade pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente (Abreu e Damasceno, 2009). Cuidar das pessoas de modo informal é um desafio cada vez maior, com exigências distintas, porque acarreta efeitos adversos sob o ponto de vista físico, emocional e psicológico, bem como problemas familiares, financeiros e pessoais que requerem ajuda específica (Andrade et al., 2009).

É importante que o enfermeiro especialista de enfermagem de reabilitação promova, na pessoa doente, a realização do autocuidado, por forma a torná-la mais autónoma e independente, aliviando a carga de cuidados da família (Amaral, 2001; Diógenes e Pagliuca, 2003). Por conseguinte, a intervenção no autocuidado passa por ensinar, instruir, treinar e aconselhar o doente e o cuidador familiar (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2010).

Da mesma forma, o enfermeiro de reabilitação deve promover independência e autonomia na família do doente com AVC, ensinando-a, instruindo-a, treinando-a e aconselhando-a nos cuidados básicos exigíveis, mantendo-a informada sobre a doença,

suas implicações, ensinando a forma como deve responder às necessidades e dificuldades do doente e ajudando-a na vivência desta fase de transição (Gonçalves, 2012; Martins, 2002; Martins, 2006). O enfermeiro deve valorizar os esforços empreendidos pela família, focalizando-se naquilo que é positivo e fornecendo suporte através do encorajamento e do auxílio para o reequilíbrio familiar (Amaral, 2001; Hanson, 2005).

Nesta linha de pensamento, o profissional de saúde tem que confiar na família como prestadora de cuidados ao indivíduo doente, contudo, é necessário que esta sinta apoio e parceria do profissional, pois ela também sente medo e possui dúvidas relativamente aos cuidados que deve ter em relação ao doente e às suas reações inesperadas (Lima, 2003).

Um estudo realizado por Carvalhido e Pontes (2009) com o intuito de analisar a eficácia de um programa de reabilitação domiciliária com doentes que sofreram um AVC e suas famílias mostrou a eficácia desta intervenção na potenciação de uma maior autonomia e independência no doente. A implementação deste programa aportou igualmente benefícios à família, com a diminuição do trabalho que tinha com o doente, diminuição das preocupações com os mesmos e aumento da liberdade. Todas as famílias consideraram uma evolução favorável no familiar doente e referiram a aprendizagem de algumas técnicas facilitadoras para a promoção de uma vida melhor aos seus familiares doentes e para si próprias.

Com o quadro teórico, criamos condições para passar ao estudo empírico e, particularmente demonstra-se que, mesmo com um programa planeado, teremos que fazer reajustes de acordo com a situação do doente e sua evolução.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

Nesta parte, irá ser apresentado o contexto do estudo, bem como o percurso metodológico que foi seguido, nomeadamente o desenho do estudo, a questão de investigação e os objetivos, as variáveis e sua operacionalização, a caracterização da amostra, o instrumento de recolha de dados, a caracterização do programa de intervenção, bem como o procedimento, análise e tratamento dos dados.

1. Contexto do estudo: A saúde em Angola

A República de Angola está situada na região Austral da África Subsariana, com uma superfície de 1.246.700 Km², com uma costa atlântica de 1.600 Km² de Norte ao Sul. É em extensão um dos maiores países da África, de língua oficial portuguesa.

Sob o ponto de vista social, ambiental, crescimento económico e de desenvolvimento, depois da guerra civil que devastou o país, Angola desfruta agora de um período de paz e estabilidade social, com um crescimento económico sustentável pela produção de petróleo.

Possui uma taxa de crescimento do Produto Interno Bruto de 11.6% ao ano. O desenvolvimento económico e social resultou num crescimento e desenvolvimento com melhorias evidentes na educação, formação profissional, infraestruturas, tecnologia e saúde.

Todavia, o Relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2015) assinala um Índice de Desenvolvimento Humano baixo, colocando a nação no 147º lugar entre os 186 países classificados em 2014. Mais de 61% da população angolana vive abaixo da linha de pobreza, dos quais 26% em pobreza extrema. O nível de pobreza da população reflete-se no deficiente acesso à alimentação, água potável, saneamento, educação, saúde, energia elétrica e outras comodidades. A taxa de dependência é estimada em 92.3 em cada 100 pessoas em idade produtiva dos 15 aos 64 anos, o que traduz o elevado índice de desemprego.

De acordo com os resultados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015) relativo ao censo populacional de 2014, a população angolana é estimada em 25.789.024 de

habitantes, dos quais 12.499.041 pertencem ao sexo masculino (que corresponde a 48% da população total residente) e 13.289.983 do sexo feminino (correspondendo a 52% da população total residente), distribuída em 18 Províncias, 164 Municípios e 532 Comunas.

O esforço no âmbito da saúde tem sido visível, nomeadamente ao nível da reestruturação da rede de cuidados primários e na construção de infraestruturas que tinham sido destruídas no período da guerra. Foram construídos e reabilitados, cerca de 100 hospitais e 500 centros de saúde.

Em 2012, o Ministério da Saúde fez um estudo no qual mostrou que entre 80 a 90% da população tem acesso ao serviço de saúde e que existem investimentos nesta área ao nível das infraestruturas, recursos humanos, tecnologia e equipamentos. Apesar destes esforços, a qualidade global dos serviços de saúde é pobre, devido às graves dificuldades de acesso, falta de diferenciação profissional, atendimento de baixa qualidade técnica e de infraestruturas modernizadas.

O estado de saúde da população angolana é caracterizado por uma baixa esperança de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materna e infantil, um fardo pesado de doenças transmissíveis e crescentes doenças crónicas e degenerativas, bem como mortalidade prematura evitáveis. A malnutrição, a obesidade, doenças crónicas como a hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* e diferentes cancros, têm registado um crescimento acentuado (Direção Nacional de Saúde Pública, 2009). Observa-se, ainda, uma grande carência de profissionais de saúde a todos os níveis, nomeadamente de enfermagem de reabilitação, saúde mental e psiquiatria.

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), divulgado pelo Ministério da Saúde (2012) de Angola, é possível verificar-se a preocupação com as doenças cardiovasculares, presentes no âmbito do designado *Projeto 9 - Prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares* (pp. 78-82). Nesse projeto, está patente a urgência em se dedicar uma atenção especial às doenças cardiovasculares, ao nível da prevenção, deteção, tratamento e reabilitação.

Em Angola, os fatores de risco que contribuem para essas doenças são modificáveis, tal como sustenta o referido programa, nomeadamente a hipertensão arterial, a diabetes e as dislipidemias, doenças que ainda são deficientemente diagnosticadas, tratadas e seguidas devido à insuficiência dos serviços de saúde e também a aspetos associados ao doente, como questões económicas, culturais e de compreensão da doença.

O Serviço Nacional de Saúde angolano (SNS) é composto de duas redes com Unidade Públicas e Privadas (Queza, 2010), encontrando-se organizado em três níveis hierárquicos: o primeiro nível é constituído pelos cuidados primários de saúde, representado pelo postos ou centros de saúde, Hospitais Municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, que constituem o primeiro ponto de contacto da população com o Serviço Nacional de Saúde; o segundo nível ou intermédio é representado pelos Hospitais gerais e é o nível de referência para as unidades de primeiro nível e, o terceiro nível, é representado pelos Hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados, atualmente institutos que corresponde o nível de referência para as unidades sanitárias do nível secundário.

Apesar da hierarquia estabelecida, o sistema não tem sido operacional por vários fatores, principalmente, por causa da desestruturação do sistema de saúde e da redução da cobertura sanitária decorrente do longo conflito armado que o país viveu.

Por conseguinte, a prestação de cuidados de saúde em Angola realiza-se nos setores público, nomeadamente Serviço Nacional de Saúde, serviços de saúde das Forças Armadas e do Ministério do Interior, bem como empresas públicas, como a Sonangol e a Endiama. O setor privado está confinado aos principais centros urbanos do país e cujos preços praticados não são objeto de regulação e, portanto, sem grande acessibilidade para a maior parte da população. Muitos doentes recorrem à medicina tradicional e ocidental, ou até à chinesa e à asiática, contudo este tipo de assistência não tem regulamentação. Muitos medicamentos tradicionais estão à venda em mercados informais e nas ervanárias, sem qualquer controlo de qualidade e em inadequadas condições de conservação.

Estamos perante uma realidade diferente da portuguesa, com necessidade de melhorar a qualidade assistencial e ainda o processo de regulação, por parte do governo.

2. Metodologia

O presente estudo tem um desenho quase experimental. Neste tipo de estudos definem-se dois grupos, nos quais os sujeitos são distribuídos de forma aleatória, sendo que a intervenção é realizada sobre um grupo e não sobre o outro, para depois se compararem as modificações após a intervenção (Pais-Ribeiro, 2010). Na verdade, no

presente estudo, foram constituídos dois grupos de doentes com AVC, sendo que num dos grupos foi implementado um programa de intervenção de reabilitação e no outro não.

Trata-se igualmente de um estudo exploratório de natureza descritiva, que pretende fornecer informação acerca da população em estudo ou da intervenção realizada (Pais-Ribeiro, 2010) e de natureza quantitativa.

Para nos ajudar na conceção do estudo, partimos da seguinte pergunta de investigação: *"Será que um programa estruturado, de cuidados de enfermagem de reabilitação, focalizado nos posicionamentos, na mobilização e em exercícios terapêuticos, permite melhorar a independência do doente com AVC?"*.

A partir desta questão, o objetivo principal do presente estudo radicou na avaliação da eficácia da implementação de um programa de cuidados de reabilitação em doentes com AVC, com o intuito de potenciar a sua independência e contribuir para ganhos em saúde nesses doentes e seus familiares, pelo que nos propomos atingir os seguintes objetivos: (i) analisar os indicadores clínicos iniciais e finais (nível de consciência, força muscular, espasticidade, independência no autocuidado e equilíbrio corporal) nos dois grupos considerados e (ii) analisar os ganhos proporcionados pela implementação do programa de reabilitação implementado.

Foram constituídos dois grupos de pessoas com AVC, com características iniciais idênticas e formados dois grupos: um grupo de intervenção o qual integrou o programa e um grupo de controlo. Para orientação do estudo foram formuladas as seguintes questões:

Serão os dois grupos diferentes nos indicadores clínicos iniciais?

Será que após a intervenção os dois grupos diferem nos indicadores clínicos finais?

Quais foram os ganhos com a implementação do programa de reabilitação?

2.1. Variáveis em estudo

Segundo Fortin (2009), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações, que são estudadas numa determinada investigação. Assim, uma variável pode tomar diferentes valores para expressar graus, quantidades e diferenças, sendo que podem alterar o seu estatuto no decurso da investigação.

As variáveis podem assumir um estatuto de dependentes, que são aquelas que são influenciadas ou afetadas pelas variáveis independentes, sendo que estas são as que influenciam ou afetam uma outra variável (Freixo, 2011).

De seguida iremos operacionalizar as variáveis em função das dimensões e sua valoração:

Quadro 6. Variáveis clínicas

Variável	Dimensões	Valoração
Tipo de AVC	Isquémico Hemorrágico	1. Isquémico 2. Hemorrágico
Atividades básicas de vida diária (Independência)	Higiene e arranjo pessoal Tomar banho Uso de sanitário Levantar/deitar na cama Transferir Andar Subir/descer escadas Alimentar Vestir Controlo vesical Controlo intestinal	1. Dependente 2. Ajuda moderada 3. Ajuda mínima 4. Independente
Equilíbrio corporal	Sentado, de pé e em marcha	Pontuações variam entre 0 e 2, em função dos itens do questionário.
Espasticidade	Membro superior direito Membro inferior direito Membro superior esquerdo Membro inferior esquerdo	0. Tônus muscular normal 1. Ligeiro aumento do tônus muscular por tensão momentânea 1+. Ligeiro aumento do tônus muscular por tensão abrupta 2. Aumento mais acentuado do tônus muscular 3. Aumento considerável do tônus muscular 4. Partes afetadas rígidas na flexão ou extensão
Nível de consciência	Abertura dos olhos Resposta motora Resposta verbal	Pontuações de 1 a 4 Pontuações de 1 a 5 Pontuações de 1 a 6
Força muscular	Membro superior direito Membro inferior direito Membro superior esquerdo Membro inferior esquerdo	0. Não apresenta movimento muscular nem articular. 1. Não usa o músculo para mover a articulação 2. Amplitude completa de movimento sem vencer a gravidade 3. Amplitude completa de movimento, vence a gravidade, mas não resistência 4. Amplitude completa de movimento, vence a gravidade, com alguma resistência 5. Amplitude normal e completa de movimentos

As variáveis clínicas incorporam dados da situação, registados nos processos e a avaliação realizada pelo investigador suportada em escalas de uso clínico, que a seguir são descritas:

A escala ***Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado (GAIA)*** é um instrumento construído por Couto e Martins (2012), que pretende avaliar o nível de autonomia e independência na realização de atividades básicas de vida diária associadas ao autocuidado. Este instrumento integra 44 itens, distribuídos por 11 domínios que se encontram divididos em dimensões, nomeadamente: Higiene e arranjo pessoal (lavar o rosto; pentear-se; cuidado com as unhas dos pés; cuidado com as unhas das mãos; higiene oral e colocar creme/fazer a barba); Tomar banho (entrar/sair do chuveiro; abrir/fechar a torneira e preparar a água; obtenção e uso dos materiais - sabão/esponja -; lavar/secar parte superior do corpo e lavar/secar parte inferior do corpo); Uso de sanitário (transferência/deslocação; aprontar o vestuário; higiene íntima - limpar depois de urinar e evacuar - e higiene das mãos); Levantar/deitar na cama (rodar; erguer-se; pôr-se de pé e deitar); Transferir (cama/cadeira; cadeira/cama; cadeira/cadeira; sentar e levantar); Andar (manter-se de pé, faz carga nos membros inferiores, com ou sem apoio de auxiliar de marcha; segurar-se de pé, em equilíbrio, com ou sem auxiliar de marcha; dar pequenos passos, com ou sem auxiliar de marcha e deambula, com ou sem auxiliar de marcha); Subir/descer escadas (subir degraus, com ou sem auxiliar de marcha e descer degraus, com ou sem auxiliador de marcha); Alimentar (requerer/pedir comida; manipulação de utensílios - garfo, copo, colher -; cortar os alimentos/barrar a manteiga; levar os alimentos à boca; mastigar e engolir); Vestir (seleção e organização de roupas e acessórios; vestir/despir parte superior; vestir/despir parte inferior e ajustar a roupa - botões, fechos, cordões -); Controlo vesical (comunicar a vontade de urinar e continência urinária) e Controlo intestinal (comunicar a vontade de evacuar e continência fecal).

A autora procurou analisar as qualidades métricas do instrumento ao nível da fidelidade (consistência interna entre os itens), tendo obtido um valor de alfa de Cronbach de 0,99, o que sugere uma muito boa consistência entre os itens para avaliar o grau de autonomia/independência no autocuidado (Couto & Martins, 2012).

Nesta linha, no presente estudo procuramos igualmente analisar a fidelidade do GAIA, tendo-se obtido um valor de alfa de Cronbach de 0,85, sugerindo uma boa consistência interna entre os itens, embora ligeiramente inferior ao valor obtido por Couto e Martins (2012) no seu estudo.

O **Índice de Tinetti** foi criado em 1986, por Tinetti, Williams e Mayewski (Freitas, 2011) e classifica 16 tarefas que são avaliadas em função da observação (Silva et al., 2007). As tarefas estão associadas à marcha (início da marcha, comprimento e altura dos passos, simetria dos passos, continuidade dos passos, direção, tronco e distância dos tornozelos) e ao equilíbrio (equilíbrio sentado, levantar da cadeira, tentativas de levantar, equilíbrio em pé, equilíbrio ao girar), sendo classificadas numa pontuação entre 0 e 2, em função das observações realizadas (Petiz, 2002). Esta escala é fiável na deteção de mudanças significativas durante a marcha (Abreu e Caldas, 2008).

A **Escala Modificada de Ashworth** foi proposta por Ashworth, na sua versão original e, posteriormente modificada por Bobannon e Smith permite realizar uma avaliação clínica da espasticidade (Braddom et al., 2010). Este método baseia-se numa avaliação qualitativa, pelo clínico, que testa o membro/articulação afetada da hipertonía muscular, ou seja, a resistência oferecida ao estiramento muscular, resultante de aumento anormal do tônus muscular (Le Cavorzin et al., 2001). O doente é avaliado segundo a resistência oferecida ao movimento, numa classificação constituída por cinco níveis, com graus que variam entre 0 (tônus muscular normal) e 4 pontos (partes afetadas rígidas na flexão ou na extensão), tal como sugerido por Calota et al. (2008).

A **Escala de Coma de Glasgow** - foi desenvolvida por Teasdale e Jennett em 1974 (Céspedes et al., 2001) e tem como objetivo avaliar as alterações de consciência em doentes com traumatismos crânio-encefálicos. Trata-se de uma escala com três parâmetros: abertura dos olhos (com pontuações de 1 a 4); resposta motora (com pontuações de 1 a 6) e resposta verbal (com pontuações de 1 a 5), identificando a presença de alterações do nível de consciência através da análise de respostas a estímulos verbais ou dolorosos (Céspedes et al., 2001). A pontuação da escala varia entre 1 a 15 pontos, indicando o valor mais alto uma condição neurofisiologicamente normal, no que se refere ao nível da consciência. Nas vítimas de traumatismos, as pontuações entre 13 a 15 pontos revelam um indicador de trauma leve, entre 9 a 12 pontos, um trauma moderado e pontuações iguais ou inferiores a 8, um trauma grave (Chawda et al., 2004).

A **Escala de Avaliação da Força Muscular de Council** - desenvolvida pela MRC pretende avaliar a função motora global em doentes com polineuropatia, graduando a força muscular dos principais agrupamentos musculares e identificando o grau de fraqueza muscular (Paternostro-Sluga et al., 2008). Os 5 itens da escala são avaliados numa escala de 0 a 5 pontos, sendo que o valor 5 espelha uma força muscular normal.

As variáveis sociodemográficas foram escolhidas para caracterizar os grupos de sujeitos:

Quadro 7. Variáveis sociodemográficas

Variável	Operacionalização
Género	Masculino; feminino
Idade	Anos de vida
Estado civil	Solteiro, casado, viúvo, divorciado, união de facto
Escolaridade	Base, médio, superior; sem escolaridade
Proveniência	Localidade de residência

2.2. Amostra

O presente estudo decorreu em Angola, no hospital Josina Machel - Maria Pia, em Luanda. Este hospital foi inaugurado em junho de 1883 e rebatizado com o nome de Josina Machel, em 1977. Trata-se de um hospital de referência do nível III. Situa-se no Município da Maianga (Rua do 1º Congresso do MPLA, nr. 65, Luanda).

O hospital tem um atendimento de 24 horas. O serviço de neurologia, onde foi realizado o presente estudo, é composto por 32 camas, funcionando com 6 equipas de 3 enfermeiros cada, que trabalham das 08:00 às 16:00 em regime de turnos rotativos. Encontram-se 5 médicos especialistas e 3 a fazerem internato.

De acordo com Fortin (2009) a população diz respeito ao "conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns (...). O elemento é a unidade de base da população, junto da qual a informação é recolhida" (p. 311). A população-alvo diz respeito ao conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações.

A população do presente estudo diz respeito a todos os doentes acometidos por AVC, que se encontravam internados no Hospital Josina Machel-Maria Pia, nos Serviços de Neurologia, no período entre janeiro a abril de 2016.

A amostra, por sua vez, diz respeito à "fração da população sobre a qual se faz o estudo" (Fortin, 2009, p. 132), sendo que neste trabalho se utilizou uma amostragem não probabilística, pois apenas foram considerados os doentes admitidos no período de tempo considerado.

A amostra do presente estudo foi programada para integrar 80 doentes, contudo por motivos de falecimento e altas, ficaram apenas 71 doentes com AVC, sendo que os critérios de inclusão foram: apresentar a sua capacidade de comunicação conservada e aceitarem participar no estudo.

Estes doentes foram divididos em dois grupos: o grupo de intervenção (A) e o grupo de controlo (B), que não recebeu intervenção, mas apenas os cuidados normais do serviço.

O grupo de intervenção é constituído por 40 doentes com AVC (56.3%), com média etária de 43.3 anos (DP=15.06), tendo o mais novo 14 anos e o mais velho 75 anos de idade. São, na sua maioria pertencentes ao sexo feminino (n=23, 32.4%), solteiros (n=25, 35.2%), com escolaridade de nível base (n=15, 21.1%) e provenientes da província de Luanda (n=29, 40.8%).

O grupo de controlo é constituído por 31 doentes com AVC (43.7%), com média etária de 49.35 anos (DP=16.75), tendo o mais novo 18 anos e o mais velho 74 anos de idade. São, na sua maioria pertencentes ao sexo feminino (n=22, 31%), solteiros (n=18, 25.4%), sem escolaridade (n=14, 19.7%) e provenientes da província de Luanda (n=19, 26.8%).

2.3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados (Anexo I) é constituído por duas partes, num total de sete páginas. A primeira parte integra 5 questões para caracterização sociodemográfica dos doentes (género, idade, estado civil, escolaridade e proveniência). Foi ainda recolhida informação sobre a data de admissão no internamento e a data da alta. Todavia, este dado não foi utilizado pelo facto de termos encontrado muitos dados omissos.

A segunda parte é composta por cinco medidas de avaliação, referentes à variável clínica e da qual fazem parte escalas utilizadas na clínica e referenciadas em estudos.

2.4. Programa de intervenção

O programa de intervenção designado "Programa de Reabilitação a Doentes com Acidente Vascular Cerebral" (Anexo II) foi implementado unicamente no grupo de intervenção (Grupo A) e foi concebido por nós, a partir da revisão de literatura realizada e ajustada às condições do serviço onde o realizamos.

Nesse sentido, foram tidas em consideração, algumas componentes fundamentais, nomeadamente: o posicionamento, exercícios de mobilização e exercícios específicos, incluindo a aplicação de Talas de Margaret Johnstone e suportado no Modelo de Autocuidado proposto por Orem (1995), no desenvolvimento dos cuidados.

As fontes básicas para a constituição do programa foram obtidas a partir da pesquisa no agregador EBSCO Host, pesquisando nas seguintes bases de dados: *Academic Search Complete, Business Source Complete, CINAHL Complete, ERIC, MedicLatina, MEDLINE with Full Text, Psychology and Behavioral Sciences Collections* e *SPORTDiscus with Full Text*. Adicionalmente, foi efetuada pesquisa na *Scielo Citation Index* e cumulativamente, no motor de pesquisa académico *Google Scholar* acedendo a artigos, relatórios e literatura cinzenta disponível na web. Para a pesquisa foi utilizado um termo incluindo descritores presentes no DeCS - Descritores para as Ciências da Saúde e palavras-chave utilizadas pelo conjunto de investigadores na área. Em seguida, para a pesquisa sistemática de literatura, foram adicionados instrumentos adicionais de pesquisa: linguagem booleana e agregadores de terminologia, com a seguinte redação final: enfermagem AND reabilitação AND (AVC OR "acidente vascular cerebral").

Os critérios de seleção dos artigos encontram-se espelhados no Quadro 8, sendo que inicialmente selecionamos artigos científicos, pelo que foram excluídos da nossa seleção livros não referenciados e artigos não científicos. Procuramos igualmente orientar a nossa pesquisa para os artigos de enfermagem e reabilitação, conjuntamente, sendo que foram excluídos artigos de outras áreas de intervenção que não a enfermagem, bem como aqueles que não abordavam a reabilitação. Um outro aspeto a considerar foi a data de publicação, sendo que foram excluídos os artigos anteriores a 2000, pois consideramos apenas os últimos 16 anos de investigação em enfermagem e reabilitação.

Quadro 8. Critérios de seleção dos artigos

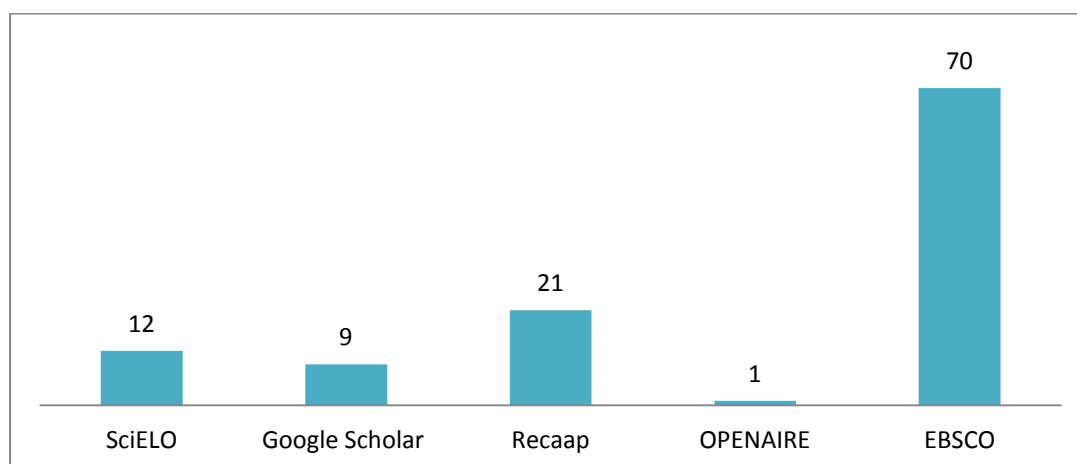
Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Artigos científicos	Artigos científicos	Livros não referenciados e artigos não científicos
Artigos de enfermagem	Artigos de enfermagem	Artigos de outras áreas de intervenção (por exemplo psicologia, medicina)
Artigos de reabilitação	Artigos de reabilitação	Artigos que não abordam a reabilitação
Artigos desde o ano de 2000	Artigos a partir de 2000	Artigos com data anterior a 2000
Artigos disponíveis nas bases de dados consultadas	Artigos disponíveis em <i>full-text</i>	Artigos para compra

Durante a seleção dos estudos, a avaliação do título e a análise do resumo apresentado, permitiu-nos identificar se os artigos cumpriam os critérios de inclusão considerados. Quando não era possível identificar os critérios de inclusão, procedemos a leitura integral do artigo, pois nem sempre os resumos continham a informação necessária. Denotou-se, igualmente, que muitos dos artigos encontrados não se encontravam disponíveis em *full-text* e, por conseguinte, teriam que ser comprados, sendo que estes artigos não foram incluídos na nossa seleção.

A pesquisa foi realizada nos idiomas de português, inglês e espanhol, procurando-se artigos que fornecessem uma informação fiável, atualizada e pertinente sobre a enfermagem, reabilitação e AVC.

A partir destes pressupostos, a Figura 2 apresenta os principais resultados da pesquisa, constatando-se que a maior parte dos artigos selecionados foram encontrados na base de dados EBSCO, sendo que 41 se encontravam em português e 29 em espanhol.

Figura 2. Resultados da pesquisa de artigos



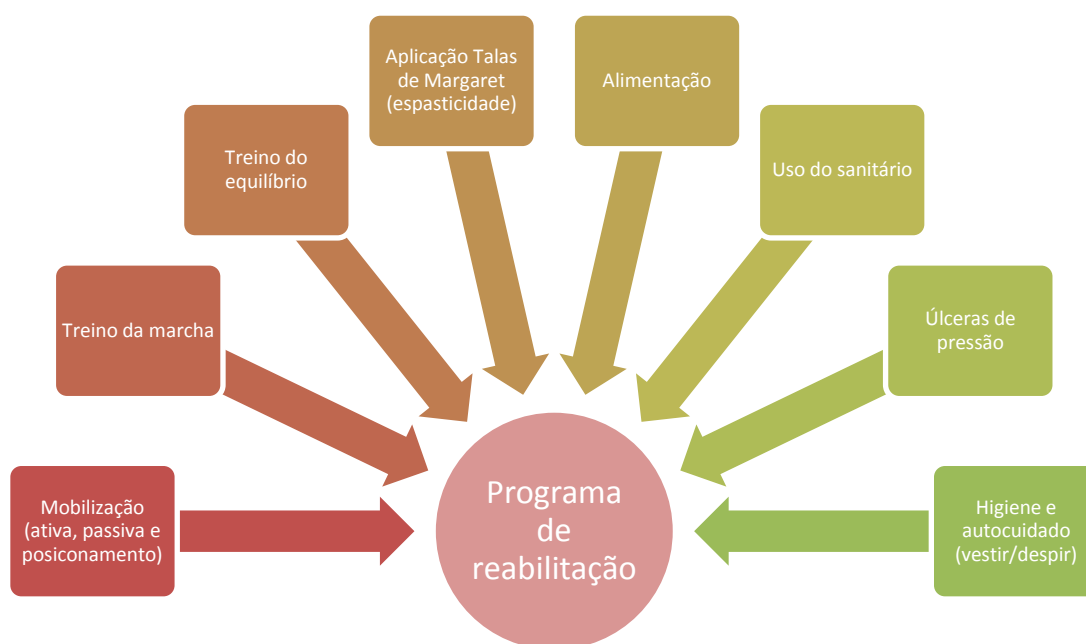
A partir da leitura dos artigos selecionados foram identificados os itens de reabilitação que foram integrados no Programa de intervenção concebido. A maior parte dos artigos abordou a importância da recuperação propriocetiva, independência funcional e participação social do doente sobrevivente de um AVC. Por conseguinte, os programas individuais terapêuticos devem ser concebidos para cada doente, ajustado às suas necessidades e problemas, e desenvolvidos em estreita articulação com as diferentes especialidades.

Assim, a pessoa com AVC apresenta uma desvalorização ou perda de capacidades, que podem ser readquiridas ou construídas através de um programa personalizado centrado na autonomia, qualidade de vida e valorização pessoal. Os problemas funcionais encontram-se associados à perda total ou parcial da capacidade de mobilizar um ou dois membros ou do hemicorpo, em consequência da lesão cerebral e com implicações diretas nas atividades básicas de vida diária, bem como nos autocuidados, logo aspetos cruciais que foram integrados no programa. Para além destes aspetos, constatamos que outro tipo de défices é identificado nas pessoas com AVC, nomeadamente cognitivos (perda da capacidade executiva ou de memória) e de expressão e compreensão (dificuldade em compreender ou articular as palavras e discurso).

Como já referido anteriormente, a recuperação da pessoa com AVC depende da lesão cerebral e da intervenção terapêutica que é delineada e implementada em função do diagnóstico realizado. Neste sentido, a recuperação funcional prolonga-se para além da recuperação neurológica, dependendo do ambiente do doente, da sua motivação pessoal e de uma intervenção terapêutica que favoreça tanto a melhoria das capacidades residuais, como a utilização de modalidades compensatórias, ajudas técnicas ou uma modificação do ambiente de forma ajustada para responder aos autocuidados.

Idealmente, os programas de reabilitação devem ser multidisciplinares e transversais a todos os profissionais envolvidos no processo. Todavia, o presente programa encontra-se circunscrito aos cuidados especializados de enfermagem e tem como principais objetivos começar a neuro reabilitação desde cedo, prevenir as complicações do AVC e definir um plano após alta com cuidados continuados e promoção de autocuidados. A Figura 3 apresenta uma síntese do programa de reabilitação.

Figura 3. Figura síntese do programa



Este programa de enfermagem de reabilitação em doentes com AVC encontra-se orientado em vários focos de ação (Anexo III), nomeadamente ao nível do posicionamento, exercícios de mobilização e exercícios específicos, incluindo aplicação das talas de Margaret Johnstone e suportando o modelo de autocuidado (Orem,1995).

O progresso da reabilitação da pessoa com AVC é, em geral, obtido através da sequência de exercícios progressivos que seguem o padrão de desenvolvimento motor adquirido pelos bebés, como sejam o rolar, sentar, ficar na posição ortostática e marcha (Menoita, 2012), de forma a facilitar o movimento em que se solicitam ajustamentos automáticos da postura, a fim de produzir atividades através de reações automáticas de proteção, retificação e equilíbrio, pelo que a reeducação do mecanismo do reflexo postural exige uma repetição constante.

Com o objetivo de otimizar e reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação implementaram-se um conjunto de intervenções suportadas pela literatura (Amaral, 2008; DGS, 2010; Escola Superior de Enfermagem do Porto [ESEP], 2012; Graça, 2015; Martins, 2002; Menoita, 2012; Pereira, 2012; Santos, 2011; Silva, 2012; Veríssimo, 2010), que se encontram descritas no Anexo IV.

2.5. Procedimento, análise e tratamento dos dados

O presente estudo iniciou com um pedido de obtenção da autorização da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem do Porto e da Direção Geral e Comissão de Ética do Hospital Josina Machel - Maria Pia, para a realização do estudo de investigação e respetivas autorizações (Anexo V).

Devido à natureza do estudo, antes de iniciar a recolha dos dados, procedeu-se a uma reunião com o Enfermeiro-Diretor e a Enfermeira-Chefe dos serviços onde o programa foi implementado. Considerou-se, previamente, a necessidade de ministrar uma formação aos enfermeiros de todas as equipas, com o intuito de garantir a continuidade dos cuidados nas vinte e quatro horas subsequentes ao AVC.

Esta formação teve como intuito dotar os enfermeiros do serviço de conhecimentos e competências relativos à prestação de cuidados aos doentes com AVC e envolvê-los no processo de pesquisa dos cuidados de enfermagem de reabilitação a esses doentes. A formação foi ministrada a todos os enfermeiros das equipas, em função das suas escalas de trabalho, procurando-se conciliar os cuidados gerais com os cuidados especializados de enfermagem de reabilitação. Esta formação abrangeu os seguintes temas: posicionamento, levante, transferências, alimentação, eliminar e higiene (Anexo VI).

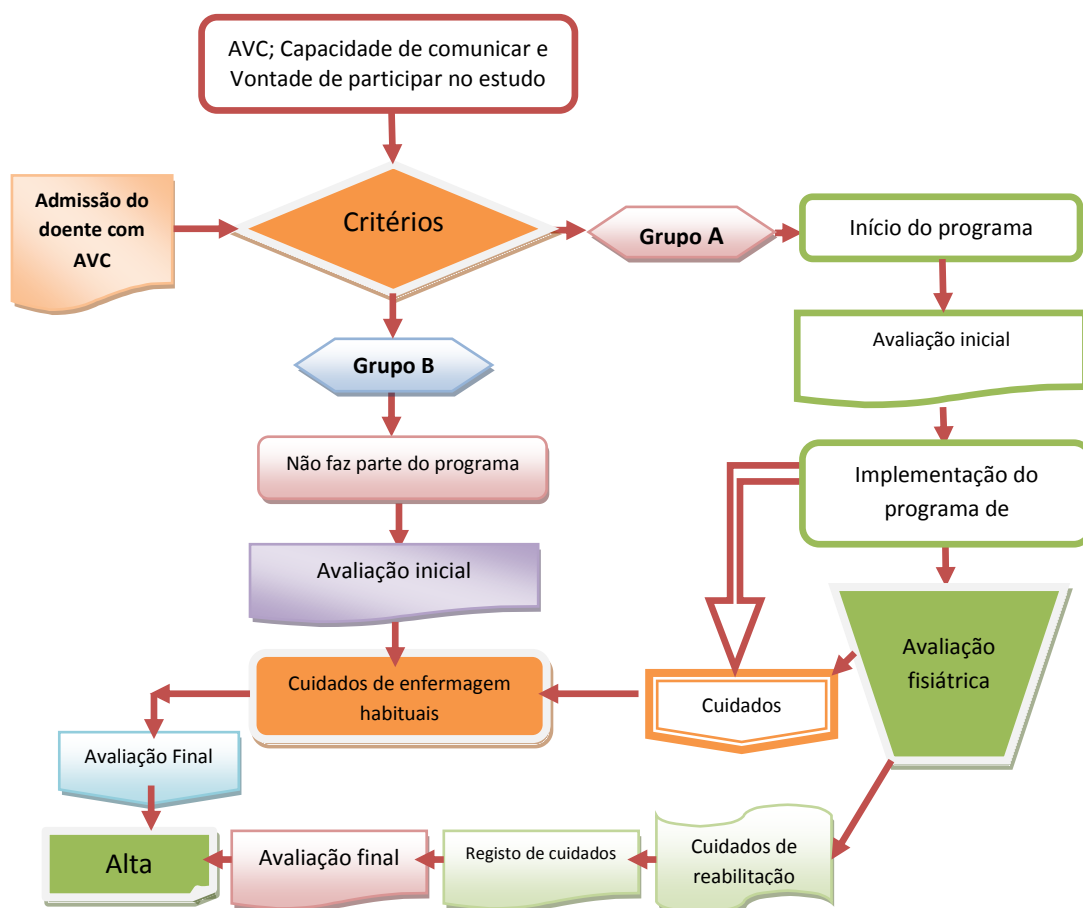
O processo de recolha de dados foi realizado em três etapas. Na primeira etapa, procuramos identificar os doentes que preenchiam os critérios inicialmente definidos: terem tido um AVC, possuírem capacidade para comunicar e terem vontade de participar no estudo. O processo de admissão ao programa encontra-se espelhado no fluxograma da Figura 4.

Depois da avaliação criaram-se dois grupos a partir dos critérios de inclusão aleatoriamente. O Grupo A foi submetido ao programa e o Grupo B não foi.

Os doentes que acederam participar, preencheram ainda a Declaração de Consentimento Informado (Anexo VII), salvaguardando, desta forma, os princípios éticos da sua participação, ao nível da confidencialidade e do anonimato das suas respostas. Em seguida, estes doentes foram avaliados inicialmente através do protocolo de recolha de dados (constituído pelas questões sociodemográficas, dados clínicos, GAIA, Índice de Tinetti, Escala de Ashworth, Escala de Glasgow e Escala de Força Muscular) e divididos, aleatoriamente, em dois grupos: o Grupo A, que após a avaliação inicial foi submetido ao programa de enfermagem de reabilitação e, o Grupo B, que constituiu o grupo de controlo,

não tendo sido alvo de intervenção com o programa de enfermagem de reabilitação, mas apenas receberam os cuidados de enfermagem habituais. O protocolo de recolha de dados foi, em ambos os grupos, administrado no início (momento de integração no programa) e no final (momento de alta).

Figura 4. Fluxograma de admissão ao programa



Os princípios éticos e deontológicos foram tidos em consideração ao longo de todo o projeto de investigação. Segundo Hoeman (2011, p. 31), o comportamento ético exige um raciocínio moral, resolução de problemas e tomadas de decisões em estudos de investigação, pelo que a ética inclui um consentimento informado e uma análise de risco-benefício da intervenção.

Como toda e qualquer investigação que envolve pessoas aporta inúmeras preocupações relativas aos direitos dos indivíduos que participam na investigação,

formalizamos os pedidos de autorização ao Hospital Josina Machel-Maria Pia e Comissão de Ética do mesmo, foram igualmente solicitados.

A nossa consciência ética esteve ainda presente no uso dos instrumentos de recolha de dados, tendo-se pedido autorização à autora da Escala GAIA para a sua utilização na presente investigação (Anexo VIII) e as restantes, como estão publicadas em vários artigos não o fizemos aos autores originais.

Por último, os princípios éticos foram igualmente considerados aquando da recolha e do tratamento dos dados, procurando-se salvaguardar o anonimato e a confidencialidade dos mesmos, bem como de todas as informações partilhadas.

Os instrumentos de recolha dos dados foram recolhidos e os dados foram introduzidos no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*® (IBM® SPSS), versão 23.0 para *Windows* e extraídos os principais resultados descritivos e inferenciais. Os resultados descritivos foram realizados com recurso às frequências (n) e percentagens (%), bem como médias (M) e desvios padrões (DP). Os resultados inferenciais foram realizados a partir: (a) do teste Qui-Quadrado (χ^2) que é um teste de hipóteses que pretende encontrar um valor da dispersão entre duas variáveis, avaliando a associação existente entre elas. Trata-se de um teste não-paramétrico, isto é, não depende de parâmetros populacionais; (b) do *t-test pairs* (teste *t* pareado), que calcula a diferença entre cada par de medições antes e depois, determinando a média dessas mudanças e informando se essa média de diferenças é estatisticamente significativa e; (c) teste não paramétrico Wilcoxon pareado, que compara se as medidas de posição de duas amostras são iguais no caso em que as amostras são dependentes (Pestana e Gageiro, 2008).

3. Apresentação dos resultados: Diferenças entre os grupos

Neste ponto são apresentados os principais resultados descritivos e inferenciais. Para uma melhor organização dos resultados, apresentam-se, primeiramente a caracterização da amostra seguindo-se os resultados descritivos e inferenciais das medidas, recolhidos no início da intervenção; em seguida realiza-se uma descrição do programa de intervenção; seguindo-se os resultados descritivos e inferenciais das medidas recolhidos após a intervenção e, por último, apresentam-se evidências dos ganhos obtidos através da

implementação do programa de reabilitação na avaliação antes e depois no grupo de intervenção.

3.1. Caracterização da amostra

Procuramos, inicialmente, analisar a distribuição das variáveis sociodemográficas nos grupos considerados (Grupo A e Grupo B), com o intuito de compreender se essa distribuição entre os grupos assegura a equivalência.

Nesse sentido, o Quadro 9 apresenta a distribuição dos doentes pelos dois grupos em função das variáveis, que se determinam como suficiente para caracterizar a amostra, bem como os valores de diferença de distribuição (χ^2) e nível de significância (p), para confirmar as diferenças significativas entre os grupos.

Os resultados encontrados mostram que, os dois grupos de doentes são semelhantes, sob o ponto de vista das **variáveis sociodemográficas**, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas na distribuição destes, em função das variáveis consideradas.

Quadro 9. Resultados das variáveis sociodemográficas, no início da intervenção

Variáveis sociodemográficas	Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Género					1,365	0,24
Masculino	17	23,9	9	12,7		
Feminino	23	32,4	22	31,0		
Estado civil					0,507	0,77
Solteiro	25	35,2	18	25,4		
Casado	10	14,1	10	14,1		
Viúvo	5	7,0	3	4,2		
Escolaridade					5,603	0,13
Nível base	15	21,1	9	12,7		
Nível médio	8	11,3	8	11,3		
Nível superior	5	7,0	0	0,0		
Sem escolaridade	12	16,9	14	19,7		

Quadro 9. Resultados das variáveis sociodemográficas, no início da intervenção (cont.)

Variáveis sociodemográficas	Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Proveniência					10,579	0,30
Província do Bengo	1	1,4	2	2,8		
Província de Luanda	29	40,8	19	26,8		
Província do Kwanza Sul	1	1,4	1	1,4		
Província de Malanje	1	1,4	3	4,2		
Província do Cunene	2	2,8	0	0,0		
Província do Zaire	2	2,8	1	1,4		
Província do Uíge	1	1,4	4	5,6		
Província do Moxico	2	2,8	0	0,0		
Província do Namibe	1	1,4	0	0,0		
Província do Kwanza Norte	0	0,0	1	1,4		

A não existência de diferenças significativas entre os grupos garante a homogeneidade destes nas suas características, o que favorece o estudo das variáveis clínicas.

3.2. Diferenças das variáveis clínicas entre os grupos no início

Neste subcapítulo iremos analisar as diferenças clínicas entre os grupos, no início do programa.

Relativamente às medidas clínicas recolhidas, o Quadro 10 mostra os resultados obtidos para o **tipo de AVC**, sugerindo a existência de uma distribuição estatisticamente significativa nesta variável, havendo uma maior presença de AVC isquémico (n=59; 83,1%), por comparação ao AVC hemorrágico (n=8; 11,3%), sendo que apenas 5,6% (n=4) corresponde a um tipo não especificado.

Quadro 10. Resultados da distribuição do tipo de AVC

Tipo de AVC	Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Isquémico	36	50,7	23	32,4	5,817	0,05*
Hemorrágico	4	5,6	4	5,6		
Não especificado	0	0,0	4	5,6		

*p≤0,05

Analisando os resultados obtidos na **Escala de Glasgow**, nos dois grupos de doentes no início da intervenção, o Quadro 11 indica que a maioria dos doentes do Grupo A (n=26; 36,6%) e do Grupo B (n=16; 22,5%) apresentou 15 pontos na referida escala, sendo que os restantes se distribuíram pelas restantes pontuações, assegurando uma semelhança da distribuição da pontuação da referida escala pelos dois grupos considerados, não apresentando uma diferença de distribuição estatisticamente significativa ($\chi^2=3,639$; $p=0,30$).

Quadro 11. Resultados da Escala de Glasgow, no início da intervenção

Escala de Glasgow	Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
	n	%	n	%		
12 Pontos	0	0,0	2	2,8	3,639	0,30
13 Pontos	5	7,1	6	8,5		
14 Pontos	9	12,9	7	9,9		
15 Pontos	26	36,6	16	22,5		

Considerando os dados resultantes da MRC (que avalia a **força muscular**), o Quadro 12 sugere que a maior parte dos doentes, de ambos os grupos (Grupo A e Grupo B), apresentou uma amplitude normal e completa dos movimentos dos membros superiores e inferiores do lado direito, ou seja, uma força normal (n=33,8; 26,8%), não tendo sido encontrada uma significância estatística na distribuição para o membro superior ($\chi^2=1,552$; $p=0,67$) nem para o inferior ($\chi^2=6,478$; $p=0,09$).

Relativamente à força muscular do membro superior do lado esquerdo, constata-se que uma grande percentagem dos doentes do Grupo A (n=18; 25,4) e do Grupo B (n=13; 18,3) não apresentou movimento muscular nem articulação nesse membro, não evidenciando qualquer diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

No que diz respeito à força muscular do membro inferior do lado esquerdo, 16 (22,5%) doentes do Grupo A apresentou movimentos normais neste membro, contra 13 (18,3%) doentes do Grupo A, que não apresentaram movimento muscular nem articulação nesse membro, sendo esta diferença de distribuição estatisticamente significativa ($\chi^2=7,999$; $p=0,04$).

Quadro 12. Resultados da escala da força muscular (MRC), no início da intervenção

Força Muscular (MRC)		Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Direito	MSD 0	14	19,7	9	12,7	1,552	0,67
	MSD 1	2	2,8	2	2,8		
	MSD 2	0	0,0	1	1,4		
	MSD 5	24	33,8	19	26,8		
	MID 0	6	8,5	9	12,7	6,478	0,09
	MID 1	10	14,1	2	2,8		
	MID 2	0	0,0	1	1,4		
	MID 5	24	33,8	19	26,8		
Esquerdo	MSE 0	18	25,4	13	18,3	4,306	0,23
	MSE 1	6	8,5	3	4,2		
	MSE 2	0	0,0	3	4,2		
	MSE 5	16	22,5	12	16,9		
	MIE 0	12	16,9	13	18,3	7,999	0,04*
	MIE 1	12	16,9	3	4,2		
	MIE 2	0	0,0	3	4,2		
	MIE 5	16	22,5	12	16,9		

*p≤0,05

Analisando as pontuações na **escala de espasticidade** (Asworth), verificamos que grande parte dos doentes do Grupo A (n=30; 42,3%) e do Grupo B (n=25; 35,2%), apresentou um tônus muscular normal em ambos membros direitos (inferior e superior), sem relevância estatisticamente significativa na distribuição (Quadro 13).

No que tange à espasticidade dos membros do lado esquerdo, denota-se que, quer os doentes do Grupo A (n=34; 47,9%), quer os do Grupo B (n=21; 29,6%), apresentaram igualmente um tônus muscular normal nos membros inferior e superior, sendo que as diferenças de distribuição encontradas não se apresentaram estatisticamente significativas.

Quadro 13. Resultados da escala de espasticidade (Ashworth), no início da intervenção

Escala de Espasticidade (Ashworth)		Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Direito	MSD 0	30	42,3	25	35,2	3,368	0,49
	MSD 1	6	8,5	2	2,8		
	MSD 2	3	4,2	3	4,2		
	MSD 3	1	1,4	0	0,0		
	MSD 4	0	0,0	1	1,4		

Quadro 13. Resultados da escala de espasticidade (Ashworth), no início da intervenção (cont.)

Escala de Espasticidade (Ashworth)		Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controle (B) (n=31)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Direito	MID 0	30	42,3	25	35,2	3,368	0,49
	MID 1	6	8,5	2	2,8		
	MID 2	3	4,2	3	4,2		
	MID 3	1	1,4	0	0,0		
	MID 4	0	0,0	1	1,4		
Esquerdo	MSE 0	34	47,9	21	29,6	5,125	0,16
	MSE 1	2	2,8	2	2,8		
	MSE 2	4	5,6	5	7,0		
	MSE 3	0	0,0	3	4,2		
	MIE 0	34	47,9	21	29,6	6,368	0,09
	MIE 1	4	5,6	2	2,8		
	MIE 2	1	1,4	5	7,0		
	MIE 3	1	1,4	3	4,2		

Quando procuramos analisar a distribuição das pontuações da **escala GAIA** (atividades básicas de vida diária), no início da intervenção, o Quadro 14 mostra os itens relativos a esta escala, denotando-se, de forma global, que quer os doentes do Grupo A, quer os do Grupo B apresentaram dependência na maior parte das atividades básicas de vida diária assinaladas. Nenhum dos itens apresentou significância estatística, sugerindo uma semelhança das dificuldades em ambos os grupos.

Quadro 14. Resultados dos itens da escala GAIA, no início da intervenção

Escala GAIA (Atividades básicas de vida diária)	Grupo Intervenção (A) (n=40)				Grupo de Controle (B) (n=31)				χ^2	p
	1	2	3	4	1	2	3	4		
Lavar o rosto	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	30(42,9%)	1 (1,4%)	-	-	0,034	0,85
Pentear-se	39(54,9%)	-	-	1 (1,4%)	30(42,9%)	1 (1,4%)	-	-	2,066	0,35
Cuidado com as unhas do pé	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Cuidado com as unhas da mão	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Higiene oral	39(54,9%)	-	-	1 (1,4%)	30(42,9%)	1 (1,4%)	-	-	2,066	0,35
Colocar creme / Fazer barba	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	30(42,9%)	1 (1,4%)	-	-	0,034	0,85
Entrar/sair do chuveiro	38(54,3%)	1 (1,4%)	-	1 (1,4%)	31(43,7%)	-	-	-	1,595	0,45
Abrir/fechar torneira e preparar a água	38(54,3%)	2 (2,8%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	1,595	0,20
Obtenção e uso dos materiais (sabão/esponja)	38(54,3%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	-	31(43,7%)	-	-	-	1,595	0,45
Lavar/secar parte superior do corpo	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Lavar /secar parte inferior do corpo	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-

Quadro 14. Resultados dos itens da escala GAIA, no início da intervenção

Escala GAIA (Atividades básicas de vida diária)	Grupo Intervenção (A) (n=40)				Grupo de Controlo (B) (n=31)				χ^2	p
	1	2	3	4	1	2	3	4		
Transferência/deslocação	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Aprontar vestuário	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Higiene das mãos	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Rodar	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Ergue-se	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Pôr-se de pé	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Deitar	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Cama/cadeira	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Cadeira/cama	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Cadeira/cadeira	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Sentar	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Levantar	38(54,3%)	2 (2,8%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	1,595	0,20
Manter-se de pé, faz carga nos membros inferiores (com ou sem apoio de auxiliar de marcha)	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Segurar-se de pé, em equilíbrio (com ou sem auxiliar de marcha)	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Dar pequenos passos (com ou sem auxiliar de marcha)	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Deambula (com ou sem auxiliar de marcha)	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Subir degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Descer degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Requerer/pedir comida	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Manipulação de utensílios (garfo, copo, colher)	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Cortar os alimentos/barrar a manteiga	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Levar os alimentos à boca	36(50,7%)	1 (1,4%)	-	3 (4,2%)	31(43,7%)	-	-	-	3,235	0,19
Mastigar	37(52,9%)	3 (4,2%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	2,428	0,11
Engolir	37(52,9%)	3 (4,2%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	2,428	0,11
Seleção e organização de roupas e acessórios	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Vestir/despir parte superior	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Vestir/despir parte inferior	39(54,9%)	1 (1,4%)	-	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)	39(54,9%)	-	1 (1,4%)	-	31(43,7%)	-	-	-	0,786	0,37
Comunicar a vontade de urinar	36(50,7%)	2 (2,9%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	31(43,7%)	-	-	-	3,285	0,35
Continência Urinária	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-
Comunicar a vontade de evacuar	36(50,7%)	2 (2,9%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	31(43,7%)	-	-	-	3,285	0,35
Continência fecal	40(56,3%)	-	-	-	31(43,7%)	-	-	-	-	-

1=dependente; 2=ajuda moderada; 3=ajuda mínima; 4=independente

Por último, quando procuramos analisar a distribuição em função do **Índice de Tinetti** que avalia o equilíbrio, observamos no Quadro 15 que quer os doentes do Grupo A, quer os do Grupo B, apresentam, globalmente comprometimento ao nível do equilíbrio, pese embora as diferenças entre os dois grupos não se apresentem estatisticamente significativas, garantindo uma semelhança entre os grupos.

Quadro 15. Resultados do índice de Tinetti, no início da intervenção

Índice de Tinetti (equilíbrio)	Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Equilíbrio sentado					0,723	0,39
Escorrega	33	46,5	23	32,4		
Equilibrado	7	9,9	8	11,3		
Levantando					0,674	0,41
Incapaz	39	54,9	29	40,8		
Usa os braços	1	1,4	2	2,8		
Tentativa de levantar					0,034	0,85
Incapaz	39	54,9	30	42,3		
Mais de uma tentativa	1	1,4	1	1,4		
Assim que levanta (primeiros 5 segundos)					0,786	0,37
Desequilibrado	39	54,9	31	43,7		
Estável mas usa suporte	1	1,4	0	0,0		
Equilíbrio em pé					0,786	0,37
Desequilibrado	39	54,9	31	43,7		
Suporte ou base de sustentação (> 12cm)	1	1,4	0	0,0		
Teste de tempos					0,786	0,37
Começa a cair	39	54,9	31	43,7		
Agarra ou balança os braços	1	1,4	0	0,0		
Olhos fechados					-	-
Desequilibrado, instável	40	56,3	31	43,7		
Girando a 360 graus						
Passos descontínuos	40	56,3	31	43,7	-	-
Instáveis (desequilibrado)	40	56,3	31	43,7		
Sentado						
Inseguro (erra a distância, cai na cadeira)	39	54,9	31	43,7	0,786	0,37
Usa os braços ou movimentação abrupta	1	1,4	0	0,0		
Início da marcha						
Hesitação ou várias tentativas para iniciar	40	56,3	31	43,7	-	-
Comprimento e altura dos passos (pé direito)					-	-
Não ultrapassa o pé esquerdo	40	56,3	31	43,7		
Comprimento e altura dos passos (pé esquerdo)						
Não ultrapassa o pé direito	40	56,3	31	43,7	-	-
Simetria dos passos					-	-
Passos diferentes	40	56,3	31	43,7		
Continuidade dos passos						
Parados ou passos descontínuos	40	56,3	31	43,7	-	-
Direção					-	-
Desvio nítido	40	56,3	31	43,7		
Tronco						
Balanço grave ou uso de apoio	39	54,9	31	43,7	0,786	0,37
Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	1	1,4	0	0,0		
Distância dos tornozelos						
Tornozelos separados	39	54,9	31	43,7	0,786	0,37
Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1	1,4	0	0,0		

Em suma, pode-se afirmar que, em termos globais das medidas analisadas, as avaliações iniciais permitem constatar que os indicadores clínicos entre o Grupo A e o Grupo B, são muito semelhantes, sublinhando a homogeneidade dos dois grupos estudados.

Em seguida, apresentamos os resultados descritivos relativos à periodicidade das atividades desenvolvidas no programa de reabilitação com os doentes do Grupo A, recordando que as atividades foram reajustadas à situação de cada doente e registadas sempre depois da sua execução.

3.3. Descrição da intervenção realizadas durante o programa

A intervenção, como já tinha sido referido, foi implementada nos doentes do Grupo A, sendo que ao longo do tempo foram realizadas atividades de posicionamento, exercícios de mobilização e outros exercícios específicos, incluindo a aplicação das talas de Margaret, de acordo com o descrito no anexo III. O Quadro 16 apresenta as atividades desenvolvidas, bem como a sua periodicidade.

Quadro 16. Periodicidade das atividades do programa de intervenção

Atividades do Programa	1	2	3	4
Executar exercícios de excitação articular e muscular dos membros superiores/inferiores e tronco	-	-	-	40 (100%)
Executar a técnica de exercícios de correção postural	-	-	-	40 (100%)
Executar técnica de excitação músculo articular dos membros superiores, inferiores e tronco	-	-	-	40 (100%)
Ensino/instrução/treino sobre estratégias a excitação articular dos membros superiores, inferiores e do tronco	-	-	-	40 (100%)
Ensinar e treinar sobre exercícios de correção postural	1 (2,5%)	-	-	39 (97,5%)
Aconselhar sobre equipamento adaptativo	-	-	-	40 (100%)
Elogia a aprendizagem de capacidades	-	-	-	40 (100%)
Ensino/instrução /treino sobre transferência para	-	-	-	40 (100%)
Elogia a aprendizagem de capacidades	-	-	-	40 (100%)
Dar tempo para executar a atividade	1 (2,5%)	-	-	39 (97,5%)
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas uso de sanitário	-	-	-	40 (100%)
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir no uso de sanitário	-	-	-	40 (100%)
Aconselhar sobre equipamento adaptativo	-	-	-	40 (100%)
Ensino/instrução /treino sobre transferência para sanita/cadeira Sanita	-	-	-	40 (100%)
Execução de exercícios de treino de equilíbrio	-	-	-	40 (100%)
Elogia a aprendizagem de capacidades	-	-	-	40 (100%)

Quadro 16. Periodicidade das atividades do programa de intervenção (cont.)

Atividades do Programa	1	2	3	4
Dar tempo para executar a atividade	-	-	-	40 (100%)
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas levantar/deitar	1 (2,5%)	-	-	39 (97,5%)
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir para levantar/deitar	-	-	1 (2,5%)	39 (97,5%)
Executar exercício musculo-articulares deitado (Ponte, rolar, dissociação de cintura; erguer, carga no cotovelo)	-	-	-	40 (100%)
Executar treino de equilíbrio sentado	-	-	-	40 (100%)
Elogia a aprendizagem de capacidades	-	-	-	40 (100%)
Dar tempo para executar a atividade	-	-	-	40 (100%)
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas na transferência	-	-	-	40 (100%)
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir na transferência	-	-	-	40 (100%)
Aconselhar sobre equipamento adaptativo	-	-	-	40 (100%)
Ensino/instrução/treino na utilização de equipamento adaptativo	-	-	1 (2,5%)	39 (97,5%)
Ensinar e treinar técnica de transferência cama/cadeira/cama	-	-	-	40 (100%)
Execução de exercícios de treino de equilíbrio de pé e sentado	-	-	-	40 (100%)
Ensino/instrução/treino de Correção postural (sentado)	-	-	-	40 (100%)
Elogia a aprendizagem de capacidades	-	-	-	40 (100%)
Dar tempo para executar a atividade	-	-	2 (5,0%)	38 (95%)
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas na marcha	-	-	1 (2,5%)	39 (97,5%)
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir na marcha	-	-	1 (2,5%)	39 (97,5%)
Executar exercícios de exercitação musculo-articular dos membros inferiores e tronco + exercícios de carga nos membros inferiores	-	-	1 (2,5%)	39 (97,5%)
Ensinar/instruir/treinar técnica de marcha	-	-	-	40 (100%)
Executar exercícios de coordenação motora dos membros inferiores	-	-	-	40 (100%)
Ensinar/Instruir e treinar sobre exercícios de correção postural	-	-	-	40 (100%)
Execução de exercícios de treino de equilíbrio de pé	1 (2,5%)	-	-	39 (97,5%)
Aconselhar sobre calçado adequado na marcha	2 (5,0%)	-	-	38 (95%)
Aconselhar sobre auxiliar de marcha	2 (5,0%)	-	-	38 (95%)
Ensinar/instruir/treinar técnica de marcha com auxiliar de marcha	2 (5,0%)	-	-	38 (95%)
Elogia a aprendizagem de capacidades	2 (5,0%)	-	-	38 (95%)
Dar tempo para executar a atividade	4 (10%)	-	-	36 (90%)
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas para subir e descer escadas	6 (15%)	-	-	34 (85%)
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir a subir e descer escadas	5 (12,5%)	-	-	35 (87,5%)
Aconselhar sobre equipamento adaptativo	-	-	-	40 (100%)
Executar exercícios de exercitação musculo-articular dos membros inferiores e tronco	-	-	-	40 (100%)

Quadro 16. Periodicidade das atividades do programa de intervenção (cont.)

Atividades do Programa	1	2	3	4
Execução de exercícios de treino de equilíbrio	4 (10%)	-	-	36 (90%)
Ensinar/instruir/treinar técnica de subir e descer escadas com auxiliar de marcha	5 (12,5%)	-	-	35 (87,5%)
Ensinar/instruir/treinar técnica de subir e descer escadas	4 (10%)	-	-	36 (90%)
Elogia a aprendizagem de capacidades	4 (10%)	-	-	36 (90%)
Dar tempo para executar a atividade	2 (5,0%)	-	-	38 (95%)
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas para alimentar-se	-	-	-	40 (100%)
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir no alimentar-se	-	-	-	40 (100%)
Aconselhamento sobre consistência da dieta alimentar	-	-	-	40 (100%)
Aconselhar sobre equipamento adaptativo	-	-	-	40 (100%)
Ensino/instrução/treino na utilização de equipamento adaptativo	-	-	-	40 (100%)
Executar técnica de exercitação muscular da face e cavidade oral	-	-	-	40 (100%)
Executar técnica de estimulação sensitiva da face e cavidade oral	-	-	-	40 (100%)

Nota: 1=atividade não recomendada; 2=uma vez por semana; 3=2/3 vezes por semana; 4= diariamente

Face à situação dos doentes, as atividades previstas no programa foram, na sua maioria, realizadas diariamente, considerando a situação de dependência dos doentes do Grupo A.

Em seguida, apresentamos os resultados descritivos e inferenciais obtidos nos dois grupos, após a intervenção ocorrida no Grupo A.

3.4. Diferenças das variáveis clínicas entre os grupos no final

Depois da intervenção no Grupo A e antes da alta, os dois grupos foram novamente avaliados, pelo que neste subcapítulo iremos analisar os resultados obtidos.

A **Escala de Glasgow** foi aplicada aos dois grupos de doentes após a intervenção no Grupo A, sendo que o Quadro 17 indica que todos os doentes do Grupo A (n=40; 56,3%) e, grande parte dos doentes do Grupo B (n=29; 40,8%) apresentou 15 pontos na referida escala, não apresentando uma diferença de distribuição estatisticamente significativa ($\chi^2=2,655$; $p=0,26$).

Quadro 17. Resultados da Escala de Glasgow, após a intervenção

Escala de Glasgow	Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
	n	%	n	%		
13 Pontos	0	0,0	1	1,4	2,655	0,26
14 Pontos	0	0,0	1	1,4		
15 Pontos	40	56,3	29	40,8		

Podemos afirmar que não há diferenças significativas entre os grupos ao nível da consciência, depois da intervenção.

No que diz respeito aos resultados do **MRC**, o Quadro 18 sugere que a maior parte dos doentes, de ambos os grupos (Grupo A e Grupo B), apresentou uma amplitude normal e completa dos movimentos dos membros superiores e inferiores do lado direito, ou seja, uma força normal, tendo sido encontrada uma significância estatística na distribuição para o membro superior ($\chi^2=18,036$; $p=0,00$) e para o inferior ($\chi^2=22,603$; $p=0,00$).

Quadro 18. Resultados da escala da força muscular (MRC), após a intervenção

Força Muscular (MRC)		Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Direito	MSD 0	0	0,0	8	11,3	18,036	0,00**
	MSD 1	4	5,6	3	4,2		
	MSD 2	10	14,1	1	1,4		
	MSD3	3	4,2	0	0,0		
	MSD 5	23	32,4	19	26,8		
	MID 0	0	0,0	8	11,3	22,603	0,00**
	MID 1	0	0,0	2	2,8		
	MID 2	6	8,5	2	2,8		
	MID3	10	14,1	0	0,0		
	MID4	1	1,4	0	0,0		
Esquerdo	MSE 0	1	1,4	10	14,1	20,931	0,00**
	MSE 1	3	4,2	6	8,5		
	MSE 2	17	23,9	3	4,2		
	MSE3	3	4,2	0	0,0		
	MSE 5	16	22,5	12	16,9		
	MIE 0	1	1,4	10	14,1	27,073	0,00**
	MIE 1	1	1,4	6	8,5		
	MIE 2	8	11,3	3	4,2		
	MIE 3	12	16,9	0	0,0		
	MIE 4	2	2,8	0	0,0		
	MIE 5	16	22,5	12	16,9		

**p≤0,00

Relativamente à força muscular do membro superior esquerdo, constata-se que uma grande percentagem dos doentes do Grupo A (n=17; 23,9) apresentou uma amplitude completa de movimento, mas sem vencer a gravidade, enquanto 16,9% (n=12) dos doentes do Grupo B apresentou uma amplitude normal e completa dos movimentos, ou seja, uma força normal, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas ($\chi^2=20,931$; $p=0,00$).

Por último, relativamente à força muscular do membro inferior esquerdo, observa-se que 16 (22,5%) doentes do Grupo A e, 12 (16,9%) do Grupo B, apresentou movimentos normais neste membro, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=27,073$; $p=0,00$).

Podemos afirmar que existem diferenças significativas entre o Grupo A e o Grupo B.

Analisando as pontuações na **escala de espasticidade** (Quadro 19), verificamos que grande parte dos doentes do Grupo A (n=37; 52,1%) e do Grupo B (n=19; 26,8%) apresentou um tónus muscular normal no membro superior e inferior direito, sendo que as diferenças entre os grupos se mostraram estatisticamente significativas ($\chi^2=12,997$; $p=0,02$).

Quadro 19. Resultados da escala de espasticidade (Ashworth), após intervenção

Escala de Espasticidade (Ashworth)		Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Direito	MSD 0	37	52,1	19	26,8	12,997	0,02*
	MSD 1	3	4,2	4	5,6		
	MSD 2	0	0,0	4	5,6		
	MSD 3	0	0,0	2	2,8		
	MSD 4	0	0,0	1	1,4		
	MSD 5	0	0,0	1	1,4	12,997	0,02*
	MID 0	37	52,1	19	26,8		
	MID 1	3	4,2	4	5,6		
	MID 2	0	0,0	4	5,6		
	MID 3	0	0,0	2	2,8		
Esquerdo	MID 4	0	0,0	1	1,4	28,504	0,00**
	MID 5	0	0,0	1	1,4		
	MSE 0	38	53,5	12	16,9		
	MSE 1	2	2,8	4	5,3		
	MSE 2	0	0,0	10	14,1	30,513	0,00**
	MSE 3	0	0,0	5	7,0		
	MIE 0	38	53,5	11	15,5		
	MIE 1	2	2,8	5	7,0		
	MIE 2	0	0,0	10	14,1		
	MIE 3	0	0,0	5	7,0		

** $p \leq 0,00$

No que tange à espasticidade do membro superior e inferior esquerdo, observou-se que grande parte dos doentes do Grupo A (n=38; 53,5%) apresentou tónus muscular normal, enquanto no Grupo B se verifica uma dispersão pelos diversos níveis da escala, sendo esta diferença estatisticamente significativa para o membro superior esquerdo ($\chi^2=28,504$; $p=0,00$) e membro inferior esquerdo ($\chi^2=30,513$; $p=0,00$).

Também relativamente à espasticidade, há diferenças significativas entre o Grupo A e o Grupo B.

A análise das pontuações da escala **GAIA**, após a intervenção, mostrou que para todos os itens da escala, os doentes do Grupo A se apresentaram mais independentes, por comparação aos doentes do Grupo B que se apresentaram mais dependentes na realização dessas atividades básicas de vida diária (Quadro 20). As diferenças mostraram-se altamente significativas em todos os itens da escala.

Quadro 20. Resultados dos itens da escala GAIA, após intervenção

Escala GAIA (Atividades básicas de vida diária)	Grupo Intervenção (A) (n=40)				Grupo de Controlo (B) (n=31)				χ^2	p
	1	2	3	4	1	2	3	4		
Lavar o rosto	-	1(1,4%)	1(1,4%)	38(53,5%)	27(38,0%)	1(1,4%)	-	3(4,2%)	57,664	0,00**
Pentear-se	2(2,8%)	6(8,5%)	8(11,3%)	24(33,8%)	28(39,4%)	2(2,8%)	-	1(1,4%)	53,411	0,00**
Cuidado com as unhas do pé	13(18,3%)	22(31,0%)	4(5,6%)	1(1,4%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	27,056	0,00**
Cuidado com as unhas da mão	4(5,6%)	21(29,6%)	7(9,9%)	8(11,3%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	49,286	0,00**
Higiene oral	-	1(1,4%)	2(2,8%)	37(52,1%)	28(39,4%)	2(2,8%)	-	1(1,4%)	64,331	0,00**
Colocar creme / Fazer barba	-	3(4,2%)	5(7,0%)	32(45,1%)	28(39,4%)	2(2,8%)	-	1(1,4%)	62,179	0,00**
Entrar/sair do chuveiro	2(2,8%)	13(18,3%)	17(23,9%)	8(11,3%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	56,347	0,00**
Abrir/fechar torneira e preparar a água	1(1,4%)	5(7,0%)	5(7,0%)	29(40,8%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	61,263	0,00**
Obtenção e uso dos materiais (sabão/esponja)	-	5(7,0%)	4(5,6%)	31(43,7%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	65,192	0,00**
Lavar/secar parte superior do corpo	-	9(12,7%)	17(23,9%)	14(19,7%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	64,348	0,00**
Lavar /secar parte inferior do corpo	1(1,4%)	11(15,5%)	22(31,0%)	6(8,5%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	60,190	0,00**
Transferência/deslocação	1(1,4%)	11(15,5%)	17(23,9%)	11(15,5%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	60,190	0,00**
Aprontar vestuário	25(35,2%)	6(8,5%)	4(5,6%)	5(7,0%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	10,321	0,01**
Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)	-	5(7,0%)	6(8,5%)	29(40,8%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	65,192	0,00**
Higiene das mãos	-	4(5,6%)	3(4,2%)	33(46,5%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	65,580	0,00**
Rodar	5(7,0%)	8(11,3%)	7(9,9%)	18(25,4%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	47,158	0,00**
Ergue-se	-	6(8,5%)	7(9,9%)	27(38,0%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	64,902	0,00**
Pôr-se de pé	-	4(5,6%)	6(8,5%)	33(46,5%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	65,580	0,00**
Deitar	-	4(5,6%)	9(12,7%)	27(38,0%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	65,580	0,00**
Cama/cadeira	-	4(5,6%)	8(11,3%)	28(39,4%)	28(39,4%)	3(4,2%)	-	-	64,031	0,00**
Cadeira/cama	-	4(5,6%)	7(9,9%)	29(40,8%)	28(39,4%)	3(4,2%)	-	-	64,031	0,00**
Cadeira/cadeira	-	4(5,6%)	7(10,0%)	29(40,8%)	28(40,0%)	3(4,2%)	-	-	64,031	0,00**
Sentar	-	4(5,6%)	8(11,3%)	28(39,4%)	28(39,4%)	3(4,2%)	-	-	64,031	0,00**
Levantar	-	4(5,6%)	8(11,3%)	28(39,4%)	28(39,4%)	3(4,2%)	-	-	64,031	0,00**
Manter-se de pé, faz carga nos membros inferiores (com ou sem apoio de auxiliar de marcha)	-	4(5,6%)	4(5,6%)	32(45,1%)	28(39,4%)	3(4,2%)	-	-	64,031	0,00**
Segurar-se de pé, em equilíbrio (com ou sem auxiliar de marcha)	-	5(7,0%)	2(2,8%)	33(46,5%)	28(39,4%)	3(4,2%)	-	-	63,378	0,00**
Dar pequenos passos (com ou sem auxiliar de marcha)	-	5(7,0%)	3(4,2%)	32(45,1%)	28(39,4%)	3(4,2%)	-	-	63,378	0,00**
Deambula (com ou sem auxiliar de marcha)	1(1,4%)	5(7,0%)	4(5,6%)	30(42,3%)	28(39,4%)	3(4,2%)	-	-	59,452	0,00**
Subir degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	4(5,6%)	3(4,2%)	10(14,1%)	23(32,4%)	28(39,4%)	3(4,2%)	-	-	50,673	0,00**
Descer degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	6(8,5%)	3(4,2%)	13(18,3%)	18(25,4%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	45,911	0,00**

Quadro 20. Resultados dos itens da escala GAIA, após intervenção (cont.)

Escala GAIA (Atividades básicas de vida diária)	Grupo Intervenção (A) (n=40)				Grupo de Controlo (B) (n=31)				χ^2	p
	1	2	3	4	1	2	3	4		
Requerer/pedir comida	18(25,4%)	4(5,6%)	5(7,0%)	13(18,3%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	20,429	0,00**
Manipulação de utensílios (garfo, copo, colher)	2(2,8%)	4(5,6%)	2(2,8%)	32(45,1%)	28(39,4%)	2(2,8%)	-	1(1,4%)	54,049	0,00**
Cortar os alimentos/barrar a manteiga	3(4,2%)	10(14,1%)	9(12,7%)	18(25,4%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	53,172	0,00**
Levar os alimentos à boca	-	1(1,4%)	2(2,8%)	37(52,1%)	28(39,4%)	2(2,8%)	-	1(1,4%)	64,331	0,00**
Mastigar	-	-	1(1,4%)	39(54,9%)	28(39,4%)	2(2,8%)	-	1(1,4%)	67,036	0,00**
Engolir	3(4,2%)	-	-	37(52,1%)	28(39,4%)	2(2,8%)	-	1(1,4%)	56,026	0,00**
Seleção e organização de roupas e acessórios	23(32,4%)	2(2,8%)	3(4,2%)	12(16,9%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	14,789	0,00**
Vestir/despir parte superior	4(5,6%)	4(5,6%)	14(19,7%)	18(25,4%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	51,289	0,00**
Vestir/despir parte inferior	2(2,8%)	10(14,1%)	15(21,1%)	13(18,3%)	30(42,3%)	1(1,4%)	-	-	59,682	0,00**
Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)	-	3(4,2%)	8(11,3%)	29(40,8%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	66,122	0,00**
Comunicar a vontade de urinar	-	4(5,6%)	1(1,4%)	35(49,3%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	65,580	0,00**
Continência Urinária	1(1,4%)	3(4,2%)	-	36(50,7%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	62,192	0,00**
Comunicar a vontade de evacuar	-	3(4,2%)	1(1,4%)	36(50,7%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	66,122	0,00**
Continência fecal	1(1,4%)	3(4,2%)	-	36(50,7%)	29(40,8%)	2(2,8%)	-	-	62,192	0,00**

**p<0,00

Nota. 1=dependente; 2=ajuda moderada; 3=ajuda mínima; 4=independente

Pela análise verificamos existir diferenças estatisticamente significativas de independência nas atividades básicas de vida diária entre o Grupo A, mais independente, que o Grupo B, o que valida a importância do programa de reabilitação para a independência nos doentes com AVC.

Por último, quando procuramos analisar a distribuição em função do Índice de Tinetti, observamos no Quadro 21 que os doentes do Grupo A apresentaram, globalmente, uma melhoria significativa ao nível dos vários itens que avaliam o equilíbrio, sendo que as diferenças com o Grupo B se apresentaram todas estatisticamente significativas.

Quadro 21. Resultados do índice de Tinetti, após a intervenção

Índice de Tinetti (equilíbrio)	Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Equilíbrio sentado					33,474	0,00**
Escolrega	0	0,0	19	26,8		
Equilibrado	40	56,3	12	16,9		
Levantando					50,511	0,00**
Incapaz	0	-	24	33,8		
Usa os braços	18	25,4	7	9,9		
Sem braços	22	31,0	-	-		
Tentativa de levantar					54,908	0,00**
Incapaz	-	-	26	36,6		
Mais de uma tentativa	19	26,8	5	7,0		
Única tentativa	21	29,6	-	-		
Assim que levanta (primeiros 5 segundos)					53,045	0,00**
Desequilibrado	2	2,8	28	39,4		
Estável mas usa suporte	17	23,9	3	4,2		
Estável sem suporte	21	29,6	-	-		
Equilíbrio em pé					52,396	0,00**
Desequilibrado	2	2,8	28	39,4		
Suporte ou base de sustentação (> 12cm)	28	39,4	3	4,2		
Sem suporte e base estreita	10	14,1	-	-		

Quadro 21. Resultados do índice de Tinetti, após a intervenção (cont.)

Índice de Tinetti (equilíbrio)	Grupo Intervenção (A) (n=40)		Grupo de Controlo (B) (n=31)		χ^2	p
	n	%	n	%		
Teste de tempos						
Começa a cair	6	8,5	30	42,3	46,811	0,00**
Agarra ou balança os braços	19	26,8	1	1,4		
Equilibrado	15	21,1	-	-		
Olhos fechados						
Desequilibrado, instável	26	36,6	31	43,7	13,515	0,00**
Equilibrado	14	19,7	-	-		
Girando a 360 graus						
Passos descontínuos	12	16,9	26	36,6	20,375	0,00**
Passos contínuos	28	39,4	5	7,0		
Instáveis (desequilibrados)	2	2,8			63,362	0,00**
Estável (equilibrados)	38	53,5				
Sentado						
Inseguro (erra a distância, cai na cadeira)	10	14,1	31	43,7	40,262	0,00**
Usa os braços ou movimentação abrupta	30	42,3	-	-		
Início da marcha						
Hesitação ou várias tentativas para iniciar	11	15,5	31	43,7	37,993	0,00**
Sem hesitação	29	40,8	-	-		
Comprimento e altura dos passos (pé direito)					40,262	0,00**
Não ultrapassa o pé esquerdo	10	14,1	31	43,7		
Ultrapassa o pé esquerdo	30	42,3	-	-		
Comprimento e altura dos passos (pé esquerdo)						
Não ultrapassa o pé direito	21	29,6	31	43,7		
Ultrapassa o pé direito	19	26,8	-	-		
Simetria dos passos						
Passos diferentes	18	25,4	31	43,7	24,705	0,00**
Passos semelhantes	22	31,0	-	-		
Continuidade dos passos						
Parados ou passos descontínuos	8	11,3	31	43,7	45,149	0,00**
Passos contínuos	32	45,1	-	-		
Direção						
Desvio nítido	9	12,7	31	43,7	42,644	0,00**
Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	27	38,0	-	-		
Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	4	5,6	-	-		
Tronco						
Balanço grave ou uso de apoio	29	40,8	31	43,7	10,088	0,01**
Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	11	15,5	-	-		
Distância dos tornozelos						
Tornozelos separados	24	33,8	26	36,6	4,778	0,02*
Tornozelos quase se tocam enquanto anda	16	22,5	5	7,0		

*p≤0,05; **p≤0,00

Recordamos que no início do programa as diferenças entre os grupos no que diz respeito ao equilíbrio não eram significativas, contudo, no fim assumem-se diferenças significativas entre o Grupo A e o Grupo B.

Em suma, pode-se afirmar que, em termos globais das medidas analisadas, as avaliações após a intervenção diferem significativamente entre o Grupo A e o Grupo B, sugerindo uma melhoria substancial nos doentes do Grupo A.

3.5. Evidência dos ganhos com o programa de intervenção

Depois de comprovar as diferenças entre o Grupo A e o Grupo B iremos agora validar os ganhos com o programa, comparando os dois grupos no início e no fim do programa.

Assim, no que toca à **escala de Glasgow**, procuramos analisar as pontuações médias dos dois grupos, no início e após a intervenção, conforme o Quadro 22 apresenta.

Quadro 22. Diferenças na escala de Glasgow, nos dois grupos, antes e após a intervenção

	Escala de Glasgow inicial		Escala de Glasgow final		<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP			
Grupo Intervenção (A) (n=40)	14,53	0,716	15,00	0,000	39	-4,198	0,00**
Grupo de Controlo (B) (n=31)	14,19	0,980	14,90	0,396	30	-4,062	0,00**

** $p \leq 0,00$

Verifica-se que, quer no Grupo A quer no Grupo B se regista uma melhoria no nível de consciência dos participantes. No Grupo A, a média da escala de Glasgow antes do programa era de 14,53 (DP=0,716) e no final 15 (DP=0,00, sendo estas diferenças estatisticamente significativas [$t(38)=-4,198$; $p=0,00$]. No Grupo B a média da escala de Glasgow antes do programa era de 14,19 (DP=0,98) e no final 14,90 (DP=0,40), sendo que estas diferenças também se mostraram estatisticamente significativas [$t(30)=-4,062$; $p=0,00$].

Ao se analisarem os valores obtidos pela escala de **força muscular** (MRC), verificamos que no Grupo A (Quadro 23) se registaram melhorias significativas nas avaliações do MSD ($p=0,00$), MID ($p=0,00$), MSE ($p=0,00$) e MIE ($p=0,00$), enquanto no Grupo B não se registam variações significativas entre os dois momentos de avaliação (MSD $p=0,31$; no MID $p=0,15$, no MSE e MIE $p=0,08$).

Quadro 23. Diferenças na MRC nos dois grupos, antes e após a intervenção

Força Muscular (MRC)	Grupo de intervenção (A) (n=40)			Grupo de controlo (B) (n=31)		
	<i>Mean Rank</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
MSD inicial e MSD final	136,00	-2,889	0,00**	1,00	-1,000	0,31
MID inicial e MID final	138,50	-2,987	0,00**	3,00	-1,414	0,15
MSE inicial e MSE final	276,00	-4,311	0,00**	6,00	-1,732	0,08
MIE inicial e MIE final	276,00	-4,276	0,00**	6,00	-1,732	0,08

**p<0,00

Ao considerarmos as médias e desvios padrões da **escala de espasticidade**, nos dois grupos, antes e após a intervenção (Quadro 24), constata-se que no Grupo A as médias do início do programa se apresentam superiores às médias obtidas após a intervenção. No Grupo B, verifica-se o oposto, ou seja, as médias superiores encontram-se nas avaliações após a intervenção.

Quadro 24. Médias e desvios padrões da escala de espasticidade, nos dois grupos, antes e após a intervenção

Espasticidade	Grupo de intervenção (A) (n=40)				Grupo de controlo (B) (n=31)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
MSD inicial	0,38	0,740	0	3	0,39	0,919	0	4
MSD final	0,13	0,409	0	1	0,87	1,360	0	5
MID inicial	0,38	0,740	0	3	0,39	0,919	0	4
MID final	0,08	0,267	0	1	0,87	1,360	0	5
MSE inicial	0,25	0,630	0	2	0,68	1,077	0	3
MSE final	0,05	0,221	0	1	1,26	1,154	0	3
MIE inicial	0,23	0,620	0	3	0,68	1,077	0	3
MIE final	0,05	0,221	0	1	1,29	1,131	0	3

Analisando as pontuações obtidas na escala de espasticidade (Quadro 25), verificamos que no Grupo A foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação antes e após o programa de reabilitação no MSD e MID ($p=0,00$) e MIE e MSE ($p=0,02$). No Grupo B os doentes pioraram significativamente quanto à espasticidade no MSD ($p=0,01$), no MID ($p=0,01$), no MSE ($p=0,01$) e no MIE ($p=0,00$).

Quadro 25. Diferenças na escala de espasticidade nos dois grupos, antes e após a intervenção

Espasticidade	Grupo de intervenção (A) (n=40)			Grupo de controlo (B) (n=31)		
	<i>Mean Rank</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
MSD inicial e MSD final	5,50	-2,972	0,00**	3,00	-2,354	0,01**
MID inicial e MID final	5,50	-2,972	0,00**	3,00	-2,354	0,01**
MSE inicial e MSE final	3,50	-2,271	0,02*	13,00	-2,462	0,01**
MIE inicial e MIE final	3,50	-2,333	0,02*	9,25	-2,828	0,00**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,00$

Considerando as pontuações obtidas na escala de autocuidado (**GAIA**) verificamos que no Grupo A (Quadro 26), antes do programa de reabilitação, se observa uma média de 46,00 (DP=6,316) e, no final, uma média de 147,65 (DP=19,763), sendo estas diferenças altamente significativas sob ponto de vista estatístico [$t(39)=-32,879$; $p=0,00$].

No Grupo B, a mesma avaliação obteve o valor de 44,13 (DP=0,718) na primeira avaliação e 48,06 (DP=12,407) na segunda avaliação, não se registando diferenças estatisticamente significativas [$t(30)1,778$; $p=0,08$].

Quadro 26. Diferenças na escala GAIA, nos dois grupos, antes e após a intervenção

	GAIA inicial		GAIA final		<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP			
Grupo Intervenção (A) (n=40)	46,00	6,316	147,65	19,763	39	-32,879	0,00**
Grupo de Controlo (B) (n=31)	44,13	0,718	48,06	12,407	30	-1,778	0,08

** $p \leq 0,00$

Por último, ao considerarmos as pontuações obtidas na escala de equilíbrio (**Índice de Tinetti**) verificamos que no Grupo A (Quadro 27), antes do programa de reabilitação, se observa uma média de 0,38 (DP=1,444) e, no final, uma média de 16,20 (DP=5,360), sendo estas diferenças altamente significativas sob ponto de vista estatístico [$t(39)=-20,745$; $p=0,00$].

No grupo de controlo a mesma avaliação obteve o valor de 0,35 (DP=0,709) na primeira avaliação e, 2,03 (DP=2,025) na segunda avaliação, registando-se diferenças estatisticamente significativas [$t(30)-5,096$; $p=0,00$].

Quadro 27. Diferenças no índice de Tinetti, nos dois grupos, antes e após a intervenção

	Índice Tinetti inicial		Índice Tinetti final		<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP			
Grupo Intervenção (A) (n=40)	0,38	1,444	16,20	5,360	39	-20,745	0,00**
Grupo de Controle (B) (n=31)	0,35	0,709	2,03	2,025	30	-5,096	0,00**

** $p \leq 0,00$

Em síntese confirmamos, pela análise dos dados, melhorias evidentes, ou seja significativas no Grupo A, antes e depois e alguns ganhos, nem sempre significativos no Grupo B.

3.6. Dos ganhos às evidências: Discussão dos resultados

Tendo em linha de consideração os resultados apresentados, em seguida, iremos discuti-los à luz dos objetivos inicialmente definidos. Neste sentido, procuramos analisar os indicadores clínicos iniciais (nível de consciência, força muscular, espasticidade, independência no autocuidado e equilíbrio corporal), nos dois grupos considerados.

Os principais resultados descritivos e inferenciais mostraram que, os dois grupos considerados apresentaram indicadores clínicos semelhantes, não havendo grandes diferenças entre eles. Globalmente, podemos dizer que, quer o Grupo A quer o Grupo B, apresentaram uma maior preponderância de AVC isquêmico. Estes resultados mostram-se congruentes com a diversa literatura que assinala uma maior prevalência de AVCs isquêmicos por comparação aos hemorrágicos (Barbosa, 2012; Branco e Santos, 2010; Hoeman, 2011; Leal, 2001; Rey Pérez, 2005).

Em ambos os grupos não foram encontrados indicadores de um comprometimento ao **nível da consciência**, recordando que um dos critérios de inclusão no presente estudo era ter capacidade de comunicar. Sá (2014) não apresenta nas manifestações clínicas alteração do estado de consciência, o que é confirmado pelo nosso estudo. Outros estudos mostram que nem sempre o nível de consciência se apresenta afetado após AVC (Braddom et al., 2010; Carvalhido e Pontes, 2009; Chawda et al, 2004; Goldstein et al., 2001; Monteiro, 2011; *National Stroke Association*, 2011; Ryerson, 2009; Silva, 2012; Spence e Barnett, 2013).

Relativamente à **força muscular**, ambos os grupos apresentaram uma amplitude normal e completa de movimentos nos membros superiores e inferiores direitos; não apresentaram movimento muscular nem articulação nos membros superiores do lado esquerdo, todavia, enquanto os doentes do Grupo A apresentaram movimentos normais no membro inferior esquerdo, os do Grupo B não apresentaram movimentos musculares nem articulações nesse membro, tendo esta diferença sido estatisticamente significativa. Estes resultados são congruentes com os diversos estudos que têm mostrado que o impacto do AVC na força muscular não é igual para todos os doentes (Cacho et al., 2004; Charles, 2006; Diz, 2012; Graça, 2015; Hoeman, 2011; Menoita, 2012; Monteiro, 2011).

Relativamente à **espasticidade**, verificou-se que, em ambos os grupos, os doentes apresentaram um tônus muscular normal em ambos membros direito e esquerdo (inferior e superior), mostrando-se, portanto, semelhantes neste indicador. De facto, estudos têm mostrado o impacto do AVC na espasticidade dos doentes (Abreu e Damasceno, 2009; Calota et al., 2008; Diz, 2012; Gonçalves, 2012; Graça, 2015; Hoeman, 2011; Menoita, 2012; Spence e Barnett, 2013).

No que diz respeito à **independência no autocuidado**, verificou-se que os doentes de ambos os grupos apresentaram, um comprometimento na maior parte das atividades básicas de vida diária consideradas, tal como se encontra presente em diversos estudos (Couto e Martins, 2012; Diógenes e Pagliuca, 2003; Diz, 2012; Hoeman, 2011; Huang et al., 2003; Menoita, 2012; Oliveira et al., 2013; Petronilho, 2012; Ricardo, 2012; Theuerkauf, 2000).

Por último, observou-se ainda que, relativamente ao **equilíbrio**, este mostrou-se comprometido nos dois grupos, tal como é sugerido em diversos estudos (Abreu e Caldas, 2008; Oliveira et al., 2013; Petiz, 2002; Petronilho, 2012; Silva et al., 2007).

Relativamente aos indicadores clínicos obtidos após a intervenção no Grupo A, os principais resultados descritivos e inferenciais mostraram, ao **nível da consciência**, uma melhoria desta, em ambos os grupos, sendo mais marcante no Grupo A, embora sem significância estatística. Estes resultados são congruentes com os estudos que mostram uma melhoria significativa no nível de consciência, após a reabilitação dos doentes (Braddom et al., 2010; Carvalhido e Pontes, 2009; Chawda et al., 2004; Goldstein et al., 2001; Monteiro, 2011; *National Stroke Association*, 2011; Ryerson, 2009; Silva, 2012; Spence e Barnett, 2013).

Relativamente à **força muscular**, observaram-se melhorias significativas nos membros superiores e inferiores, direitos e esquerdos, no Grupo A, por comparação ao Grupo B, o que é corroborado em diversos estudos que sustentam que a reabilitação promove uma melhoria significativa na força muscular dos doentes com AVC (Cacho et al., 2004; Charles, 2006; Diz, 2012; Graça, 2015; Hoeman, 2011; Menoita, 2012; Monteiro, 2011).

No que toca à **espasticidade**, observou-se, também, uma melhoria do tônus muscular nos doentes do Grupo A, por comparação aos do Grupo B, sendo estas diferenças significativas ao nível dos membros inferiores e superiores, direito e esquerdo, tal como é sugerido em diversos estudos que sublinham a importância dos programas de intervenção na melhoria da espasticidade dos doentes com AVC doentes (Abreu e Damasceno, 2009; Calota et al., 2008; Diz, 2012; Gonçalves, 2012; Graça, 2015; Hoeman, 2011; Menoita, 2012; Spence e Barnett, 2013).

Os indicadores relativos à **independência no autocuidado** mostraram, globalmente, uma melhoria significativa nos doentes do Grupo A, que se apresentaram mais independentes na realização dessas atividades, por comparação aos doentes do Grupo B. Estes resultados são congruentes com os diversos estudos que têm mostrado o impacto positivo da reabilitação em doentes com AVC na retoma da sua autonomia e independência (Couto e Martins, 2012; Diógenes e Pagliuca, 2003; Diz, 2012; Hoeman, 2011; Huang et al., 2003; Menoita, 2012; Oliveira et al., 2013; Petronilho, 2012; Ricardo, 2012; Theuerkauf, 2000).

Por último, no que diz respeito ao **equilíbrio**, observou-se que os doentes do Grupo A apresentaram, na sua maioria, uma melhoria altamente significativa em todos os diversos itens analisados, por comparação aos doentes do Grupo B, sendo estes resultados congruentes com os estudos que sublinham uma melhoria significativa no equilíbrio dos doentes com AVC, após a reabilitação (Abreu e Caldas, 2008; Oliveira et al., 2013; Petiz, 2002; Petronilho, 2012; Silva et al., 2007).

No que diz respeito aos ganhos advindos da implementação do programa de reabilitação, os resultados realizados com as medidas antes e depois, mostraram uma melhoria do **nível de consciência** dos doentes de ambos os grupos, sendo essa melhoria mais acentuada no Grupo A, por comparação ao Grupo B. Estes resultados são congruentes com os diversos estudos que assinalam uma melhoria ao nível da consciência, após reabilitação em doentes com AVC (Braddom et al., 2010; Carvalhido e Pontes, 2009;

Chawda et al, 2004; Goldstein et al., 2001; Monteiro, 2011; *National Stroke Association*, 2011; Ryerson, 2009; Silva, 2012; Spence e Barnett, 2013).

Relativamente à **força muscular**, o Grupo A mostrou melhorias significativas entre as avaliações do membro superior (direito e esquerdo) e no membro inferior esquerdo, enquanto no Grupo B não foram encontradas melhorias significativas, sendo estes resultados consonantes com os diversos estudos que sublinham ganhos na força muscular após reabilitação no AVC (Cacho et al., 2004; Charles, 2006; Diz, 2012; Graça, 2015; Hoeman, 2011; Menoita, 2012; Monteiro, 2011).

Ao nível da **espasticidade** foram identificadas melhorias significativas no Grupo A, em todas as medidas (antes e depois) consideradas, enquanto no Grupo B, os doentes pioraram significativamente quanto à espasticidade nos membros superior e inferior, direito e esquerdo. Estes resultados são corroborados por diversos estudos que têm enfatizado a importância da reabilitação ao nível da espasticidade nos doentes com AVC (Abreu e Damasceno, 2009; Calota et al., 2008; Diz, 2012; Gonçalves, 2012; Graça, 2015; Hoeman, 2011; Menoita, 2012; Spence e Barnett, 2013).

No que toca à **independência no autocuidado**, foi observado que o Grupo A apresentou melhorias significativas, entre a avaliação antes e depois da intervenção, sendo que não foram encontradas mudanças estatisticamente significativas no Grupo B. De facto, diversos estudos são unânimes ao afirmar a importância da reabilitação nos doentes com AVC, apresentando ganhos ao nível da autonomia e independência dos doentes (Couto e Martins, 2012; Diógenes e Pagliuca, 2003; Diz, 2012; Hoeman, 2011; Huang et al., 2003; Menoita, 2012; Oliveira et al., 2013; Petronilho, 2012; Ricardo, 2012; Theuerkauf, 2000).

Por último, o Grupo A apresenta uma melhoria altamente significativa ao nível do **equilíbrio**, antes e depois da intervenção, sendo que essas diferenças foram igualmente encontradas no Grupo B, sendo que estes resultados se encontram alinhados com os diversos estudos que mostram que a reabilitação aporta melhorias significativas ao nível do equilíbrio em doentes com AVC (Abreu e Caldas, 2008; Oliveira et al., 2013; Petiz, 2002; Petronilho, 2012; Silva et al., 2007).

Estes dados sugerem que o programa de intervenção realizado com os doentes com ACV se mostrou eficaz na sua reabilitação, nomeadamente ao nível da melhoria da sua independência na realização das atividades básicas de vida diária, força muscular, espasticidade, equilíbrio e nível de consciência.

São ainda congruentes com a ideia da importância dos programas de reabilitação em doentes com AVC, nomeadamente ainda em internamento (Charles, 2006; *European Stroke Organization*, 2008; *Royal College of London*, 2012; *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, 2010), que integram exercícios de mobilidade, de fortalecimento do tónus muscular, sensoriais e controlo postural com técnicas de posicionamento, equilíbrio, indução de restrições, estimulação sensorial e atividades terapêuticas ajustadas ao quadro clínicos dos doentes (Langhorne et al., 2005; Menoita, 2012; Petronilho, 2012).

De facto, aqui assume crucial importância a articulação de uma equipa especializada e multidisciplinar, que integra diversos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos e assistentes sociais (Ward et al., 2006). Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação assume aqui particular relevância, uma vez que ele poderá promover, desde logo, a reconstrução da autonomia do doente que se encontra condicionada após o AVC (Petronilho, 2012). Por conseguinte, é necessário que essa intervenção seja realizada precocemente, ainda no leito, como medida de prevenção da perda do condicionamento físico e melhoria dos défices de perceção e implicações associadas à marcha (Charles, 2006).

Importa ainda sublinhar que o processo de reabilitação não se confina ao internamento, sendo extensível na continuidade de cuidados, após a alta (Cacho et al., 2004; Langhorne et al., 2005; Menoita, 2012), pelo que nesta fase a família assume um papel fundamental (Andrade et al., 2009; Macedo, 2003; Martins, 2002; Menoita, 2012; OMS, 2011), para a promoção da qualidade de vida dos doentes.

CONCLUSÕES

O presente trabalho teve como principal objetivo analisar a eficácia de um programa de reabilitação desenvolvido pelo enfermeiro de reabilitação para doentes com AVC, no hospital Josina Machel-Maria Pia, em Angola.

Sobre os resultados, verificamos que os indicadores clínicos iniciais mostraram uma preponderância de AVC isquémico nos dois grupos considerados; ausência de comprometimento ao nível da consciência dos doentes; amplitude normal e completa de movimentos nos membros superiores e inferiores direitos, sem movimento muscular nem articulação nos membros superiores esquerdos; tônus muscular normal em ambos membros direito e esquerdo (inferior e superior); comprometimento na maior parte das atividades básicas de vida diária consideradas e, comprometimento ao nível do equilíbrio, em ambos os grupos. Estes indicadores mostraram que o Grupo A e o Grupo B eram semelhantes nestes indicadores, antes da intervenção.

Dos resultados de intervenção é de salientar que os indicadores clínicos mostraram uma melhoria no nível da consciência, em ambos os grupos, sendo mais marcante no Grupo A; melhorias significativas na força muscular, tônus muscular, atividades básicas de vida diária e equilíbrio nos doentes do Grupo A.

Podemos confirmar ganhos decorrentes da implementação do programa de reabilitação mostraram uma melhoria ao nível da consciência, em ambos os grupos, sendo mais acentuada no Grupo A; melhoria da força muscular no grupo dos doentes do Grupo A, não havendo melhorias significativas nos doentes do Grupo B; melhoria significativa do tônus muscular dos doentes do Grupo A, sendo que os doentes do Grupo B pioraram significativamente; melhoria significativa nas atividades básicas de vida diária do Grupo A, sendo que não foram encontradas mudanças estatisticamente significativas no Grupo B e, melhoria altamente significativa ao nível do equilíbrio, antes e depois, nos dois grupos.

Estes dados sublinham a eficácia do programa de reabilitação implementado, assegurando a importância de uma reabilitação precoce, ainda durante o internamento, em doentes sobreviventes de AVC. Na verdade, quando a reabilitação em doentes com AVC se inicia no período de 24 horas após o episódio, é possível uma recuperação mais rápida ao nível das atividades básicas de vida diária e, consequentemente, uma maior independência dos sobreviventes. A reabilitação precoce permite igualmente uma redução ao nível dos custos associados aos cuidados de saúde que os doentes acometidos por AVC necessitam.

Na nossa experiência profissional, constatamos que os programas de reabilitação após AVC, no contexto angolano, se afiguram como cruciais, por diversas razões. Em primeiro lugar, apontamos a escassez de recursos humanos: no hospital Josina Machel-Maria Pia, tal como em outros hospitais angolanos, a realidade mostra uma escassez de enfermeiros perante as necessidades crescentes, em matéria da saúde, por parte da população. Os enfermeiros deste hospital detêm tarefas distribuídas, não lhes restando muito tempo para outras intervenções adicionais. Não existem enfermeiros de reabilitação, sendo que esta é realizada por fisioterapeutas e nunca no período de internamento, mas após a alta.

Em segundo lugar, subsiste uma escassez ao nível dos recursos, não havendo grande flexibilidade para se pensarem em estratégias relativamente acessíveis, que podem ser igualmente funcionais na reabilitação dos doentes com AVC.

Em terceiro lugar, muitas situações de saúde pioram após o AVC, pelo facto de não haver grande sensibilidade ao nível da prestação de cuidados de saúde primários, como por exemplo a necessidade de realizarem-se exercícios de posicionamento antispásticos, que contrariem o padrão espástico decorrente do AVC. Por vezes, são procedimentos relativamente simples de serem implementados e não o são, pelo facto de não haver grande conhecimento nesta área.

Por conseguinte e, tendo em linha de conta estas constatações entendemos que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação detém uma grande responsabilidade neste contexto de intervenção. Ele poderá ser um elemento fundamental, quer para o doente, quer para a sua família, promovendo um conjunto de recomendações e práticas que poderão melhorar os resultados. De salientar que este profissional pode prestar os cuidados globais de saúde e orientar enfermeiros não especializados, como forma de assegurar a qualidade e continuidade dos cuidados e serviços prestados.

Atendendo aos resultados obtidos na presente investigação e ao impacto destes na vida dos doentes com AVC, não poderíamos deixar de assinalar algumas recomendações que consideramos pertinentes para uma reabilitação eficaz destes doentes na assistência em Angola, para que a reabilitação em doentes de AVC seja tida como uma prioridade na agenda dos profissionais de saúde, cabendo a estes o dever de a promover, divulgar e potenciar ainda no período de internamento destes doentes, pelo que é necessário implementar programas de reabilitação, nas 24 horas após o AVC isquémico e nas 72 horas após AVC hemorrágico, sendo que esta intervenção deveria ser assumida como prioritária e

recomendada médicos, em articulação com uma equipa de intervenção multidisciplinar. Devem ainda promover ações de formação e de sensibilização junto dos profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde primários, com intuito de reforçar as suas competências e melhorar a sua intervenção em campanhas de prevenção, tal como configurado no Plano de Desenvolvimento Sanitário.

É ainda crucial integrar os familiares dos doentes na sua reabilitação, ainda durante o internamento. Na verdade, no hospital onde decorreu a investigação, os familiares dos doentes com AVC podem obter uma autorização junto do médico, para permanecerem junto do seu familiar, 24 horas por dia. Nesse sentido estes familiares poderiam ser instruídos e ensinados nos cuidados dos seus familiares, como a realização do autocuidado. Ao serem ensinados e instruídos a fazê-lo, estariam a ser corresponsabilizados pela melhoria do seu familiar, participando ativamente na reabilitação dos seus défices e potenciando a sua independência, mesmo após a alta hospitalar.

Por último, é importante promover ações de sensibilização aos doentes, familiares e população em geral, para cuidados básicos ao nível da saúde, nomeadamente ao nível da pressão arterial, monitorização da diabetes *mellitus*, consumo abusivo de álcool, vida sedentária, consumo de tabaco, entre outros fatores externos modificáveis, que influenciam a emergência de AVC. De facto, Angola vive num cenário de saúde ainda precário, sendo que situações de doença como o AVC podem e devem ser evitadas. Neste sentido, a prevenção surge como princípio ético e deontológico de todos os profissionais de saúde, que devem divulgar e ensinar hábitos de vida saudável a toda a população, com o intuito de diminuir, drasticamente, os fatores de risco envolvidos no AVC. Uma política de prevenção concertada e global para todos, poderá ser uma medida eficaz na promoção de uma maior qualidade de vida na população angolana.

Apesar de este trabalho ter apontado para um conjunto de resultados positivos, ao longo da sua realização foram vivenciados inúmeros obstáculos e limitações, que acabaram por ser ultrapassados com empenhamento, dedicação e envolvimento. Um dos maiores constrangimentos sentidos remete-nos para a escassez de recursos materiais, sendo que estes constrangimentos foram ultrapassados com a decisão de utilizarmos materiais próprios, no sentido de salvaguardar a intervenção que nos propusemos realizar.

Salienta-se que embora com resultados demonstrem a utilidade da reabilitação, torna-se frágil, neste estudo, o tamanho da amostra, o não se ter controlado a data de

internamento e o programa ter sido executado apenas por uma enfermeira, que foi a investigadora.

Consideramos, ainda, que investigações futuras devem ser realizadas nos hospitais de Angola, que possam analisar a eficácia de programas de reabilitação em doentes com AVC, com o intuito de disseminar a importância destes junto de todos os organismos responsáveis pela saúde em Angola, bem como desenvolver planos de formação para os enfermeiros, fisioterapeutas e familiares dos doentes.

Para nós, a realização deste trabalho foi gratificante, uma vez que nos permitiu um desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, sublinhando a nossa intervenção como uma mais-valia na melhoria da qualidade de vida dos doentes com quem interagimos. A nossa intervenção, enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação neste contexto, foi assumida por parte da equipa multidisciplinar existente no hospital, como crucial para se compreender que a reabilitação do doente com AVC ainda no período de internamento, pode gerar ganhos que outrora eram desvalorizados ou desconhecidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, S.; CALDAS, C. - Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: Um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12, (2008), pp. 324-330.
- ABREU, Susana; DAMASCENO, António - Ajuda AVC - Manual online do cuidador. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, Vol. 17, (2009), pp. 49-50. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: <http://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/download/62/68>.
- ADAMS, Harold; ZOPO, Gregory; ALBERTS, Mark, et al. - Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. *Stroke*, Vol. 38, (2007), p. 1676.
- AMARAL, Isabel - *Posicionamento do doente após o AVC*, 2008. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: <http://ajudaavc.net/index.php/posicionamentos?format=pdf>
- AMARAL, N. - Assistência domiciliar à saúde: Sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Revista Neurociências*, 9, (2001), pp. 111-117.
- ANDRADE, Luciane; COSTA, Maria de Fátima; CAETANO, Joselany, et al. - A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43, (2009), pp. 37-43.
- ANGONOTÍCIAS - *AVC atinge cada vez mais pessoas em Angola*, 2013. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: <http://www.angonoticias.com/Artigos/item/40397/avc-atinge-cada-vez-mais-pessoas-em-angola>
- ANGONOTÍCIAS - *Doenças cardiovasculares estão a aumentar em Angola*, 2012. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: <http://www.angonoticias.com/Artigos/item/36377/doencas-cardiovasculares-estao-a-aumentar-em-angola>
- BARBOSA, Maria - *Custos e efetividade da reabilitação após acidente vascular cerebral - uma revisão sistemática*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2012.
- BEJOT, Y., DAUBAIL, B.; GIROUD, M. - Epidémiologie et pronostic de l'accident vasculaire cérébral du sujet jeune. *Revue du Praticien*, Vol. 63, (2013), pp. 926-929.

- BEJOT, Y., DAUBAIL, B.; JACQUIN, A., et al. - Trends in the incidence of ischemic stroke in young adults between 1985 and 2011: The Dijon Stroke Registry. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, Vol. 85, (2014), pp. 509-513.
- BENNER, P. - *De iniciado a perito; excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Lisboa: Quarteto, 2001.
- BRADDOM, Randall; LEIGHTON, Chan; HARRAST, Mark - *Physical medicine and rehabilitation*. USA: Saunders/Elsevier, 2010.
- BRANCO, T.; SANTOS, R. - *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau, 2010.
- BROWN, A.; KING, D. - Urgências neurológicas. In SHEEHY, Susan - *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática*. Loures, Lusociência, (2011), pp. 514-547.
- CACHO, E.; MELO, F.; OLIVEIRA, R. - Avaliação da recuperação motora de doentes hemiplégicos através do protocolo de desempenho físico Fugl-Meyer. *Revista Neurociências*, 12, (2004), Abril/junho.
- CALOTA, A.; FELDMAN, A.; LEVIN, M. - Spasticity measurement based on tonic stretch reflex threshold in stroke using a portable device. *Clinical neurophysiology: Official Journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 119(2008), pp. 2329-2337.
- CARVALHIDO, Teresa; PONTES, Manuela - Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, (2009), pp. 140-150.
- CÉSPEDES, J.; LAPEDRIZA, N.; VALERO, C., et al. - *Fatores de prognóstico en los traumatismos craneoencefalicos*. *Revista de Neurologia*, 32, (2001), pp. 351-364.
- CHARLES, André - *Manual de AVC* (2ª ed.). S. Paulo: Revinter, 2006
- CHAWDA, M.; HILDEBRAN, F.; PAPE, H., et al. - Predicting outcome after multiple trauma: Which scoring system? *Injury*, 35, (2004), pp. 348-358.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. - *Classificação internacional para a prática de enfermagem (versão 2)*, 2010. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>

- COUTO, Glória; MARTINS, Teresa - *Autonomia/independência no autocuidado: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012.
- DANESI, M.; OKUBADEJO, N.; OJINI, F. - Prevalence of stroke in an urban, mixed income community in Lagos, Nigeria. *Neuroepidemiology*, Vol. 28, (2007), pp. 216-223.
- DE WIT, L.; PUTMAN, K.; LINCOLN, N., et al. - Stroke rehabilitation in Europe: What do physiotherapists and occupational therapists actually do? *Stroke*, 37, (2006), pp. 1483-1489.
- DECRETO-LEI n.º 45908, de 10 de setembro de 1964. *Diário do Governo* n.º 213/1964, série I.
- DIÓGENES, Maria Albertina; PAGLIUCA, Lorita - Teoria do autocuidado: Análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Vol. 24, (2003), pp. 286-293.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Acidente vascular cerebral: Itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel, 2010.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Doenças cérebro-cardiovasculares em números - 2014: Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares*. Lisboa, DGS, 2014.
- DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA - *Política nacional de saúde*. Luanda: Ministério da Saúde de Angola, 2009.
- DIZ, Elizabete - *Avaliação da quantidade e qualidade do uso do membro superior parético em contexto domiciliário em indivíduos vítimas de AVC da Escala Motor Activity Log*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Superior de Bragança, 2012.
- DOYLE, K.; SIMON, R.; STENZEL-POORE, M. - Mechanisms of ischemic brain damage. *Neuropharmacology*, Vol. 55, (2008), pp. 310-318.
- EKMAN, M. - Economic evidence in stroke: A review. *European Journal of Health Economy*, Vol. 1, (2004), pp. 74-83.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO - *Atividade motora*, 2012. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.down_ficheiro?file=F1574476145/PL_AtivMotora_Procedimentos_Exercicios_2012.pdf.

- EUROPEAN STROKE ORGANIZATION. - *Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008*, 2008. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/ESO08_Guidelines_Original_english.pdf
- FERRO, J., PIMENTEL, J. - *Neurologia: Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa: Lidel, 2006.
- FLANNERY; BULACZA, - *Enfermagem médico-cirúrgica perspetiva de saúde e doença*. Lusodidacta. Capítulo 49
- FOERCH, C.; MONTANER, J.; FURIE, K., et al. - Searching for oracles? Blood biomarkers in acute stroke. *Neurology*, 73, (2009), pp. 393-399.
- FORTIN, M.F. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- FREITAS, Elisabete - *Tratado de geriatria e gerontologia*. S. Paulo: Nova Guanabara, 2011.
- FREIXO, M. - *Metodologia científica: Fundamentos, métodos e técnicas* (3ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget, 2011.
- GILES, M.; ROTHWELL, P. - Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology*, Vol. 30, (2008), pp. 205-206.
- GOLDSTEIN, L.; ADAMS, R.; BECKER, K., et al. - Primary prevention of ischemic stroke. A statement for healthcare professionals from the stroke council of the American Heart Association. *Stroke*, Vol. 32, (2001), pp. 280-299.
- GONÇALVES, Lorena - Reabilitar para integrar. *Saber viver*, (2012), pp. 55-56.
- GRAÇA, Sandra - *Mobilização precoce no doente pós AVC, uma revisão sistemática da literatura*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, 2015.
- GREENBERG, David; AMINOFF, Michael; SIMON, Roger - *Neurologia clínica*. S. Paulo: McGraw-Hill, 2014.
- GUO, J.; LIU, A.; SU, D. - Genetics of stroke. *Acta Pharmacologica Sinica*, Vol. 31, (2010), pp. 1055-1064.
- HACKE, W., et al. - AVC isquémico: Profilaxia e tratamento. European stroke initiative recommendations, 2003. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em:

http://www.congrex-switzerland.com/fileadmin/files/2013/eso-stroke/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf

HACKETT, M.; ANDERSON, C.; HOUSE, A. - Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, (2004), CD003437.

HANSON, Shirley - *Enfermagem de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. Lisboa: Lusodidacta, 2005.

HARDIE, K.; HANKEY, G.; JAMROZIK, K., et al. - Ten-year risk of first recurrent stroke and disability after first-ever stroke in the Perth Community Stroke Study. *Stroke*, Vol. 35, (2004), pp. 731-735.

HESBEEN, Walter - *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociências, 2003.

HOEMAN, Shirley - *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures: Lusodidacta, 2011.

HUANG, Y., WU, C., LIN, K., et al. - Determinants of change in stroke specific quality of life after distributed constraint-induced therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, (2013), pp. 54-63.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Projeção anual da população total por província e género, Angola, 2015*. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: <http://www.ine.gov.ao/xportal/xmain?xpid=ine&xpgid=boardmain2&xlang=PT&indId=10558826>

JOSEPH, F.; SCOLDING, N. - Cerebral vasculitis: A practical approach. *Practical Neurology*, Vol. 2, (2002), pp. 80-93.

KJELLSTRÖM, T.; NORRVING, B.; SHATCHKUTE, A. - *Helsingborg declaration 2006 on European stroke strategies*, 2006. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Helsingborg_Declaration_06.pdf

LABOVITZ, D.; BODEN-ALBALA, B.; HAUSER, W., et al. - Lacunar infarct or deep intracerebral hemorrhage: Who gets which? The Northern Manhattan Study. *Neurology*, Vol. 68, (2007), pp. 606-608.

LANGHORNE, P.; TAYLOR, G.; MURRAY, G., et al. - Early supported discharge services for stroke patients: A meta-analysis of individual patients' data. *Lancet*, 11, (2005), pp. 501-506.

- LE CAVORZIN, P.; HERNOT, X.; BARTIER, O., et al. - A computed model of the pendulum test of the leg for routine assessment of spasticity in man. *ITBM-RBM*, 22(2001), pp. 170-177.
- LEAL, F. - *Intervenções de enfermagem no acidente vascular cerebral*. Coimbra: Editora Formasau, 2001.
- LEYS, D., KWIECINSKI, H., BOGOUSLAVSKY, K., et al. - Prevention. Recommendations for stroke management: Update 2003. *Cerebrovascular Diseases*, Vol. 17, (2004), pp. 15-29.
- LIEBESKIND, D. - Collateral circulation. *Stroke*, Vol. 34, (2003), pp. 2279-2284.
- LUNDY-EKMAN, L. - *Neurociência – fundamentos para a reabilitação*. São Paulo. Elsevier Editora, 2008.
- MACEDO, E. - Cuidado domiciliar na atenção primária. Sobral: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Vale de Acaraú, 2003.
- MARTINS, Maria Manuela - *Uma crise acidental na família - O doente com AVC*. Coimbra, Formasau, 2002.
- MARTINS, Teresa - *Acidente vascular cerebral, qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau e Saúde, 2006.
- MCKINNEY, M.; BLAKE, H.; TREECE, K., et al. - Evaluation of cognitive assessment in stroke rehabilitation. *Clinical rehabilitation*, 16, (2002), pp. 129-136.
- MELCON, C.; MELCON, M. - Prevalence of stroke in an Argentina community. *Neuroepidemiology*, Vol. 27, (2006), pp. 81-88.
- MENOITA, Elsa - *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Editora Lusociência, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2015*, vol. 2, 2012. [Consultado em 2 de novembro 2015]. Disponível em: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Angola/angola_pnds_2012_2025_vol_22.pdf
- MONTEIRO, Andreia - *Qualidade de vida em indivíduos com sequelas de acidente vascular cerebral*. Dissertação de Mestrado. Vila Nova de Gaia: Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto, 2011.

- NATIONAL STROKE ASSOCIATION - *Rehabilitation therapy after a stroke*, 2011. [Consultado em 15 outubro 2016]. Disponível em: <http://www.stroke.org/we-can-help/stroke-survivors/just-experienced-stroke/rehab>
- O'SULLIVAN, S.B.; SCHIMITZ, T.J. - *Fisioterapia: Avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole, 2005.
- OLIVEIRA, A., ARAÚJO, T., COSTA, A., et al. - Evaluation of patients with stroke monitored by home care programs. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 47, (2013), pp. 1143-1149.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*, 2010. [Consultado em 11 maio 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentaoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*, 2011. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Rede nacional de cuidados continuados integrados: Referencial do Enfermeiro*, 2009. [Consultado 11 maio 2016] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rncci%20-%20v.final%20referencial%20do%20enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>
- OREM, D. - *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). Saint Louis: Mosby, 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Consulta ministerial da região africana da OMS sobre doenças não transmissíveis*, 2011. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em <file:///C:/Users/HP/Downloads/ncds-background-portuguese.pdf>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Manual STEPS de acidentes vasculares cerebrais da OMS: Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*, 2006. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manualpo.pdf>
- PAIS-RIBEIRO, José Luís - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Placebo Editora, 2010.
- PATERNOSTRO-SLUGA, T.; GRIM-STIEGER, M.; POSCH, M., et al. - Reliability and validity of the Medical Research Council (MRC) scale and a modified scale for testing muscle

- strength in patients with radial palsy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, (2008) pp. 665-71.
- PESTANA, M.; GAGEIRO, J. - *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
- PETIZ, E. - *Atividade física, equilíbrio e quedas - Um estudo em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 2002.
- PEREIRA, Paula Regina - *Vivências do cuidador informal de doentes após AVC: Um Desafio à gestão de serviços/cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2012.
- PETRONILHO, Fernando - *Autocuidado: Conceito central da enfermagem* (1ª ed.). Coimbra: Formasau, 2012.
- PINTO, Anabela Mota - *Fisiopatologia, fundamentos e aplicações*. Lisboa: LIDEL, 2007.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - *Relatório do desenvolvimento humano 2015: O trabalho como motor do desenvolvimento humano*, 2015. [Consultado em 11 fevereiro 2016]. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_overview_pt.pdf
- QUEIRÓS, Paulo - Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 21, (2010), pp. 5-7.
- QUEZA, Armindo - *Sistema de saúde em Angola: Uma Proposta à luz da reforma do serviço nacional de saúde em Portugal*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010.
- REGULAMENTO n.º 122/2011, de 18 de fevereiro de 2011. *Diário da República*, 2ª série, n.º 35: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.
- REGULAMENTO n.º 125/2011, de 18 de fevereiro de 2011. *Diário da República*, 2ª série, n.º 35: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.
- REY PÉREZ, A. - *Emergencias neurológicas*. España: Elsevier, 2005.
- RICARDO, Rui - *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de enfermagem de*

- reabilitação*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Escola superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, 2012.
- ROCHA, S. - *Doença cerebrovascular isquémica aguda - Avaliação de protocolo de trombólise*. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2008.
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. - *National clinical guideline for stroke* (4th ed.), 2012. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: <https://www.nottingham.ac.uk/emahsn/documents/stroke-idocumentroyalcollegeofphysiciansnationalclinicalguidelineforstroke.pdf>
- RYERSON, S. - *Reabilitação neurológica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, pp. 769-811.
- SÁ, Maria José. - *Neurologia clínica - Compreender as doenças neurológicas*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa, 2014.
- SALGUEIRO, H. - Fatores de risco e AVC nos idosos. *Revista Sinais Vitais*, (2008), pp. 52-56.
- SANTOS, Ana Rita - *Neurónios motores e a sua implicação na reabilitação do AVC*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2011.
- SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. - *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. A national clinical guideline*, 2010. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>
- SILVA, A. - *AVC - O essencial da saúde*. Porto: Quidnovi, 2007.
- SILVA, A. - Vasculitis of the nervous system. *Journal of Neurology*, Vol. 248, (2001), pp. 451-468.
- SILVA, A.; ALMEIDA, G.; CASSILHAS, R., et al. - Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte*, 14, (2007), pp. 88-93.
- SILVA, Rui Pedro - *Efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio à pessoa em situação de AVC*. Dissertação de Mestrado. Santarém: Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Santarém, 2012.
- SPENCE, David; BARNETT, Henry - *Acidente vascular cerebral: Prevenção, tratamento e reabilitação*. S. Paulo: MCGRAW HILL, 2013.
- STROKE UNIT TRIALIST'S COLLABORATION. - Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database System Review*, 17, (2007), CD000197.

- THEUERKAUF, Anaise - Autocuidado e atividades da vida diária. In HOEMAN, Shirley - *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo* (2ª ed.). Lisboa: Lusociência, (2000), pp. 173-207.
- TRUELSEN, T.; EKMANB, M.; BOYSENA, G. - Cost of stroke in Europe. *European Journal of Neurology*, Vol. 12, (2005), pp. 78-84.
- VAN DE VIJVER, Steven; AKINYI, Hilda; OTI, Samuel; KYOBUTUNGI, Catherine - *O impacto das doenças não transmissíveis e doenças tropicais negligenciadas no desenvolvimento de África: Relatório da situação da hipertensão em África*, 2013. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: <http://www.carmma.org/sites/default/files/PDF-uploads/Background%20Report%20on%20Hypertension%20-%20Portuguese.pdf>
- VAN PEPEN, R.; KWAKKEL, G.; WOOD-DAUPHINEE, S., et al. - The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: What's the evidence? *Clinical Rehabilitation*, 18, (2004), pp. 833-862.
- VERÍSSIMO, Diamantino - *Guia para a família e cuidadores informais: Cuidar da pessoa após acidente vascular cerebral*. Lisboa: Hospital de Santa Maria, Serviço de neurologia, 2010.
- WARD, Anthony; GUTENBRUNNER, Christoph; CHAMBERLAIN, M. Anne - *Livro branco de medicina física e de reabilitação na Europa*, 2006. [Consultado em 15 outubro 2015]. Disponível em: http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Helsingborg_Declaration_06.pdf
- WRAIGE, E., HAJAT, C., JAN, W., et al. - Ischaemic stroke subtypes in children and young adults. *Developmental Medicine & Child Neurology*, Vol. 45, (2003), pp. 229-232.

Anexos

Anexo I - Instrumento de Recolha de Dados

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Rosária Francisco Sebastião, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola superior de Enfermagem do Porto.

Estamos a desenvolver um estudo denominado:

Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a Doentes com Acidente Vascular Cerebral AVC - Eficácia de um programa

As razões para o nosso estudo, partem da evidência de que embora o grau de recuperação dependa da extensão e da localização do AVC, ele é muito influenciado pela qualidade do tratamento recebido no hospital e em casa. Isso inclui a prevenção e o tratamento de complicações.

Este trabalho pretende, de alguma forma, contribuir para uma melhoria dessa monitorização desses ganhos pelo que me parece de grande importância para os cuidados de Enfermagem de Reabilitação e para os cidadãos que deles usufruem.

Este Instrumento deverá ser preenchido no ato de avaliação inicial e avaliação final a doentes com AVC, internados no serviço (A) de Neurologia que serão intervencionados e no serviço (B) Medicina que será o grupo de controlo do Hospital Josina Machel, e está dividido em três partes.

PARTE A – Dados sócio - demográficos;

PARTE B – Avaliação superior das Funções Nervosas com recurso à **Escala de Glasgow**. No início do internamento e no final

PARTE C – Avaliação da Mobilidade e Caracterização das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizados face a cada autocuidado no início do internamento e no final.

Claro que sem a sua colaboração este trabalho nunca poderá ser realizado, pelo que agradecemos desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Todos os dados fornecidos serão confidenciais. Em caso de dúvidas, poderá contactar o investigador através do seguinte endereço eletrónico: **rosaria.mae4@gmail.com**

Obrigada pela vossa colaboração.

Parte A

Dados sócio – demográficos

1 – **Género:** Masculino () Feminino ()

2 – **Anos** (completos de idade) _____

Data de Admissão ____/____/____ Data da Alta ____/____/____

3 – **Estado civil:** Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () União de facto ()

4 – **Escolaridade:** Base () Médio () Universitário ()

5 – **Proveniência** _____

Parte B

1 - **Patologia:** TIPO de AVC: Isquémico () Hemorrágico () Outra _____

2 - **Score Escala de Glasgow:** Inicial ____/____/____ ()

Final ____/____/____ ()

3 – **Escala Força Muscular / Escala de Espasticidade**

Escalas	Início				Fim			
Council	MSD	MID	MSE	MID	MSD	MID	MSE	MID
Ashworth	MSD	MID	MSE	MID	MSD	MID	MSE	MID

4 - **Escala Avaliação das AVD'S - Gaia**

Inicial ____/____/____ () Final ____/____/____ ()

5 - **Escala Equilíbrio corporal Tinetti**

Inicial ____/____/____ () Final ____/____/____ ()

GRAU DE AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO - GAIA-

Assinale com um X a resposta mais adequada, sendo que:

1-Dependente O doente está totalmente impossibilitado de colaborar		2-Ajuda moderada O doente inicia a atividade mas requer ajuda de terceiros na maior parte da realização da tarefa.		3- Ajuda mínima O doente faz a atividade mas necessita de incentivo e/ou supervisão (como medida de confiança e/ou por precaução de segurança) com ou sem recurso a produtos de apoio				4-Independente O doente é independente com ou sem recurso a produtos de apoio			
		Início				Fim					
	Dimensões	1	2	3	4	1	2	3	4		
Higiene e arranjo Pessoal	Lavar o rosto										
	Pentear-se										
	Cuidado com as unhas do pé										
	Cuidado com as unhas da mão										
	Higiene oral										
	Colocar creme / Fazer barba										
Tomar Banho	Entrar/sair do chuveiro										
	Abrir/fechar torneira e preparar a água										
	Obtenção e uso dos materiais (sabão/esponja)										
	Lavar/secar parte superior do corpo										
	Lavar /secar parte inferior do corpo										
Uso de sanitário	Transferência/deslocação										
	Aprontar vestuário										
	Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)										
	Higiene das mãos										
Levantar/deitar na cama	Rodar										
	Ergue-se										
	Pôr-se de pé										
	Deitar										
Transferir	Cama/cadeira										
	Cadeira/cama										
	Cadeira/cadeira										
	Sentar										
	Levantar										
Andar	Manter-se de pé, faz carga nos membros inferiores (com ou sem apoio de auxiliar de marcha)										
	Segurar-se de pé, em equilíbrio (com ou sem auxiliar de marcha)										
	Dar pequenos passos (com ou sem auxiliar de marcha)										
	Deambula (com ou sem auxiliar de marcha)										
Subir/descer escadas	Subir degraus (com ou sem auxiliar de marcha)										
	Descer degraus (com ou sem auxiliar de marcha)										
Alimentar	Requerer/pedir comida										
	Manipulação de utensílios (garfo, copo, colher)										
	Cortar os alimentos/barrar a manteiga										
	Levar os alimentos à boca										
	Mastigar										
	Engolir										
Vestir	Seleção e organização de roupas e acessórios										
	Vestir/despir parte superior										
	Vestir/despir parte inferior										
	Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)										
Controlo vesical	Comunicar a vontade de urinar										
	Continência Urinária										
Controlo intestinal	Comunicar a vontade de evacuar										
	Continência fecal										

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO - ÍNDICE DE TINETTI

Avaliação			Início	Fim
1. Equilíbrio sentado	*Escorrega *Equilibrado	0 1		
2. Levantando	*Incapaz *Usa os braços *Sem os braços	0 1 2		
3. Tentativa de levantar	*Incapaz *Mais de uma tentativa *Única tentativa	0 1 2		
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	*Desequilibrado *Estável mas usa suporte *Estável sem suporte	0 1 2		
5. Equilíbrio em pé	*Desequilibrado *Suporte ou base de sustentação (> 12cm) *Sem suporte e base estreita	0 1 2		
6. Teste de tempos	*Começa a cair *Agarra ou balança os braços *Equilibrado	0 1 2		
7. Olhos fechados	*Desequilibrado, instável *Equilibrado	0 2		
8. Girando a 360(gra)	*Passos descontínuos *Passos contínuos *Instáveis (desequilibrado) *Instáveis (equilibrado)	0 1 0 1		
9. Sentado	*Inseguro (erra a distância, cai na cadeira) *Usa os braços ou movimentação abrupta *Seguro, movimentação suave	0 1 2		
10. Início da marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar Sem hesitação	0 1		
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé Direito -Não ultrapassa o pé esquerdo -Ultrapassa o pé esquerdo -Não sai completamente do chão -Sai completamente do chão b) Pé esquerdo -Não ultrapassa o pé direito -Ultrapassa o pé direito -Não sai completamente do chão -Sai completamente do chão	0 1 0 1 0 1 1 0 1 0 1		
12. Simetria dos passos	Passos diferentes Passos semelhantes	0 1		
13. Continuidade dos passos	Parados ou passos descontínuos Passos contínuos	0 1		
14. Direção	Desvio nítido Desvio leve ou moderado ou uso de apoio Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	0 1 2		
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	0 1 2		
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados Tornozelos quase se tocam enquanto anda	0 1		

ESCALA DE ESPASTICIDADE DE ASHWORTH (MODIFICADA)

Grau	Observações Clínicas	Início	Fim
0	Tónus Muscular Normal		
1	Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por tensão momentânea ou resistência mínima no final da amplitude do movimento articular, quando a região afetada é movida em flexão ou extensão		
1+	Ligeiro aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta seguida da resistência mínima, em menos da metade da amplitude de movimento restante.		
2	Aumento mais acentuado no tónus muscular durante a maioria da amplitude de movimento, mas as partes afetadas são facilmente movidas.		
3	Aumento considerável do tónus muscular, movimento passivo difícil.		
4	Partes afetadas rígidas na flexão ou na extensão		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			Início	Fim
Abertura dos olhos	Espontânea	4		
	Ao comando verbal	3		
	A dor	2		
	Fechados	1		
Resposta Motora	Obedece comandos	6		
	Localiza a dor	5		
	Flexão retirada a dor	4		
	Flexão anormal a dor	3		
	Extensão a dor	2		
	Não mexe	1		
Resposta verbal	Orientada	5		
	Confusa	4		
	Palavras inapropriadas	3		
	Sons incompreensíveis	2		
	Nenhuma	1		
PONTUAÇÃO (O + M + V) 3 a 15				

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR - COUNCIL**Medical Research Council (MRC Scale, 1943)**

Não apresenta movimento muscular nem articular. Não se observa contração muscular-paralisia total	0
Não usa o músculo para mover a articulação: percebem-se apenas pequenas contrações musculares, mas sem movimento	1
Amplitude completa de movimento, mas sem vencer a gravidade	2
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade, mas não uma resistência mínima adicional	3
Amplitude completa do movimento, vence a gravidade com alguma resistência adicional	4
Amplitude normal e completa dos movimentos – força normal	5

Anexo II - Programa de Reabilitação

Caraterização das intervenções de enfermagem de reabilitação face a cada auto cuidado

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação realizadas

1- Nunca (Atividade de não recomendada para a situação do doente)	2-Uma vez por semana	3-Duas/três vezes por semana	4-Diariamente
--	----------------------	------------------------------	---------------

Atividades	1	2	3	4
Executar exercícios de exercitação articular e muscular dos membros superiores,/inferiores e tronco				
Executar a técnica de exercícios de correção postural				
Executar técnica de exercitação músculo articular dos membros superiores, inferiores e tronco				
Ensino/instrução/treino sobre estratégias a exercitação articular dos membros superiores, inferiores e do tronco				
Ensinar e treinar sobre exercícios de correção postural				
Aconselhar sobre equipamento adaptativo				
Elogia a aprendizagem de capacidades				
Ensino/instrução /treino sobre transferência para				
Elogia a aprendizagem de capacidades				
Dar tempo para executar a atividade				
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas uso de sanitário				
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir no uso de sanitário				
Aconselhar sobre equipamento adaptativo				
Ensino/instrução /treino sobre transferência para sanita/cadeira Sanita				
Execução de exercícios de treino de equilíbrio				
Elogia a aprendizagem de capacidades				
Dar tempo para executar a atividade				
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas levantar/deitar				
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir para levantar/deitar				
Executar exercício musculo-articulares deitado (Ponte, rolar, dissociação de cintura; erguer, carga no cotovelo)				
Executar treino de equilíbrio sentado				
Elogia a aprendizagem de capacidades				
Dar tempo para executar a atividade				
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas na transferência				
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir na transferência				
Aconselhar sobre equipamento adaptativo				
Ensino/instrução/treino na utilização de equipamento adaptativo				
Ensinar e treinar técnica de transferência cama/cadeira/cama				
Execução de exercícios de treino de equilíbrio de pé e sentado				
Ensino/instrução/treino de Correção postural (sentado)				
Elogia a aprendizagem de capacidades				
Dar tempo para executar a atividade				
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas na marcha				
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir na marcha				
Executar exercícios de exercitação musculo-articular dos membros inferiores e tronco + exercícios de carga nos membros inferiores				
Ensinar/instruir/treinar técnica de marcha				
Executar exercícios de coordenação motora dos membros inferiores				
Ensinar/Instruir e treinar sobre exercícios de correção postural				
Execução de exercícios de treino de equilíbrio de pé				

Atividades	1	2	3	4
Aconselhar sobre calçado adequado na marcha				
Aconselhar sobre auxiliar de marcha				
Ensinar/instruir/treinar técnica de marcha com auxiliar de marcha				
Elogia a aprendizagem de capacidades				
Dar tempo para executar a atividade				
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas para subir e descer escadas				
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir a subir e descer escadas				
Aconselhar sobre equipamento adaptativo				
Executar exercícios de excitação muscular-articular dos membros inferiores e tronco				
Execução de exercícios de treino de equilíbrio				
Ensinar/instruir/treinar técnica de subir e descer escadas com auxiliar de marcha				
Ensinar/instruir/treinar técnica de subir e descer escadas				
Elogia a aprendizagem de capacidades				
Dar tempo para executar a atividade				
Ensino/instrução/treino sobre estratégias adaptativas para alimentar-se				
Ensino/instrução/Treinar do prestador de cuidados a assistir no alimentar-se				
Aconselhamento sobre consistência da dieta alimentar				
Aconselhar sobre equipamento adaptativo				
Ensino/instrução/treino na utilização de equipamento adaptativo				
Executar técnica de excitação muscular da face e cavidade oral				
Executar técnica de estimulação sensitiva da face e cavidade oral				

Anexo III - Focos do Programa

PROGRAMA DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO A DOENTES COM AVC

O programa foi delineado por focos de forma a responder ao autocuidado.

Foco: Capacidade para mobilizar-se comprometida

Intervenções	Frequência	Enfermeiros	Enfermeiro Especialista	Observações
Posicionar em padrão antispástico	8 Vezes/dia	X	X	
Mobilizações passivas de todos os segmentos do corpo	1 Vez / Dia		X	Inicia por cinco execuções e aumenta progressivamente de acordo com a capacidade do doente
Mobilizações ativas assistidas de todos os segmentos do corpo	1 Vez / Dia		X	Inicia de acordo com as capacidades de mobilização de cada segmento do corpo
Mobilizações ativas de todos os segmentos do corpo	1 Vez / Dia		X	Inicia por cinco execuções e aumenta progressivamente de acordo com a capacidade do doente

Foco: Capacidade para andar comprometida

Intervenções	Frequência	Enfermeiros	Enfermeiro Especialista	Observações
Treino a ponte	1 Vez / Dia		X	Inicia por duas execuções e aumenta progressivamente de acordo com a capacidade do doente
Treino de Gancho	1 Vez / Dia		X	
Treino de posição ereta	1 Vez / Dia		X	Após indicação médica
Treino de equilíbrio em pé	1 Vez / Dia		X	
Treino de postura em frente ao espelho	1 Vez / Dia		X	

Foco: Equilíbrio comprometido

Intervenções	Frequência	Enfermeiros	Enfermeiro Especialista	Observações
Treino de Exercícios de rolar	1 Vez / Dia		X	
Treino de equilíbrio sentado	1 Vez / Dia		X	
Treino de equilíbrio em pé	1 Vez / Dia		X	

Foco: Espasticidade instalada ou risco de espasticidade

Intervenções	Frequência	Enfermeiros	Enfermeiro Especialista	Observações
Avaliação da espasticidade	1 Vez/dia		X	
Aplicação das talas de Margaret	1 Vez/dia		X	20 minutos
Mobilização Passiva	1 Vez/dia		X	Inicia por duas execuções e aumenta progressivamente de acordo com a capacidade do doente
Retirar talas de Margaret	1 Vez/dia		X	

Foco: Alimentar-se comprometida

Intervenções	Frequência	Enfermeiros	Enfermeiro Especialista	Observações
Mobilização do membro afetado	1 Vez/dia		X	Durante o internamento começando por 5 execuções e aumenta progressivamente
Posicionar sentado	As refeições	X	X	
Ajudar na alimentação de acordo com a capacidade do doente	As refeições	X		Durante o internamento até que ele possa adaptar-se com novos meios
Treino da deglutição	Antes da intervenção	X	X	Primeira Avaliação p/especialista
Massagem facial	Diária		X	
Incentivar o movimento articular ativo do membro superior	Diária		X	

Foco: Autocuidado no uso de sanitário comprometido

Intervenções	Frequência	Enfermeiros	Enfermeiro Especialista	Observações
Vigiar a eliminação intestinal	Diária	X		
Vigiar a eliminação urinária	Diária	X		
Providenciar arrastadeira/urinol	Sem horário	X		
Massagem abdominal	Diária após o pequeno-almoço		X	
Treinar transferência para sanitário	Diária e SOS		X	

Foco: Levante comprometido

Intervenções	Frequência	Enfermeiros	Enfermeiro Especialista	Observações
Assistir na técnica de equilíbrio deitado	2 Vezes/dia	X	X	
Assistir na técnica de treino equilíbrio sentado	1 Vez/ dia		X	Avaliar a Pressão Arterial depois de sentado
Transferir para a cadeira de rodas/ou cadeirão	1 Vez/ dia	X	X	
Assistir na técnica de excitação muscular-articular com carga em pé.	1 Vez/dia		X	Voltamos a avaliar a PA
Executar técnica de excitação músculo articular ativa assistida	1 Vez/dia		X	
Assistir a pessoa a andar com auxiliar de marcha	1 Vez/dia		X	Em SOS, com andarião

Foco: Úlceras de pressão de alto risco

Intervenções	Frequência	Enfermeiros	Enfermeiro Especialista	Observações
Cuidados a ter: Vigiar a pele	Diária	X		
Manter a pele limpa e seca	Diária	X	X	Evitar humidade resultante da transpiração e urina
Aliviar a zona de pressão através de almofadas	Diária	X	X	
Manter os lençóis limpos e secos	Diária	X		
Manter o lençol de baixo bem esticado	Diária	X		
Aplicar um hidratante para evitar pele seca	Diária	X		
Certificar se não existem migalhas na cama	Diária	X		
Não arrastar o doente	Diária	X		
Elaborar um horário para mudança de decúbito	2 /2 H nas 24h	X		Este exercício, ajuda o sangue a circular para todas as zonas da pele

Foco: Autocuidado higiene comprometido

Intervenções	Frequência	Enfermeiros	Enfermeiro Especialista	Observações
Lavar a boca	1 Vez/dia	X		
Dar banho na cama	1 Vez /dia	X		
Posicionar a pessoa	3 Vezez/dia		X	
Assistir a pessoa no posicionamento	5 Vezez/dia	X	X	As 8h; 11; 14; 17; 20; 23;
Assistir no auto cuidado: higiene		X		
Promover o envolvimento da família			X	Instruir a família é importante para garantir a continuidade após alta
Incentivar movimento articular ativo			X	Durante o internamento

Foco: Autocuidado Vestir e Despir: Dependente em grau elevado

Intervenções	Frequência	Enfermeiros	Enfermeiro Especialista	Observações
Mobilizar o MS pelágico	1 Vez/dia		X	
Assistir na técnica de exercitação músculo articular: ponte				
Assistir no autocuidado: vestir e despir			X	

Anexo IV - Atividades do Programa de Reabilitação

Nota Introdutória

O programa de reabilitação segue os princípios de estimulação neuro-sensitiva no doente com AVC, com vista a prevenir sequelas e riscos inerentes ao desenvolvimento da patologia nas pessoas acometidas por lesões centrais e focado na finalidade de reabilitar e integrar. Seguiremos a sequência que de seguida descrevemos, mas será sempre ajustada a cada pessoa quer em termos sociais e físicos, quer em função da resposta evolutiva face à situação patológica.

As fases são sequenciais e acumulativas à medida que a pessoa adquire as competências necessárias para passar para a fase seguinte.

	Objetivos: Evitar sequelas de imobilidade e instalação do padrão espástico Manter as funções vitais.
1ª Fase: Da admissão às 48 Horas	Atividades: ◆ Avaliação da pessoa com AVC ◆ Monitorização das condições de consciência e evolução de paresias; ◆ Posicionamento sequencial em padrão antispástico ▪ Decúbito lateral para o lado são; ▪ Decúbito lateral para o lado afetado; ▪ Decúbito dorsal só descanso; ◆ Mobilização passiva do hemicorpo afetado
Nota: esta fase pode prolongar-se por mais horas, caso a causa seja hemorragia ou a situação do doente não permita	

	Objetivo: Desenvolver capacidades para a realização dos autocuidados
2ª Fase: Da estabilização dos sinais neurológicos a capacidade colaborativa	Atividades: ◆ Mobilização passiva do hemicorpo afetado com aproveitamento das capacidades remanescentes e com frequência evolutiva de 5 a 20 vezes conforme tolerância da pessoa com AVC ◆ Exercícios de: ▪ Rolar na cama ▪ Automobilização ▪ Ponte ▪ Movimentar cintura do membro superior ▪ Movimentar cintura do membro inferior
Nota: Nesta fase o doente mantém sempre a posição de deitado	

	Objetivos: Desenvolver capacidade para deambular Readquirir o equilíbrio ortostático
3ª Fase: Da capacidade colaborativa à independência	Atividades: ◆ Exercício de levante da cabeça em ventral ◆ Exercício de quadrupedia na cama ◆ Exercício de carga no cotovelo ◆ Exercício de treino para sentar ◆ Exercício de equilíbrio sentado ◆ Exercício de carga em posição ortostática ◆ Exercícios de transferências para a cadeira ◆ Exercício de controlo do joelho ◆ Treino de marcha
Nota Final – Para além do programa de reabilitação conducente à independência no autocuidado teremos em conta o ensino à família e ao cuidador informal principal antes do momento da alta. Todo o programa será acompanhado do registo das atividades.	

Plano de Formação

Tema: Cuidar da pessoa com AVC ao longo do internamento

Público-alvo: Enfermeiros

Objetivos	Conteúdos	Tempo	Estratégias
Motivar para a formação e colaboração no programa	◆ Apresentação ◆ Dados sobre a epidemiologia do AVC ◆ Importância dos cuidados de enfermagem na saúde das pessoas	10 minutos 20 minutos	Interação com os participantes Expositiva
Especificar os cuidados diferenciados às pessoas com AVC	◆ Higiene ◆ Levante ◆ Alimentação ◆ Posicionamentos na cama e sentados ◆ Comunicação ◆ Vestir e despir	60 minutos	Expositiva
Capacitar para diferenciar os cuidados da pessoa com AVC	◆ Treino de levante ◆ Treino de transferência	60 minutos	Demonstrativa com Enfermagem
Capacitar para o auto cuidado higiene	◆ Higiene com utilização das capacidades do doente.	30 minutos	Demonstrativa com 1 doente
Capacitar para a execução do posicionamento	◆ Treino de posicionamento Antispástico ◆ Lateral para o lado afetado ◆ Lateral para o lado ◆ Treino de posicionamento do doente sentado	60 minutos	Demonstrativa com 1 doente
Diferenciar a administração da alimentação em doente com AVC	◆ Treino de alimentação de um doente com dificuldade de deglutir ◆ Treino do posicionamento do enfermeiro para a alimentação de doente hemiplégico ◆ Treino de ajuda em doente com paresia facial	60 minutos	Demonstrativa com doentes em situações diferentes
Capacitar para ajudar despir e vestir	◆ Treino de vestir peças de vestuário da parte superior do corpo ◆ Treino de calçar calças, meias e sapatos	60 minutos	Demonstrar com enfermeiro
Motivar para diminuir as complicações no doente com AVC	◆ Anatomofisiopatologia das úlceras de pressão ◆ Medidas preventivas para úlceras de pressão ◆ Anatomofisiopatologia das pneumonias de estase ◆ Posicionamento ◆ Respiração ◆ Levante	60 minutos	Expositiva
Compreender a aprendizagem retida	◆ Avaliação	20 minutos	Perguntas livres

Anexo V - Pedido de Autorização

Exmo. Senhor

Dr. Leonardo Inocêncio Europeu

Diretor Geral do Hospital Josina Machel

LUANDA

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/ Projeto de Investigação

Rosária Francisco Sebastião, discente a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Título do Projeto de Investigação: “ CUIDADOS DE ENFERMAGEM A DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) - EFICÁCIA DE UM PROGRAMA”

Pretendendo realizar nos (s) Serviços (s) de Neurologia e de Medicina do Hospital Josina Machel o estudo/projeto de investigação em epígrafe, solicito a V. EXA. na qualidade de investigador/promotor, a autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no *dossier* da Comissão de Ética do Hospital respeitante ao estudo/projeto de investigação, a qual endereço o pedido de apreciação e parecer.

Ciente que a minha petição merecerá a sua maior atenção

Com os melhores cumprimentos.

Porto, ____/____/201____

O INVESTIGADOR PROMOTOR

Rosária Francisco Sebastião

ESEP - Secretariado CTC <secretariado.ctc@esenf.pt>
25/11/15

para ep6151

Exmos.(as) Senhores(as),

Relativamente ao assunto em epígrafe, damos conhecimento a V. Exas. do teor do despacho exarado sobre o mesmo, em reunião do Conselho Técnico-Científico De 23/11/2015:

“Apreciada a proposta de tema e o teor do plano de trabalho, tendo em conta a observação dos requisitos regulamentares e o parecer da Coordenadora do respetivo Curso de Mestrado, o CTC decidiu aceitar o pedido da admissão à dissertação. Fica registado o tema.”

Com os melhores cumprimentos,

Otilia Barbosa
(Assistente Técnica)
Secretariado do Conselho Técnico-Científico
E-mail: secretariado.ctc@esenf.pt

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Email esep@esenf.pt
Telef [+351 22 507 35 00](tel:+351225073500) Ext. 190
Fax [+351 22 509 63 37](tel:+351225096337)
<http://portal.esenf.pt>

FC
ASPE/Inecor
mao
30-12-15



REPÚBLICA DE ANGOLA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Luanda

GABINETE DA DIRECTORA GERAL

A
DIRECÇÃO DO HOSPITAL
JOSINAL MACHEL

LUANDA

Assunto: Solicitação de Apoio

Melhores Cumprimentos

Considerando que a Formação de Quadros Qualificados da Saúde, constitui fator para o Desenvolvimento Sócio Sanitário do País a especialização dos profissionais em várias áreas e a consequente abertura de novas valências nas unidades hospitalares, garante a eficiência e a eficácia no atendimento as populações, reduzindo as evacuações dos utentes para outros países.

Tendo em consideração que o Hospital Josina Machel é a Unidade com maior abrangência e com serviço de Neurologia e Medicina.

Necessitando de apoio na pesquisa e investigação para realização do projecto de fim de curso com o tema "*Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a Doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) - Eficácia de um Programa*"

No âmbito das relações de colaboração existentes entre as nossas instituições, somos a solicitar o referido apoio e orientação pelo chefe do Serviço de Neurologia, a favor da senhora **Rosária Francisco Sebastião**, Licenciada em Enfermagem a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Cientes que esta solicitação merecerá a vossa maior atenção.

GABINETE DA DIRECTORA GERAL DO CENTRO DE MEDICINA FÍSICA DE REABILITAÇÃO EM LUANDA, AOS 28 DE DEZEMBRO DE 2015. -

A DIRECTORA GERAL

ARMANDA CONCEIÇÃO
- Médica Cirurgiã -

HOSPITAL JOSINA MACHEL
Entrada N.º 30/12/2015

30/12/2015

HOSPITAL JOSINA MACHEL

GABINETE DO DIRECTOR GERAL

ENTRADA

30/12/2015

U.P.C.
Enfermeira
05/01/16
9430

TC. Definição
18/01/16



República de Angola
Ministério da Saúde
Hospital Josina Machel/maria Pia
Direcção Pedagógica e Científica

A
Sua Excelência Senhor Director
Geral do Hospital Josina Machel.

Att: Dr. Leonardo Inocêncio

Luanda

Nota nº 01/DPC/HJM/016

Assunto: **Parecer.**

Apresentamos os nossos respeitosos cumprimentos.

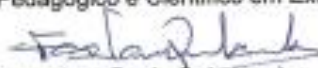
Em conformidade com o despacho de V. Excia datada de 30/12/015, que recai na carta da Mestranda **Rosária Francisco Sebastião**, Licenciada em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A Direcção Pedagógica e Científica deste Hospital não vê qualquer inconveniente desde que nos remeta o referido projecto de fim do curso.

A consideração superior.

Direcção Pedagógica e Científica do Hospital Josina Machel em Luanda,
11 de Janeiro de 2016.

O Director Pedagógico e Científico em Exercício


Dr. Francisco Paulo Quimbamba
(Lic. em Enfermagem)

REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
HOSPITAL JOSINA MACHEL
GABINETE DO DIRECTOR GERAL

A
Direcção Geral do Centro de Medicina Física
E de Reabilitação de Luanda
Att. Dr.ª Arminda Conceição

Luanda

Nota nº 008/GDG/HJM/2016
Os nossos melhores cumprimentos

Acusamos a recepção da solicitação s/nº datada, 28 de Dezembro de 2015, onde solicita o apoio na pesquisa e investigação para a realização do Projecto de fim de curso, com o tema "Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a Doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) - Eficácia de um Programa".

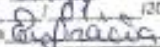
A Direcção Geral do Hospital Josina vem por este meio informar que não há nenhuma inconveniência, a interessada deve contactar a nossa Direcção Pedagógica e Científica para os devidos efeitos.

Sem mais assunto de momento, aproveitamos o ensejo reiterar votos de cumprimentos e de elevada estima e consideração.

Gabinete do Director Geral do Hospital Josina Machel, em Luanda, 18 de Janeiro de 2016

O Director Geral

Dr. Leonardo Inocência
Cirurgião

Entrada N.º	00146	Livro N.º	32
Em	21.01.16	136	16
Assinatura			

Anexo VI - Formação Ministrada

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A DOENTES COM AVC:

EFICÁCIA DE UM PROGRAMA

Formação Interdisciplinar

Objetivos:

1. Dotar os Enfermeiros de conhecimentos teórico-práticos, sobre cuidados aos doentes com AVC e envolvê-los no processo de pesquisa sobre: **“Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a Doentes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) – Eficácia de um Programa”**;
2. Desenvolver intervenções interdisciplinares;
3. Permitir a continuidade dos cuidados em particular de reabilitação na equipa;
4. No fim de cada formação, o enfermeiro deve ser capaz de expressar o motivo pelo qual o doente se posiciona e fazer um plano de cuidados com mudanças de decúbitos 2/2 horas.

Destinatários:

Enfermeiros que constituíam as equipas do Serviço de Neurologia do Hospital Josina Machel-Maria Pia no período entre janeiro e abril de 2016.

Horários:

Todos os dias, das 8:00 às 09:00.

Conteúdos programáticos:

Duração/tempo	Conteúdo	Estratégias
30 min.	Apresentação do projeto	Exposição de diapositivos
30 min.	Posicionamento	Treinar com os Enfermeiros
(1 H) 30+ 30	Levante	Idem
(1 H) 30+ 30	Transferências	Idem
(1 H) 30+ 30	Alimentação	Teste de deglutição
(1 H) 30+ 30	Eliminar	Controlo esfinteriano
(1 H) 30+ 30	Higiene	Mover o doente com AVC
(1 H) 15 + 45	Vestir e despir	Treinar com os Enfermeiros
Todos os dias	Identificação do prestador de cuidados	Dado ao reduzido nº de Enfermeiros no Serviço, os familiares dos doentes foram autorizados a ficar junto dos seus familiares, tendo sido incluídos logo no início do Programa.

Observações:

Após a formação, foram preenchidos os Questionários de Avaliação de Formação em serviço. Da análise destes questionários, verificaram-se os seguintes pontos de unanimidade:

- ◆ Formação com pouca duração e necessidade de terem mais formações deste género;
- ◆ Resultados de intervenção observáveis, pois os doentes, após poucos dias da intervenção, estavam a andar, o que os Enfermeiros nunca tinham visto antes.
- ◆ O trabalho que realizaram foi importante, realizado com Amor, Dedicação e Empenho.
- ◆ Foram reduzidos os dias de internamento dos doentes.

Anexo VII - Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Considerando a “ Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do estudo

***CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO AO DOENTE COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL (AVC) - EFICÁCIA DE UM PROGRAMA***

Eu, **abaixo-assinado**, (nome completo do doente ou voluntário _____)

declaro não ter participado em nenhum outro projeto de investigação durante este internamento, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou a explicação que me foi prestada a linguagem compreensiva para mim versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me informado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito pelo investigador.

Data ____ / ____ / 201__

Assinatura do doente ou voluntário são:

O Investigador responsável:

Rosária Francisco Sebastião

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONCENTIMENTO INFORMADO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão realizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo. Pedimos para que leia todo documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Rosária Francisco Sebastião, a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre ***“Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a doentes com Acidente Vascular Cerebral- Eficácia de um Programa”***. Este estudo tem como finalidade:

Contribuir para melhorar a qualidade de vida do doente com AVC a partir dos autocuidados.

A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte do estudo, não terá qualquer prejuízo e não afetará a sua relação com os profissionais de saúde com quem contacta atualmente ou futuramente.

Procedimento

Se aceitar participar, os seus dados farão parte de um registo de avaliação sobre o seu efeito de independência e de cuidados que lhe são prestados e nunca terá identificação o seu nome em todo processo.

Riscos e Benefícios em participar no estudo: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos. No entanto, a realização do estudo poderá permitir melhorar a autonomia e independência no auto cuidado.

Anonimato /confidencialidade: O registo onde são incluídos os dados dos participantes é anónimo e todos dados são confidenciais. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir a sua identificação, serão destruídos.

Data ____/____/____

O INVESTIGADOR RESPONSÁVEL

Rosária Francisco Sebastião

Anexo VIII - Autorização do Instrumento

Rosária Francisco Sebastião
Rua do Bonjardim 1202
4000-122 Porto

Exma. Enfermeira
Glória Maria Andrade Couto
Mestre em Enfermagem de Reabilitação

ASSUNTO: Pedido de Autorização de Utilização do Questionário e Escala GAIA, publicado na Dissertação de Mestrado “***Ganhos em Autonomia e Independência nos Auto-cuidados-Sensibilidade aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio***” apresentado na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Eu, Rosária Francisco Sebastião, enfermeira encontro-me a fazer Mestrado em Enfermagem “Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Manuela Martins (Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto).

Com a elaboração da Dissertação de Mestrado pretendo desenvolver um estudo experimental sobre “**Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a doentes com AVC-Eficácia de um Programa**”. Este foi o título por mim selecionado.

Desta forma, venho solicitar a V^a EX^a. A autorização do Questionário bem como a escala publicado na Dissertação de Mestrado.

Com os meus respeitosos cumprimentos, grata pela Vossa atenção.

Peço deferimento

Porto 20 de novembro de 2015

Rosária Francisco Sebastião

Exma. Sra. Enfa. Rosária Francisco Sebastião

ASSUNTO: Resposta ao pedido de autorização de utilização do questionário e escala GAIA

Eu, Glória Couto, venho por este meio autorizar a utilização parcial ou integral do questionário e escala GAIA, desenvolvido e publicado aquando da minha Dissertação de Mestrado com título "Ganhos em Autonomia/Independência no Autocuidado: Sensibilidade aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação" apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Com os melhores cumprimentos

Porto 20 novembro de 2015

Glória Couto

Glória Couto