

**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**

Rui Manuel Peredo Ricardo

Trabalho de projecto apresentado à Escola Superior de Saúde
para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientada por:

Professora Maria José Gomes

Bragança, Julho de 2012

**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**

Rui Manuel Peredo Ricardo

Trabalho de projecto apresentado à Escola Superior de Saúde
para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientada por:

Professora Maria José Gomes

Bragança, Julho de 2012

Resumo

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo e a causa mais importante de morbidade e incapacidade a longo prazo na Europa. É também a segunda causa mais comum de demência, a mais frequente de epilepsia no idoso e uma causa frequente de depressão. É uma doença mais incapacitante do que mortal que requer a institucionalização do doente a longo prazo, diminuindo a sua qualidade, causando elevados encargos a nível social e económico.

Método: O estudo que realizámos foi desenvolvido na Unidade de AVC da ULSNE cujo principal objectivo era verificar a evolução do grau de dependência dos doentes no internamento e após a alta (até à consulta de vasculares), utilizando o Índice de Barthel. O período de tempo objecto de estudo foi entre Janeiro de 2010 e Setembro de 2011.

Resultados: O estudo envolveu 219 doentes, avaliados no internamento e na consulta. A média de idades verificada foi de 75 anos, com 54,8% de doentes do sexo masculino. O diagnóstico com maior relevância foi o TACI E (16,9%) e o LACI D (15,5%). Na admissão, 42% dos doentes são dependentes totais; na alta, este valor diminuiu para 16,4% e na consulta para 12,3%. No momento da admissão os autónomos eram 3,7%, valor que aumentou para 19,2% na alta e 31,5% na consulta. No nosso estudo, pudemos concluir que o aumento da idade influencia directamente o grau de dependência no momento da consulta. Verificámos de igual modo que existe evolução funcional nos doentes, no período de internamento e esta segue a mesma tendência desde a alta até à consulta.

Palavras-chave: AVC, Reabilitação e Grau de Dependência

Summary

Introduction: Stroke is a major cause of morbidity and mortality worldwide. It is the most important cause of morbidity and long-term disability in Europe. It is also the second most common cause of dementia, the most frequent cause of epilepsy in the elderly and a frequent cause of depression. Stroke is a disease more disabling than fatal, requiring the institutionalization of the patient in the long run, diminishing quality of life and causing higher costs at social and economic levels.

Method: This study was held in the stroke unit ULSNE with the aim of studying the dependence of patients during hospitalization and after discharge (until the vascular consultation), through the evaluation of the Barthel Index. The period of the study was from January 2010 and September 2011.

Results: The study involved 219 patients evaluated in hospitalization and consultation. The average age was 75 years, with 54.8% of male patients. The diagnosis most relevant was TACI E (16.9%) and LACI D (15.5%). On admission 42% of the patients were totally dependent; on discharge this percentage decreased to 16.4% and in the consultation to 12.3%. On admission the autonomous were 3.7%, 19.2% at discharge and 31.5% in the consultation. In our study we concluded that increasing age directly influences the degree of dependence at consultation. We also found that there is some functional evolution in patients during the period of hospitalization and that this evolution continues after discharge until the consultation.

Keywords: Stroke, Rehabilitation and Degree of Dependence

Dedico este trabalho, aos pilares que sustentam a minha vida, a família: mãe esposa e filhos.

Foi longo o percurso até aqui, horas de empenho e dedicação, mas de nada teriam servido sem a disponibilidade e ajuda das pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

Em especial, agradeço à Professora Maria José Gomes, tudo o que consegui aprender com ela, a sua paciência e generosidade.

Agradeço a todos os profissionais da Unidade de AVC da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE, pela disponibilidade e colaboração, em especial ao Doutor Jorge pelos conhecimentos transmitidos e à equipe de enfermagem na colaboração da recolha de dados.

*A todos o meu **Muito Obrigado***

Siglas e Abreviaturas

% – percentagem

1^a – primeira

2^a – segunda

3^a – terceira

4^a – quarta-feira

6^a – sexta

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AIT`s – Acidentes Isquémicos Transitórios

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVC`s – Acidentes Vasculares Cerebrais

AVD – Actividades de Vida Diária

cap. – capítulo

CE – Comunidade Europeia

CIT – Crise Isquémica Transitória

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

D. – Direito

E. – Esquerdo

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema Agudo do Pulmão

ECG – Electrocardiograma

ed. – edição

ESO – European Stroke Organisation

FA – Fibrilhação Auricular

FC – Frequência Cardíaca

g – grama

Hg – mercúrio

HTA – Hipertensão Arterial

IB – Índice de Barthel

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

INR – Índice Internacional Normalizado

Kg – Kilograma

LACI – Lacunar Anterior Circulation Infarct

Lda. - Limitada

mg – miligramas

MIF – Medida de Independência Funcional

mm – milímetros

nº - número

OCSP – Oxfordshire Community Stroke Project

p. – página

PACI - Partial Anterior Circulation Infarct

POCI - Posterior Circulation Infarct

pp. – páginas

rtPA – ativador do plasminogénio tecidual intravenoso

sig. – significância

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

SUB – Serviço de Urgência Básico

TA – Tensão Arterial

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TACI – Total Anterior Circulation Infarct

TC-Ce – Tomografia Computorizada Craneoencefálica

U.AVC – Unidade do Acidente Vascular Cerebral

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste, Entidade Pública Empresarial

Vol. – Volume

Índice

	<i>Página</i>
Introdução -----	14
CAPÍTULO I -----	17
1 – Contextualização Epidemiológica do AVC -----	17
2 – Acidente Vascular Cerebral -----	21
2.1 – Factores de Risco do AVC -----	23
2.1.1 – Factores de Risco não modificáveis -----	23
2.1.2 – Factores de Risco modificáveis -----	24
2.2 – Fisiopatologia do AVC -----	28
2.3 – Etiologia do AVC -----	29
2.4 – Tipos de AVC -----	30
2.4.1 – AVC Isquémico -----	31
2.4.1.1 – AVC Trombótico -----	31
2.4.1.2 – AVC Embólico -----	32
2.4.1.3 – Síndromes Lacunares -----	33
2.4.1.4 – Síndromes Vasculares -----	33
2.4.2 – AVC Hemorrágico -----	36
2.5 – Diagnóstico do AVC -----	37
2.6 – Tratamento do AVC -----	38
2.6.1 – Tratamento em Unidades de AVC -----	40
2.7 – Problemas Associados à Lesão Neurológica Provocada por AVC -----	44
2.7.1 – Problemas Secundários e Complicações das Lesões Neurológicas por AVC -----	46

	Página
3– Reabilitação do Doente com AVC	48
3.1 – Avaliação Funcional do Doente através do Índice de Barthel	49
3.2 – Fases de Recuperação Motora Após o AVC	53
3.3 – Posicionamentos no Doente com AVC	55
3.4 – Mobilizações no Doente com AVC	57
 CAPÍTULO II – Estudo Empírico	 62
1 – Metodologia	62
1.1 – Tipo de Estudo	62
1.1.1 – Amostra	64
1.1.2 – Instrumento de Recolha de Dados	64
 2 – Apresentação e Discussão dos Resultados	 67
 Conclusão e Recomendações	 82
 Bibliografia	 86
 Anexo A – Pedido de autorização para recolha de dados	
Anexo B – Índice de Barthel	

Índice de Figuras

	<i>Página</i>
Figura 1 – Polígono de Willis -----	29
Figura 2 – Posicionamentos no doente com AVC na cama/cadeira -----	55
Figura 3 – Mobilizações dos membros superiores e inferiores -----	59

Índice de Quadros

	<i>Página</i>
Quadro 1 – Subtipos de AVC -----	30
Quadro 2 – Síndromes resultantes da oclusão das artérias cerebrais -----	33
Quadro 3 – Avaliação Padronizada: Índice de Barthel -----	50
Quadro 4 – Score atingido no Índice de Barthel: grau de dependência -----	50
Quadro 5 – Fases de recuperação motora após AVC -----	54
Quadro 6 – Posicionamentos anti-espásticos em decúbito dorsal -----	55
Quadro 7 – Posicionamentos anti-espásticos em decúbito lateral para o lado afectado -----	56
Quadro 8 – Posicionamentos anti-espásticos em decúbito lateral para o lado são -----	56

Índice de Tabelas

	<i>Página</i>
Tabela 1 – Doentes Excluídos do Estudo -----	63
Tabela 2 – Caracterização da amostra em função da Idade e Sexo -----	67
Tabela 3 – Caracterização da amostra em função do Diagnóstico -----	68
Tabela 4 – Caracterização da amostra em função do Grau de Dependência na Admissão, 5º dia, Alta e Consulta -----	69
Tabela 5 – Caracterização da amostra relacionando a Idade e Diagnóstico -----	72
Tabela 6 – Caracterização da amostra relacionando o Sexo e Diagnóstico -----	73
Tabela 7 – Relação entre a Idade e Sexo com o Diagnóstico -----	73
Tabela 8 – Caracterização da amostra relacionando a Idade e Grau de Dependência na Alta -----	74
Tabela 9 – Relação entre a Idade com o Grau de Dependência na Alta -----	74
Tabela 10 – Caracterização da amostra relacionando a Idade e Grau de Dependência na Consulta -----	75
Tabela 11 – Relação entre a Idade com o Grau de Dependência na Consulta ----	75
Tabela 12 – Caracterização da amostra relacionando o Sexo e Grau de Dependência na Alta -----	76
Tabela 13 – Caracterização da amostra relacionando o Sexo e Grau de Dependência na Consulta -----	76
Tabela 14 – Relação entre o Sexo e o Grau de Dependência na Alta e Consulta -----	77
Tabela 15 – Caracterização da amostra relacionando o Diagnóstico e Grau de Dependência na Alta -----	77
Tabela 16 – Caracterização da amostra relacionando o Diagnóstico e Grau de Dependência na Consulta -----	78
Tabela 17 – Relação entre o Diagnóstico com o Grau de Dependência na Alta e Consulta -----	79
Tabela 18 – Relação entre o Grau de Dependência no Internamento e na Consulta -----	79

Índice de Gráficos

Página

Gráfico 1 – Evolução do Grau de Dependência da amostra desde a Admissão até à Alta -----	70
--	----

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral é a primeira causa de morte em Portugal e a taxa de mortalidade atinge os 200 por 100.00 habitantes por ano. Anualmente, 15 milhões de pessoas em todo o mundo são vítimas de AVC. Destes, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam permanentemente incapacitados. Esta doença representa a 3ª causa de morte nos países mais desenvolvidos, logo a seguir à doença arterial coronária e neoplasias. (Sociedade Portuguesa do AVC, 2008)

Na generalidade, os AVC's são classificados de acordo com o tipo, localização anatómica, a sua distribuição vascular e etiologia. Podem ser isquémicos ou hemorrágicos. Aproximadamente 85% são isquémicos e 15 a 20% são hemorrágicos. (Ropper, 2005)

O AVC isquémico é causado por oclusão súbita das artérias que irrigam o cérebro. Pode dever-se a um trombo formado localmente ou à distância por processos tromboembólicos. (Ferro et al, 2008). A hemorragia divide-se em hemorragia intracerebral e subaracnoideia. A hemorragia intracerebral consiste na ruptura de uma artéria do cérebro para o tecido cerebral e depende do volume do hematoma, do tempo de instalação, desenvolvimento do edema e hipertensão intracraniana.

Os défices neurológicos surgem inesperadamente, ganham ênfase na fase inicial do quadro e o processo de instalação é gradual, num intervalo de tempo que pode ir de minutos a várias horas. (Aminoff, M. et al, 2005)

A localização e extensão da lesão originada pelo AVC definem o quadro neurológico de cada doente. Os défices podem ser a nível motor, sensorial, comportamental, perceptivo e linguístico. Os mais frequentes incluem a afasia, hemianópsia, hemiparésia, hemiplegia, ataxia, perda sensorial e assimatognosia. (Worp, H. et al, 2007, p. 6)

A HTA é o factor de risco mais importante na ocorrência do AVC. Esta doença é a principal causa de incapacidade em pessoas idosas. (Aleixo, A. et al, 2001)

O AVC é uma doença mais incapacitante do que mortal, que requer a institucionalização do doente a longo prazo, diminui a qualidade de vida e concorre para elevados encargos a nível social e económico. São importantes estratégias para conhecer os factores de risco cardiovasculares passíveis de serem modificados e apostar na prevenção. (Kuller, 2001, p.7)

De um modo geral, a terapêutica compreende 3 etapas: prevenção, tratamento agudo e reabilitação. No primeiro caso procura-se evitar um primeiro episódio ou recorrência do mesmo através do controlo dos factores de risco individuais (hipertensão, diabetes, tabaco, etc). A intervenção aguda procura reduzir a repercussão no tecido cerebral através da dissolução do trombo/êmbolo ou controlo da hemorragia. O objectivo da reabilitação é permitir ao doente lidar e ultrapassar a sua incapacidade e tornar-se o mais independente possível. (Ferro et al, 2008)

Há três maneiras possíveis de o indivíduo com lesão cerebral poder recuperar as capacidades funcionais perdidas: recuperação espontânea, restituição ou compensação da função perdida. A reabilitação é possível graças à enorme capacidade do cérebro em aprender e mudar. Hoje em dia sabe-se que as células de outras áreas do cérebro não afectadas, podem assumir determinadas funções realizadas pelas células da área afectada. A este fenómeno dá-se o nome de neuroplasticidade. (EUSI, 2003)

O enfermeiro tem um papel fulcral dentro da equipa de saúde, compreendendo uma assistência holística e compartilhada onde o binómio utente-família tem um papel preservado. Cabe ao enfermeiro de reabilitação implantar tecnicamente cuidados especializados na busca por melhores condições de vida, de integração social e na independência para as actividades de vida diária.

Este trabalho realiza-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Saúde de Bragança, do Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Como enfermeiro a prestar cuidados na Unidade de AVC da ULSNE desde a sua fundação, em 2004 e após ter concluído a especialização em enfermagem de

reabilitação, sempre tive a vontade de estudar o grau de dependência dos doentes utilizando o Índice de Barthel.

Foi neste sentido que se delimitaram os seguintes objetivos neste estudo:

- Caracterizar os doentes da Unidade de AVC da ULSNE relativamente à idade, sexo e diagnóstico, de Janeiro de 2010 a Setembro de 2011;
- Estudar o seu grau de dependência desde a admissão até à consulta de vasculares;
- Monitorizar a evolução funcional dos doentes desde a alta até à consulta;
- Verificar se a idade, sexo e diagnóstico influenciam o grau de dependência;
- Verificar se existe evolução funcional durante o internamento e após a alta.

É um estudo retrospectivo, com recurso ao método exploratório e descritivo, quantitativo e relacional em que foi feita a avaliação do grau de dependência dos doentes desde a admissão na Unidade de AVC à consulta de vasculares e registada em folha excel, bem como a análise da evolução funcional dos doentes.

O trabalho divide-se estruturalmente em três partes. No capítulo I, faz-se a revisão bibliográfica com a abordagem e enquadramento teórico do tema. O capítulo II consiste no estudo empírico, com o desenho da investigação deste estudo, a apresentação e discussão dos resultados e por fim conclui-se com as principais elações do trabalho, bem como algumas recomendações para a prevenção e tratamento de reabilitação na doença cerebrovascular.

CAPÍTULO I

1 - Contextualização Epidemiológica do AVC

Em Portugal a taxa de mortalidade devido ao AVC é cerca de 200 por cada 100.000 habitantes e a cada hora morrem 2 pessoas devido a esta doença. Para além disso, 50% dos doentes que sobrevivem a um AVC ficam com limitações nas AVD, segundo dados da Sociedade Portuguesa do AVC.

Estudos efectuados pela Direcção Geral da Saúde em 2004 apuram que 14% dos doentes apresentam incapacidade considerada grave, 15% ligeira e 59% ficam independentes. Mesmo em unidades de agudos com todos os recursos incluindo trombólise, menos de um terço dos doentes com AVC recuperam na totalidade.

Segundo a Sociedade Portuguesa do AVC em 2008, cerca de 10% dos indivíduos que sofreram um AVC ficam totalmente incapazes e somente em 30% é recuperada a função neurológica anterior, embora este grupo apresente um risco de recidiva de 20% por ano.

Os custos resultantes são importantes, cuidar da pessoa com AVC está estimado custar mais do que 5% dos orçamentos de muitos países. A prevenção seria o ideal, mas continua a ser incompleta e ineficaz, apesar das crescentes evidências de melhoria na prevenção primária e secundária. As causas mais comuns de AVC são os ataques espontâneos, como uma trombose cerebral, uma hemorragia cerebral, uma embolia cerebral e uma hemorragia subaracnóidea. (Moore, 2002)

Estudos realizados nos Estados Unidos da América concluíram que houve 162.672 mortes no país em 2002 devido ao AVC, das quais 19.376 (11.9%) foram em pessoas com menos de 65 anos. (Sociedade Portuguesa do AVC, 2008). *“O AVC é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo”*. (Ferro et al, 2008, p. 5)

Tem-se verificado recentemente um aumento no número de vítimas com idades que rondam os 50 anos ou até mais novos, indivíduos em plena actividade e no auge do seu rendimento, retirando-lhes a capacidade produtiva total ou parcialmente. Constata-se que a sua incidência tem aumentado em todo o mundo. (Chalela et al, 2004)

Assim, a mortalidade por acidente cerebrovascular tem sido alvo de análise muito regular e por múltiplos grupos de investigadores. As doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC e a doença coronária são a principal causa de mortalidade em Portugal. Estas doenças são responsáveis por perto de 50% das mortes, cotando-se também, entre as principais causas de mortalidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa.

“O AVC é a causa mais importante de morbilidade e incapacidade a longo prazo na Europa. As alterações demográficas irão resultar num aumento da sua incidência e prevalência. É também a segunda causa mais comum de demência, a causa mais frequente de epilepsia no idoso e uma causa frequente de depressão”. (Ferro et al, 2008, p. 6)

Segundo (Ferro, 2000, p.7):

“Em Portugal o panorama é diferente e mais preocupante: os AVC são a primeira causa de morte, superando o conjunto de mortes atribuídas a todas as neoplasias e causando mais do dobro de óbitos que a doença coronária ... Portugal tem a mais elevada taxa de mortalidade atribuída ao AVC de todos os países da CE.”

Portugal é o país da UE com mais elevada taxa de mortalidade por AVC, favorecida pela prevalência de HTA, insuficientemente diagnosticada e tratada, pelo desvirtuamento da nossa tradicional dieta mediterrânea, o abuso do álcool, a obesidade, o stress excessivo, o tabagismo e atitudes como a ausência de actividade física que levam ao sedentarismo. A Hipertensão Arterial é o factor causal em 50% dos casos da ocorrência de AVC. (Manning & Colin, 2005)

Existem dois aspectos que distinguem a epidemiologia dos AVC's registados em Portugal entre os restantes países da União Europeia, nomeadamente, e em primeiro lugar, a ocorrência em idades mais jovens e, em segundo lugar, a maior ocorrência de AVC's hemorrágicos. O tipo de vida e o desenvolvimento económico e social levaram a uma acentuada redução dos níveis médios de actividade física regular da população, em todos os grupos etários, é uma das medidas de maior impacto e com melhor relação custo – benefício na redução da incidência e da gravidade das doenças cardiovasculares. (Phipps et al, 2003)

Um estudo realizado (Ferro, 2000) mostra a elevada carência que se verifica na continuidade dos cuidados aos indivíduos sobreviventes de AVC, o que coopera para uma elevada mortalidade após a alta hospitalar e para uma inadmissível percentagem de doentes que ficam dependentes nas suas actividades de vida diária. Constituindo assim o AVC uma patologia tão frequente, pequenas melhorias nos aspectos já referidos, traduzir-se-iam em valiosos ganhos de saúde. De salientar, que segundo (Ferro, 2000, p.7): *“A mortalidade não é uniforme em todo o país. (...) Se bem que a um ritmo menor que nos outros países desenvolvidos, a mortalidade por AVC tem vindo a diminuir gradualmente, de um modo sustentado. Também a mortalidade dos AVC's no internamento tem vindo a diminuir.”*

“O acidente vascular cerebral (AVC) é a patologia responsável pelo maior índice de incapacidade, dependência funcional da população adulta portuguesa, e pela maioria dos óbitos registados.”
(Martins et al, 2002, p.27)

O AVC atinge uma das partes do cérebro (a esquerda ou a direita), de onde poderão surgir lesões que afectam os movimentos e a sensibilidade das pernas e dos braços, a linguagem, o equilíbrio, a memória, a deglutição e o comportamento, por isso, a incapacidade funcional é diferente de indivíduo para indivíduo, dependendo da região do cérebro que foi afectada, originando diferentes graus de dependência. Segundo (Oliveira, 2003, p.12): *“O Acidente Vascular Cerebral é uma patologia que afecta gravemente a independência funcional para o bem-estar físico, psicológico e socio-económico de todos os indivíduos.”*

A consciencialização para o AVC depende de factores demográficos, sócio-culturais e do conhecimento médico individual. (Ferro et al, 2008, p.8)

Nesta visão da doença o processo de reabilitação é sem dúvida fundamental, pois permite aos utentes, afectados por acidentes vasculares cerebrais, mais qualidade de vida. Para que esta reabilitação seja levada a cabo com sucesso requer esforço e empenho dos profissionais de saúde assim como dos utentes vítimas desta mesma patologia. A reabilitação é uma prática que foi reconhecida nos Estados Unidos da América como especialidade de Enfermagem em 1964 e tem sido definida como o diagnóstico e tratamento da resposta humana a problemas de saúde actuais ou potenciais que originam alterações nas habilidades funcionais e no estilo de vida. (Derstine et al, 2001)

A reabilitação é um processo dinâmico e produtor projectado para facilitar o nível mais elevado de funcionalidade dos utentes, situados no seu meio, onde a sua capacidade funcional reflecte até que ponto os indivíduos podem adaptar-se em interacção com o meio envolvente. (Derstine et al, 2001)

A pessoa com incapacidades é vista holisticamente como um sistema aberto e interactivo com a capacidade inerente para se autorregular. A Enfermagem de Reabilitação providencia cuidados, educação e apoio ao utente e família. Os cuidados focam-se na assistência aos utentes incapacitados, às famílias e às comunidades, no desenvolvimento da maior independência funcional. As três principais metas da Enfermagem de Reabilitação são: maximizar a determinação própria, restaurar funções e otimizar as escolhas do estilo de vida do utente. (Derstine et al, 2001)

Segundo (Ferro et al, 2008, p. 72) “*A reabilitação pretende capacitar os indivíduos com défice, para obterem e manterem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais óptimas*”.

2 - Acidente Vascular Cerebral

“A expressão AVC refere-se a um complexo de sintomas de deficiência neurológica, durando pelo menos vinte e quatro horas e resultantes de lesões cerebrais provocadas por alterações da irrigação sanguínea”, segundo (Mausner, 1999, p. 356).

Estas lesões cerebrais são provocadas por um enfarte, devido a isquémia ou hemorragia, de que resulta o comprometimento da função cerebral. Este acontecimento pode ocorrer de forma ictiforme, devido à presença de factores de risco vascular ou por defeito neurológico focal (aneurisma). A presença de danos nas funções neurológicas origina défices a nível das funções motoras, sensoriais, comportamentais, perceptivas e da linguagem. Os défices motores são caracterizados por paralisias completas (hemiplegias) ou parciais (hemiparésias) no hemicorpo oposto ao local da lesão que ocorreu no cérebro. A localização e extensão exactas da lesão provocada pelo AVC determinam o quadro neurológico apresentado por cada utente e, o seu aparecimento é normalmente repentino, oscilando entre leves ou graves, podendo ser temporários ou permanentes. (Mausner, 1999, p. 356)

O AVC é uma doença de início agudo, um deficit neurológico com diminuição da função, que persiste por pelo menos 24 horas, reflectindo o envolvimento focal do Sistema Nervoso Central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral. Começa abruptamente, sendo o deficit neurológico máximo no início podendo progredir ao longo do tempo. (Phipps et al, 2003)

De acordo com (Oliveira, 2007), a OMS designa o AVC

“Como uma patologia diversa, apresentando um quadro de instalação rápida, com sinais clínicos de disfunção cerebral focal ou global, com sintomas que duram pelo menos 24 horas ou provocam a morte, apresentando sempre uma aparência catastrófica para os doentes e seus familiares.”

Segundo (Kindersley, 1992, p.64), Acidente Vascular Cerebral é:

“Lesão de uma zona do cérebro por interrupção da respectiva circulação sanguínea ou por derrame de sangue proveniente da ruptura de vasos sanguíneos cerebrais, com subsequente compromisso das funções sensoriais (sensações) e motoras (movimentos), bem como quaisquer outras funções localizadas na área cerebral atingida. Os acidentes

vasculares cerebrais são fatais em cerca de um terço dos casos, representando uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos.”

Ainda em relação ao conceito de AVC, está intimamente ligado e no presente tem recebido especial atenção, a questão dos acidentes isquémicos transitórios (AIT`s) ou crise isquémica transitória (CIT). Um AIT é um termo que designa uma situação temporária, que em função do tempo causa danos mais ou menos graves. Como dizem (Phipps et al, 2003): *“A disfunção neurológica pode ser profunda, com total perda de consciência e perda de todo o funcionamento sensorial e motor, ou podem haver apenas insuficiências focais de algumas funções sensoriais e motoras.”*

Segundo (Rubin, 2006, p.1469):

“...a crise isquémica transitória refere-se á disfunção cerebral focal que dura menos de 24 horas e, com frequência, tem apenas alguns minutos de duração. Embora seja seguida por recuperação neurológica completa, uma crise isquémica transitória significa um risco maior de enfarte cerebral.”

O AIT tem as mesmas causas que o AVC, mas na maior parte dos casos precede uma trombose cerebral. Pelo menos um terço dos doentes terá um AVC dentro de dois a cinco anos (Phipps et al, 2003).

Estudos recentes, hospitalares e comunitários, demonstraram um risco elevado de AVC imediatamente após um AIT. Estudos observacionais mostraram que a avaliação urgente numa consulta de AIT e o início imediato do tratamento reduz o risco de AVC após AIT. Estes dados sublinham a necessidade da referenciação urgente dos AIT`s para avaliação por especialistas e tratamento imediato. (Ferro et al, 2008, p.14)

Segundo Caldas (1999, citado por Martins, 2002, p.55), *“Cerca de 22% a 51% dos doentes com esta patologia vem a ter um AVC no prazo de cinco anos”*.

Os factores de risco de AVC isquémico são uma idade maior, história familiar de AVC, diabetes mellitus, hipertensão arterial, tabagismo e níveis sanguíneos de colesterol elevados. A identificação de factores de risco modificáveis e as intervenções profiláticas para reduzir o risco são provavelmente o melhor tratamento dos AVC, pois o número total de eventos poderia ser substancialmente reduzido por estes meios.

O risco de um segundo AVC é fortemente influenciado pelo AVC ou Acidente Isquémico Transitório (AIT) prévio. Muitas cardiopatias predispõem o AVC, incluindo a fibrilhação auricular e estenose carotídea. Os contraceptivos orais podem aumentar ligeiramente o risco de AVC. (Harrison, 2002)

2.1 - Factores de Risco do AVC

A prevenção primária tem como objectivo reduzir o risco de AVC nos indivíduos assintomáticos. (Ferro et al, 2008, p.30)

A idade é o factor de risco mais importante para o enfarte cerebral, quanto maior a idade maior é o risco de ocorrer um AVC. Há uma predominância do AVC no sexo masculino (Grupo de Estudos das Doenças Cerebrovasculares da Sociedade Portuguesa de Neurologia, 2002). Os factores genéticos são causa de AVC em pequena percentagem (Ribeiro, 1998). Tradicionalmente, os factores de risco relativos a esta patologia, agrupam-se em não modificáveis e modificáveis. (Rolak, 1995)

2.1.1 - Factores de Risco não modificáveis

IDADE: A frequência com que ocorre um AVC aumenta exponencialmente com a idade, acima dos 50 – 60 anos ou a partir dos mesmos. (Ferro, 2000, p.9)

“...o risco de AVC é directamente proporcional à idade” (Rolak, 1995, p.1907)

SEXO: *“Os AVC's são mais frequentes no sexo masculino. (...) Contudo, a mortalidade por AVC é maior no sexo feminino, devido, provavelmente, ao facto do AVC na mulher ocorrer em idades mais avançadas”*. (Ferro, 2000, p.9)

Regra geral a mulher, em idade fértil, está menos predisposta ao AVC. Depois dos 50 anos de idade a incidência desta patologia é igual em ambos os sexos, ocorrendo mais no sexo masculino. (Martins, 2002)

“...no homem a incidência de AVC é ligeiramente superior...” (Rolak, 1995, p.1907)

RAÇA: “Os AVC’s são mais frequentes nos indivíduos de raça negra. (...) o AVC no indivíduo de raça negra é mais grave e tem maior mortalidade” (Ferro, 2000, p.9).

A tendência ao desenvolvimento de AVC exibida pelos indivíduos de raça negra resulta, “...provavelmente por maior tendência genética ao desenvolvimento de HTA”. (André, 1999, p.7)

FACTORES GENÉTICOS: Apesar de não haver estudos conclusivos sobre a associação dos factores genéticos e a ocorrência de AVC, esta parece indiscutível quando se verifica a frequência de AVC’s em indivíduos da mesma família.

2.1.2 - Factores de Risco modificáveis

HIPERTENSÃO ARTERIAL: “A hipertensão arterial é um dos factores de risco de AVC, especialmente em associação com aterosclerose.” (Rolak, 1995, p. 1908)

Segundo (Ferro, 2000, p.10), “A hipertensão arterial é o factor de risco modificável mais importante para o AVC”. De salientar que, este associado com o aumento da idade é considerado como o factor com maior relevância.

Ferro (citado por Martins, 2002, p.59), é da opinião que “A hipertensão arterial aumenta, em pelo menos seis vezes, o risco de todos os tipos de AVC”. Assim é correcto dizer-se que, quanto mais baixos forem os valores da tensão arterial, menor é o risco de AVC, ou seja, a probabilidade de ocorrência de AVC é proporcional aos valores tensionais.

“A pressão arterial (PA) elevada (>120/80 mm/Hg) está fortemente e directamente relacionada com a mortalidade total e vascular sem evidência de qualquer limiar. A redução substancial da PA reduz o risco de acidente vascular cerebral e coronário, dependendo da magnitude da redução. A PA deve ser reduzida para 140/85 mm/Hg ou menos; o tratamento anti-hipertensivo deve ser mais agressivo em doentes diabéticos. Uma combinação de dois ou mais agentes anti-hipertensores é muitas vezes necessária para atingir estes valores alvo.” (Ferro et al, 2008, p.31)

A Hipertensão Arterial (diastólica ou sistólica) é um factor de risco causal para todo o tipo de AVC em todas as idades. A hipertensão arterial aumenta em cerca de 6 vezes o risco de um AVC quer hemorrágico e lacunar como trombótico. (Ribeiro, 1998)

Segundo (Leal, 2001, p.131): “É fundamental o controlo da tensão arterial em especial, na população de maior idade. A sua detecção, tratamento e educação assim como o acompanhamento dos utentes são medidas eficazes para reduzir a mortalidades e a incapacidades associadas ao AVC.”

FIBRILHAÇÃO AURICULAR: É a disritmia auricular mais rápida. A linha de base é formada por ondulações irregulares, sem ondas P definíveis. O complexo “QRS” é geralmente normal, mas o ritmo ventricular é desordenado. (Phipps et al, 2003)

A fibrilhação auricular é a arritmia mais frequente do adulto, ligeiramente superior nos homens e aumenta com a idade. “Para além das elevadas consequências hemodinâmicas imediatas ou tardias, associa-se um risco elevado de ocorrência de AVC” (Chang, 2001). O risco de ocorrência de AVC aumenta para mais de 5% por ano na presença de FA, mesmo sem qualquer outro factor de risco e, se a FA ocorre simultaneamente com valvulopatia, o risco anual de ocorrência de fenómeno trombo-embólico é cerca de 17 vezes superior ao da população sem FA.

“A FA é um forte factor de risco independente para AVC. Uma meta-análise de estudos aleatorizados com pelo menos 3 meses de seguimento mostrou que os antiagregantes plaquetares reduzem a ocorrência de AVC em doentes com FA não valvular. A varfarina (INR alvo 2,0-3,0) é mais eficaz que a aspirina na redução do AVC. A anticoagulação oral é mais eficaz em doentes com FA que têm um ou mais factores de risco, tais como embolismo sistémico prévio, idade superior a 75 anos, hipertensão arterial ou má função ventricular esquerda”. (Ferro et al, 2008, p.37)

DIABETES MELLITUS: Partindo do princípio que a prevalência desta patologia é menor que a HTA, o impacto da diabetes na incidência de AVC é também menor. No entanto, para (Martins, 2002, p.62), “Regista-se uma maior incidência de AVC na população que apresenta esta doença, relativamente à população em geral.”

Também (André, 1999, p.8) diz que “O risco de desenvolver AVC é duas vezes maior em diabéticos de ambos os sexos”.

“Nos doentes diabéticos a pressão arterial deve ser diminuída para valores abaixo de 130/80 mm/Hg. O tratamento com uma estatina reduz o risco de eventos cardiovasculares major, incluindo AVC”. (Ferro et al, 2008, p.32)

TABAGISMO: Sabe-se na actualidade, e segundo (Ferro, 2000, p.10), “...que fumar é um factor de risco importante para o AVC, pois aumenta esse risco pelo menos, para o dobro.”

O tabaco é um factor de risco importante para o AVC, particularmente para o ateroma extracraniano. Dois a três anos após a suspensão do consumo de tabaco o risco de AVC é idêntico ao do não fumador (Ribeiro, 1998). A relação entre o número de cigarros fumados por dia e a duração do vício constituem um factor que predispõe ao aumento da incidência de AVC, sendo este risco, maior nos jovens e nas mulheres. (Cambier, 1999)

“Estudos de observação mostraram que o tabagismo é um factor de risco independente para AVC isquémico tanto em homens como em mulheres. O tabagismo do cônjuge pode estar associado a um aumento do risco de AVC”, segundo (Ferro et al, 2008, p.32). A interrupção do hábito tabágico reduz a incidência deste risco. (André, 1999)

DISLIPIDÉMIA: A maioria dos estudos indica que níveis séricos de colesterol aumentam ligeiramente o risco de AVC isquémico. (Ribeiro, 1998)

“Numa revisão de 26 ensaios com estatinas (95000 doentes), a incidência de AVC diminuiu de 3,4% para 2,7%”. (Ferro et al, 2008, p.32)

ACTIVIDADE FÍSICA: “Níveis moderados ou elevados de actividade física conferem redução do risco cerebrovascular em homens de meia idade ou mais idosos”. (Stroke, 1994, citado por André, 1999, p.11)

“Os indivíduos fisicamente activos tinham um menor risco de AVC ou morte comparativamente aos que tinham uma baixa actividade. Esta associação é mediada, em parte, através de efeitos benéficos no peso corporal, pressão arterial, colesterolémia e tolerância à glicose. A actividade física de lazer (2 a 5 horas por semana) tem sido independentemente associada a uma redução da gravidade do AVC isquémico na admissão e a melhor prognóstico a curto prazo”. (Ferro et al, 2008, p.32)

Na ausência de contra-indicação médica deve-se recomendar caminhadas, em velocidade crescente, durante três vezes por semana, ou seja, actividade física regular. (André, 1999, p.11)

DIETA E PESO CORPORAL: Em estudos observacionais, um consumo elevado de frutas e vegetais associou-se a uma diminuição do risco de AVC. O risco de AVC isquémico foi menor nos indivíduos que consumiram peixe pelo menos uma vez por mês. A ingestão de cereais integrais associou-se a uma redução de doença cardiovascular, mas não de AVC. (Ferro et al, 2008, p.33). Dizem ainda que um baixo consumo de vitamina D está associado a um risco aumentado de AVC.

“O índice de massa corporal elevado ($IMC \geq 25$) associa-se a um risco aumentado de AVC em homens e mulheres, essencialmente mediado pela hipertensão arterial e diabetes concomitantes. A gordura abdominal é um factor de risco para AVC em homens, mas não em mulheres. Apesar da perda de peso reduzir a pressão arterial, não diminui o risco de AVC”. (Ferro et al, 2008, p.33)

A obesidade abdominal, embora associada a outros factores é, por si só, um factor de risco para AVC bem como a falta de exercício físico regular. (Ribeiro, 1998)

CONSUMO DE ÁLCOOL: Um elevado consumo de álcool (> 60 g/dia) aumenta o risco de AVC isquémico e de AVC hemorrágico. Em contraste, um consumo ligeiro (<12 g/dia) associa-se a uma redução de todos os AVC's. O consumo de vinho tinto está associado com o risco mais baixo, em comparação com outras bebidas, segundo (Ferro et al, 2008, p.33).

ANTICONCEPTIVOS ORAIS E TERAPÊUTICA HORMONAL DE SUBSTITUIÇÃO: Os anticonceptivos, em regra, aumentam o risco de hemorragia subaracnóidea e de trombose venosa cerebral. Os anticonceptivos de baixa dose, não está provado que aumentam o risco de AVC, apenas quando associado a outros factores. (Ferro, 2000, p.11)

“A associação entre pílulas anticoncepcionais mistas e AVC era maior quando se usavam pílulas com alto teor de estrogénio”. (André, 1999, p.11)

Partindo da afirmação de (Ferro, 2000, p.11), pode-se dizer que “... a substituição hormonal não aumenta o risco de AVC”, porém, as taxas de AVC aumentam rapidamente em mulheres após a menopausa. É de salientar que o consumo de substâncias como a cocaína, a heroína, as anfetaminas e outras, bem como alguns fármacos, nomeadamente os

simpaticomiméticos, podem elevar o risco de AVC hemorrágico e isquémico. Os mecanismos que lhes estão associados são o vasoespasmó arterial, a subida da tensão arterial, a vasculite e as arritmias cardíacas.

2.2 - Fisiopatologia do AVC

O tecido nervoso é desprovido de reservas sendo totalmente dependente no que diz respeito ao aporte sanguíneo, pois é graças a este que as células nervosas se mantêm activas e o seu metabolismo depende de oxigénio e glicose. A interrupção do aporte numa determinada área do cérebro tem por consequência uma diminuição ou paragem da actividade funcional dessa área, se a mesma for inferior a 3 minutos, a alteração é reversível e a vítima atingida pode restabelecer-se praticamente na totalidade.

Por outro lado, se esse espaço de tempo ultrapassar os 3 minutos, a alteração funcional poderá ser irreversível, originando necrose do tecido nervoso e consequentes sequelas que muitas vezes conduzem a uma incapacidade total ou mesmo a morte. (Lippincott, 2007)

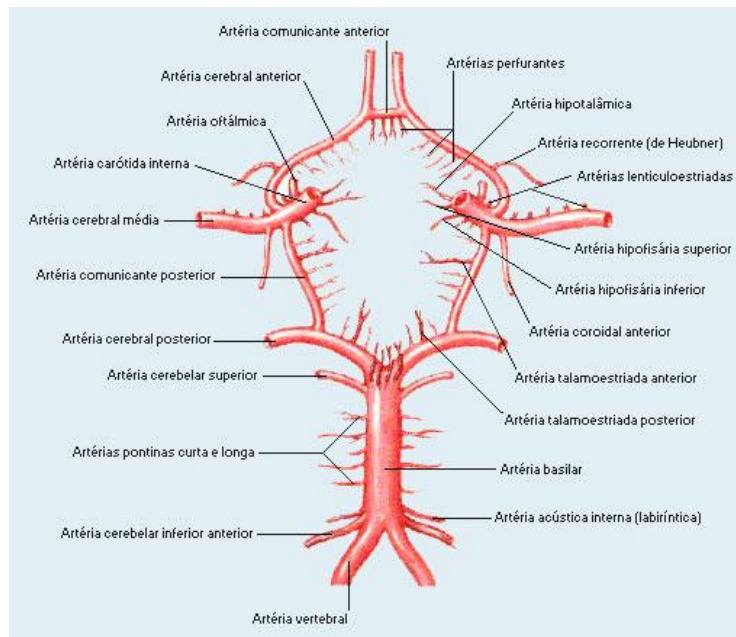
Segundo (Collins, 1997, p.176), *“O acidente vascular cerebral não é uma doença dos neurónios, (...), é a consequência natural de processos mórbidos que afectam os vasos sanguíneos cerebrais”*.

“O cérebro é irrigado por dois grandes pares de vasos sanguíneos: as carótidas internas e as vertebrais. As carótidas irrigam as zonas anteriores do cérebro, incluindo a maior parte dos hemisférios, á excepção dos lobos occipitais. As vertebrais anastomosam-se para irrigar as zonas posteriores do cérebro, incluindo o cerebello, o tronco cerebral e os lobos occipitais”. (Phipps et al, 2003, p.1977)

O polígono de willis é uma região cerebral em que as ramificações das artérias basilar e carótida interna se unem dando origem a uma rede que permite ao sangue circular de um hemisfério para outro, contudo esta circulação de ambos hemisférios mantêm e efectua-se sempre de forma separada.

“... o polígono é formado pelas artérias cerebrais médias; as artérias cerebrais anteriores; a artéria comunicante anterior que liga as cerebrais anteriores; as artérias cerebrais posteriores e as artérias comunicantes posteriores, que ligam as cerebrais médias às cerebrais posteriores, unindo, assim os dois sistemas.” (Phipps et al, 2003, p.1978)

Figura 1 – Polígono de Willis



Fonte: NETTER, Frank H, 2000: p. 197

Se a interrupção do aporte circulatório for inferior a 3 minutos, a alteração é reversível; se esse prazo ultrapassar os 3 minutos, a alteração funcional poderá ser irreversível, originando necrose do tecido nervoso. (Harrison, 2002)

2.3 - Etiologia do AVC

O AVC pode ser causado por dois mecanismos diferentes: oclusão de um vaso provocando isquemia e infarto do território dependente desse vaso ou ruptura vascular originando uma hemorragia intracraniana. Qualquer destes dois grandes grupos pode ser ainda dividido em subgrupos distintos; a obstrução vascular pode ser devida a doença local da parede do vaso, dando origem à formação de um trombo, ou a um êmbolo originado num ponto mais distante da rede vascular e que, entrando na circulação, vai alojar-se num vaso sã e provocar a sua oclusão. Em qualquer dos casos o resultado é a formação de uma zona de infarto. (Harrison, 2002)

“As hemorragias podem dever-se igualmente a dois mecanismos: ruptura de uma malformação vascular (aneurisma ou angioma), ou ruptura de uma artéria intracerebral de pequeno calibre como resultado de arteriosclerose. A ruptura de um aneurisma dá-se no espaço subaracnóideu, provocando uma hemorragia meníngea, enquanto que, as outras origens condicionam habitualmente uma hemorragia intracerebral.” (Harrison, 2002)

Um AVC será, então, o resultado do déficit de aporte de sangue aos tecidos cerebrais, impedindo-os de receber, essencialmente, a glicose e o oxigénio vitais à sua sobrevivência. De entre as causas que podem provocar obstrução das veias e artérias cerebrais e impedem a chegada de sangue ao cérebro, dizem-nos (Phipps et al, 2003) que, “... são um trombo ou uma embolia”.

“As muitas causas de AVC incluem infartos cerebrais, hipertensão arterial, hemorragia cerebral, malformação dos vasos sanguíneos, tumores cerebrais, traumas e outras condições variadas”. (Oliveira, 2003, p.13).

Também (Martins, 2002, p.47) partilha que, as causas que desencadeiam um AVC são um trombo, uma hemorragia, uma embolia ou uma isquémia cerebral transitória.

(Kindersley, 1992, p.1074) diz que um trombo é um *“Coágulo sanguíneo anormal que se forma no interior de um vaso sanguíneo intacto, distinguindo-se assim dos que se formam normalmente para encerrar a parede de um vaso sanguíneo que foi sede de lesões prévias”*. Um êmbolo é um coágulo que poderá ser de sangue ou de outro material, que chega ao cérebro a partir de qualquer região do corpo através da corrente sanguínea.

2.4 - Tipos de AVC

A classificação tipológica desta patologia organiza-se a partir de um critério etiológico ou de uma dimensão territorial. Pode dizer-se que a determinação do tipo de AVC depende do mecanismo que o originou. (Adams & Victor, 1993). Segundo (Martins, 2002, p.51), podemos *“Distinguir três tipos de AVC: os hemorrágicos, os trombóticos e os embólicos”*, assim podem agrupar-se em duas grandes classes: hemorrágicos e isquémicos, fazendo depois subclasses de acordo com a etiologia. Podem ainda dividir-se em subtipos, como pode ser observado no Quadro 1, adaptado de (Harrison, 2002).

Quadro 1 - Subtipos de AVC

Tipos de AVC	Subtipos de AVC
Isquémico	Trombótico Embólico Lacunar
Hemorrágico	Intracerebral Subaracnóide

2.4.1 - AVC Isquémico

“A isquémia é induzida por oclusão de um vaso ou redução de pressão de perfusão cerebral, seja esta provocada por redução do débito cardíaco ou por hipotensão arterial grave e sustentada”, segundo (O’Sullivan, 1993, p. 873). Este tipo de AVC pode originar défices definitivos e ou transitórios, habitualmente designados por acidente isquémico transitório. Um AIT refere-se à temporária interrupção da circulação no cérebro. São episódios caracterizados por defeitos neurológicos focais, de aparecimento súbito e duração não superior a vinte e quatro horas, com recuperação completa.

2.4.1.1 - AVC Trombótico

Um AVC é trombótico quando o processo patológico responsável pela oclusão do vaso se desenvolve no próprio local da oclusão. “*Trombose cerebral refere-se à formação ou desenvolvimento de um coágulo de sangue ou trombo no interior das artérias cerebrais, ou dos seus ramos. Os trombos resultam da aderência e agregação plaquetária, coagulação de fibrina e queda da fibrinólise*”. (O’Sullivan, 1993, p. 874)

Existem dois tipos de trombose, a trombose venosa e a trombose arterial. As trombozes arteriais são as mais frequentes, e resultam da presença de material ateromatoso que obstrui o lúmen de um vaso. As placas de ateroma tem tendência a formar-se nos vasos de maior calibre, em particular, em zonas de bifurcação ou de curvatura de artérias. São frequentemente precedidas por AIT (cerca de 20% dentro do mesmo território arterial). As trombozes venosas constituem uma raridade no conjunto dos quadros de patologia vascular cerebral. (O’ Sullivan, 1993)

“A trombose cerebral é a causa mais frequente de AVC” (Oliveira, 2003, p.12). A causa mais frequente deste tipo de AVC é a arteriosclerose, sendo o grupo etário mais afectado o dos 60 aos 90 anos. A trombose por arteriosclerose é a grande responsável pela lesão vascular cerebral trombótica, assim como o endurecimento e espessamento das artérias. (Netter, 2000)

Kindersley (1992, p.146) diz que arteriosclerose é: *“O conjunto de diferentes situações que provocam o aumento de espessura e a perda de elasticidade das paredes das artérias. A aterosclerose é o tipo mais frequente de arteriosclerose...”*

Segundo (Martins, 2002, p.53) *“Um AVC é trombótico quando o processo patológico responsável pela oclusão do vaso se desenvolve no próprio local da oclusão”*.

2.4.1.2 - AVC Embólico

Embolia cerebral define-se como todo o processo em que se verifica a oclusão arterial por um corpo estranho (êmbolo) em circulação, que são libertados na corrente sanguínea e que se deslocam até às artérias cerebrais. *“As embolias cerebrais são raramente precedidas por AIT mas quando existem não respeitam a mesma árvore arterial”*. (O’ Sullivan, 1993)

“A embolia define-se como um processo de obstrução do lúmen de uma artéria por um corpo estranho em circulação”. (Martins, 2002, p.52)

Para (Kindersley,1992, p. 419) embolia consiste em:

“Oclusão de uma artéria por um corpo estranho transportado pela corrente sanguínea. O agente responsável, o êmbolo, pode ter as mais variadas composições e origens: um coágulo de sangue, uma bolha de ar ou de qualquer outro gás (...), um fragmento de tecido ou tumor, de medula óssea, colesterol ou gordura ou de qualquer substância”.

A formação de êmbolos está vulgarmente associada às doenças cardiovasculares, nomeadamente devido a fibrilhação auricular e outras arritmias; enfarte do miocárdio com trombo mural; endocardite bacteriana subaguda ou aguda; complicações de cirurgia vascular ou de próteses valvulares.

Os êmbolos poderão ter também origem em desordens sistémicas produtoras de êmbolos gasosos (cirurgia ou traumatismo), de êmbolos gordos (fracturas de ossos) ou de êmbolos de origem tumorais. A embolia cerebral é a segunda causa mais comum de AVC, sendo que, os doentes que sofrem uma embolia são geralmente jovens. *“O doente*

com AVC embólico, geralmente, permanece consciente durante a ocorrência, mas é normal que o estado de vigília diminua durante os primeiros dias subsequentes a qualquer tipo de acidente vascular cerebral.” (Phipps et al, 2003, p. 1979)

2.4.1.3 - Síndromes Lacunares

Representam cerca de 10% de todos os AVC's e são resultantes de enfartes por oclusão de ramos perforantes. Os síndromes lacunares ocorrem geralmente em indivíduos com hipertensão arterial não controlada. (O' Sullivan, 1993)

2.4.1.4 - Síndromes Vasculares

A oclusão de diferentes artérias cerebrais origina síndromes vasculares com os seus sinais clínicos específicos e característicos, de cada artéria cerebral envolvida. No quadro 2 descrevem-se os Síndromes resultantes da oclusão das artérias cerebrais.

Quadro 2 - Síndromes resultantes da oclusão das artérias cerebrais

Artérias	Síndromes Clínicas
Artéria Cerebral Anterior	<ul style="list-style-type: none"> - Hemiparésia contralateral, mais acentuada no membro inferior; - Perda sensorial contralateral; - Alterações do funcionamento esfinteriano anal e vesical; - Manifestações mentais, que são mais nítidas e estáveis se o AVC for bilateral; - Alterações do comportamento, se o AVC do lobo frontal for intenso.
Artéria Cerebral Média	<ul style="list-style-type: none"> - Afasia (quando o hemisfério dominante é lesado); - Hemiplegia e/ou hemiparésia contralateral, mais acentuada na face e MS; - Hemianópsia homónima; - Hemihipostesia; - Apraxia; - Alexia.
Artéria Cerebral Posterior	<ul style="list-style-type: none"> - Síndromes sensoriais talâmicos; - Alterações de memória (lesão bilateral); - Hemianópsia homónima; - Cegueira cortical, provocada por lesão bilateral dos lobos occipitais associada a agnosia; - Dislexias e agrafia; - Hemiplegia fugaz; - Ataxia.

Quadro 2 - Síndromes resultantes da oclusão das artérias cerebrais

Artérias	Síndromes Clínicas
Artéria Carótida Interna	<ul style="list-style-type: none"> - Hemiplegia contralateral com hemipostesia e afasia (quando o hemisfério cerebral dominante é lesado); - Isquémia retiniana com obnibulação ou perda da visão no olho homolateral; - Inconsciência no momento da oclusão. <p><i>Nota: 40% dos doentes com oclusão da artéria têm, antes do AVC definitivo, acidentes isquémicos transitórios.</i></p>
Artéria Basilar	<ul style="list-style-type: none"> - Hemiplegia contralateral ou tetraplegia; - Paralisia facial; - Disartria e disfagia; - Síndrome de Hornes homolateral; - Perda de consciência e presença de vertigem.
Artéria Vertebrobasilar	<ul style="list-style-type: none"> - Sinais de lesão de nervos cranianos e de conexões cerebelosas homolaterais com sinais sensitivos e motores nos membros contralaterais; - Síndrome de Weber (lesão localizada nos pedúnculos cerebrais); - Paralisia homolateral do nervo oculo-motor comum; - Hemiplegia contralateral.

(adaptado de Cambier *et al.*, 1999)

Na grande maioria das Unidades de AVC, usa-se como método de avaliação clínica para os doentes com AVC, a Classificação da **OCSP** (*Oxfordshire Community Stroke Project*), o AVC Isquémico agudo é assim enquadrado no conjunto de síndromes neurovasculares definidas. Permite localizar a lesão, isto é, deduzir o território arterial afectado. (Bamford, J. M. et al , 2001, p. 142-146)

Depois de recorrer à neuroimagem através da realização de TC-CE e excluir a hemorragia cerebral ou subaracóideia, o síndrome neurovascular passa a ser definido como enfarte cerebral. Esta classificação é usada na Unidade de AVC da ULSNE em Macedo de Cavaleiros e define-se da seguinte forma (Bamford, J. M. et al, 2001, p. 142-146):

- **TACI** (*Total Anterior Circulation Infarct*) – **Enfarte Total da Circulação Anterior**

Intenso défice neurológico, apresentação as seguintes alterações:

- Disfunção das funções superiores (afasia, agnosia, alterações visuo-espaciais, disgrafia, discalculia);

- Hemianópsia homónima;
 - Défice motor / sensorial ipsilateral em pelo menos 2 segmentos corporais (face, membro superior e inferior).
- ***PACI (Partial Anterior Circulation Infarct) – Enfarte Parcial da Circulação Anterior***
 - Défice neurológico moderado, com as seguintes alterações:
 - Duas das alterações do TACI;

Ou:

 - Disfunção das funções superiores isolada;
 - Défice motor mais restrito que no LACI (apenas num braço ou perna).
- ***LACI (Lacunar Anterior Circulation Infarct) – Enfarte Lacunar da Circulação Anterior***
 - Défice motor e / ou sensitivo;
 - Disartria;
 - Sem alterações de novo das funções superiores;
 - Sem alterações de novo dos campos visuais.
- ***POCI (Posterior Circulation Infarct) – Enfarte da Circulação Posterior***
 - Parésias de pares craneanos / défice motor contralateral;
 - Disfunção cerebelosa;
 - Hemianópsia homónima isolada;
 - Défice motor / sensitivo bilateral.

A Classificação da OCSP tem inúmeras vantagens, tais como:

- Informação rápida, económica e de fácil recolha em todos os doentes;
- Razoável concordância entre os observadores;
- Indicador do volume da lesão, do risco de complicações na fase aguda e prognóstico a longo prazo;
- Indicador da patologia vascular subjacente.

2.4.2 - AVC Hemorrágico

“O AVC hemorrágico pode ser definido como um extravasamento de sangue no tecido cerebral, como consequência de uma rotura vascular localizada, mais ou menos difusa, para a qual há diversos factores predisponentes (...). O acidente hemorrágico pode ser então devido a hemorragias cerebrais, parenquimatosa e subaracnóidea.” (Martins, 2002, p.51)

Segundo (André, 1999, p.61), *“A Hipertensão Arterial é a responsável pela maioria das causas de hemorragia cerebral, causando o enfraquecimento da parede arterial e a formação de micro aneurismas de Charcot-Bouchard”*.

No que se refere à hemorragia cerebral, diz (Smeltzer, 1998, p.1736) que: *“... la hemorragia como causa del accidente en 15% de los pacientes.”* As sequelas resultantes do chamado AVC hemorrágico variam consoante a quantidade de sangue que extravasa para o tecido cerebral. O sintoma principal é, ainda segundo este autor, de início súbito, uma cefaleia intensa sendo que, depois consoante o hematoma que se forma, vão surgindo os défices neurológicos.

Os resultados deste tipo de AVC vão desde perdas sensoriais mais ou menos graves, até estados de estupor, coma, ou podem mesmo levar à morte, dependendo da quantidade de sangue perdida e da área de tecido cerebral lesada. O AVC hemorrágico divide-se em três amplas categorias, a hemorragia intracerebral, a hemorragia subaracnóidea e hemorragia intracraniana, consideradas a terceira causa mais frequente de AVC, por sua vez estas últimas verificam-se quando há sangramento para o espaço subaracnóide ou para o próprio tecido cerebral. *“O AVC hemorrágico resulta de uma ruptura de um vaso que pode interferir com a função cerebral através de uma variedade de mecanismos, incluindo destruição ou compressão do tecido cerebral e compressão das estruturas vasculares, levando à isquémia secundária e edema”*. (Oliveira, 2003, p.12)

Face à hemorragia cerebral, o sangue é empurrado para o tecido cerebral adjacente onde vai formar um hematoma, assim as causas mais frequentes desta são: HTA, ruptura de aneurismas saculares ou malformações vasculares, para além de outras causas como traumatismos ou o uso de certos medicamentos.

Podem manifestar-se por hemiplegia contralateral, hemianestesia, hemianopsia, afasia ou indiferença, dependendo do hemisfério envolvido. (Phipps et al, 2003)

“Aproximadamente 15% de todos os AVC’s são hemorragias intracranianas. O AVC Hemorrágico pode ser difuso (sangramento para os espaços subaracnóideu ou intraventricular) ou focal (hemorragia intraparenquimatosa).” (Lee Goldman & Dennis Ausiello, 2005)

A hemorragia subaracnóidea, geralmente é causada por ruptura de vasos na superfície do cérebro, nos ventrículos ou nas proximidades (aneurismas ou malformações vasculares), com sangramento predominantemente para os espaços do líquido céfalo-raquidiano (LCR). A hemorragia intracerebral é causada mais frequentemente pela ruptura de artérias no interior da substância cerebral. Estes dois tipos de AVC’s hemorrágicos têm elevadas taxas de mortalidade dependendo do subtipo e da localização, sendo a prevenção factor essencial para a sua redução, uma vez que não existem terapias totalmente eficazes para a lesão induzida pela hemorragia.

2.5 – Diagnóstico do AVC

Logo que suspeitem de sintomas de AVC, os doentes ou familiares/testemunhas devem contactar os serviços de emergência médica. *“O sucesso do tratamento dos doentes com AVC agudo começa com o reconhecimento pelo público e pelos profissionais de saúde de que o AVC é uma emergência, tal como o enfarte agudo do miocárdio ou o trauma”*. (Ferro et al, 2008, p. 11)

Os doentes com suspeita de AVC devem ser transportados sem demora para o centro médico mais próximo que tenha uma Unidade de AVC que possa proporcionar tratamento precoce. Os doentes com início de sintomas de AVC há menos de 3 horas devem ter prioridade na avaliação e transporte. A história e o exame físico são indícios para uma possibilidade de doença vascular cerebral como causa da sintomatologia do utente. Assim, se o início da sintomatologia for aguda deve sugerir uma doença vascular independentemente da idade, mesmo sem factores de risco associados.

A avaliação laboratorial inclui análises sanguíneas e estudos de imagem (tomografia computadorizada crânio-encefálica ou ressonância nuclear magnética).

“A TAC é usada para determinar a dimensão e o local da lesão, e para excluir a presença de hemorragia, mas a extensão do enfarte não é visível durante cerca de 48 horas”, enquanto: “A RMN permite visualizar a zona isquémica nas primeiras horas subsequentes ao AVC; contudo, o seu elevado custo e acessibilidade limitada, normalmente, fazem da RMN a segunda alternativa de diagnóstico.”

(Phipps et al, 2003, p.1982)

“Apesar de apenas uma minoria de doentes com AVC se apresentar com uma situação de risco de vida imediato, muitos têm alterações fisiológicas significativas ou comorbilidades. Devem ser reconhecidos precocemente os sintomas e sinais que possam prever complicações tardias como enfarte ocupando espaço, hemorragia, ou AVC recorrente e situações médicas como crises hipertensiva, enfarte do miocárdio co-existente, pneumonia de aspiração ou insuficiência cardíaca e renal.” (Ferro et al, 2008, p. 17)

A imagem do cérebro e dos vasos que o irrigam é crucial na avaliação dos doentes com AVC e AIT. A imagem cerebral distingue a isquémia de hemorragia intracraniana e de outras patologias confundíveis com AVC, identifica o tipo e muitas vezes também a causa do AVC. Pode também ajudar a diferenciar entre lesão tecidual irreversível e áreas que podem recuperar, guiando assim o tratamento de urgência e subsequente e pode ajudar a prever o prognóstico. No entanto, para efectuar o diagnóstico de AVC existe um número de outros exames complementares, nomeadamente o exame cardíaco (ECG) e o ecocardiograma, para despiste de arritmias cardíacas e eventuais êmbolos, pode realizar-se também a ultrassonografia carotídea, o doppler transcraniano e a angiografia cerebral. Uma história de abuso de drogas, uso de contraceptivos orais, infecção, trauma ou enxaqueca pode dar pistas importantes, particularmente em doentes jovens. (Ferro et al, 2008, p. 21)

2.6 – Tratamento do AVC

No que respeita ao tratamento de um AVC, as diferenças residem essencialmente no tipo de AVC que o doente sofreu e na fase de desenvolvimento do mesmo.

Um neurologista ou um especialista em AVC deve estar envolvido nos cuidados agudos a doentes com AVC. No tratamento específico do AVC, a terapêutica trombolítica com

rtPA - Activador do plasminogénio tecidual intravenoso (0,9 mg/kg peso corporal, dose máxima 90 mg) administrada dentro de 3 horas após a instalação do AVC, melhora significativamente o prognóstico de doentes com AVC isquémico agudo. É necessária uma maior monitorização nas primeiras 24 horas após trombólise, devido ao risco de hemorragia. *“Ensaio com rtPA, envolvendo um total de 2889 doentes, mostraram uma redução significativa no número de doentes falecidos ou dependentes.”* (Ferro et al, 2008, p. 58)

“O rtPA intravenoso pode também ser benéfico no AVC isquémico agudo, 3 horas após a instalação, mas não é recomendado na rotina clínica”. (Ferro et al, 2008, p. 59)

A terapêutica trombolítica aparenta ser segura e eficaz em diferentes tipos de hospitais, se o diagnóstico for estabelecido por um médico perito em AVC e se a TAC Crânio-encefálica for avaliada por um médico experiente. Quando possível, os riscos e os benefícios do rtPA devem ser discutidos com o doente e a família, antes do início do tratamento. (Ferro et al, 2008, p. 59)

O tratamento médico do AVC pode consistir na terapêutica farmacológica, nomeadamente nos fármacos inibidores da agregação plaquetária, mais especificamente a utilização da aspirina, clopidogrel ou dipiridamol, uma vez que reduzem a aderência das plaquetas e impede o avanço de um AVC assim como a sua posterior recorrência. (Phipps et al, 2003)

(Ferro et al, 2008, p. 45) afirmam que: *“A terapêutica antiagregante plaquetar reduz os eventos vasculares, incluindo enfarte do miocárdio não fatal, AVC não fatal e morte vascular em doentes com AVC ou AIT prévio”.* Os anticoagulantes, nomeadamente a varfarina, também podem ser utilizados como tratamento, contudo o risco de hemorragia não pode ser descurado, este mesmo risco pode resultar em lesão isquémica.

“A anticoagulação oral (INR 2.0 – 3.0) reduz o risco de AVC recorrente em doentes com FA não-valvular.” (Ferro et al, 2008, p. 46). De forma geral, o tratamento inclui estratégias terapêuticas que visam estabilizar o doente crítico, a fim de controlar problemas sistémicos que possam afectar a recuperação do AVC. O controlo destes problemas é uma parte central do tratamento do AVC.

“O tratamento geral inclui cuidados respiratórios e cardíacos, controlo metabólico e dos fluídos, controlo da pressão arterial, a prevenção e o tratamento de situações como convulsões, tromboembolismo venoso, disfagia, pneumonia de aspiração, outras infecções, ou úlceras de pressão, e ocasionalmente o controlo de pressão intracraniana elevada.”

(Ferro et al, 2008, p. 52)

De acordo com (Martins, 2002), na fase sub-aguda ou crónica, deve insistir-se num programa de reabilitação não apenas física mas também, psicológica e social, e actuar na prevenção de novos acidentes vasculares.

2.6.1 – Tratamento em Unidades de AVC

Todos os doentes com AVC agudo necessitam de cuidados especializados multidisciplinares providenciados numa unidade de AVC, e doentes seleccionados necessitarão de intervenções adicionais de alta tecnologia. (Ferro et al 2008, p. 18)

Centros de AVC diferenciados são definidos como centros que proporcionam diagnóstico apropriado e tratamento para a maioria dos doentes com AVC e também alta tecnologia médica e cuidados cirúrgicos, com novos métodos de diagnóstico e de reabilitação, testes especializados, monitorização automática de múltiplos parâmetros fisiológicos, radiologia de intervenção, cirurgia vascular e neurocirurgia. (Ferro et al, 2008, p. 19)

“As unidades de AVC agudas admitem doentes agudos e continuam o tratamento ao longo de vários dias, enquanto as unidades de AVC integradas admitem de forma aguda e continuam o tratamento e reabilitação durante diversas semanas se necessário. As unidades de reabilitação de AVC admitem doentes após 1-2 semanas do início e continuam o tratamento e reabilitação durante diversas semanas se necessário”.

(Ferro et al, 2008, p. 20)

“As equipas de AVC móveis, que oferecem cuidados e tratamento de AVC em diversas enfermarias, provavelmente não influenciam o prognóstico de forma importante e não podem ser recomendadas.”

(Ferro et al, 2008, p. 20)

“Uma unidade de AVC consiste numa área definida de uma enfermaria hospitalar que, exclusivamente ou praticamente exclusivamente, cuida de doentes com AVC e dispõe de uma equipa multidisciplinar especializada”. (Ferro et al, 2008, p. 19)

A finalidade das U.AVC é reduzir o internamento em hospitais de agudos, a incapacidade funcional, as complicações pós-AVC e o número de doentes que necessitam de cuidados de enfermagem em casa ou nas unidades de doentes crónicos, assim como facilitar o retorno ao seu ambiente familiar e, tanto quanto possível, ao seu local de trabalho. Todos os doentes com AVC deverão ter acesso, na fase aguda, a cuidados diferenciados, vocacionados para o tratamento de tais situações. Por isso, deverá ser constituída uma rede articulada de cuidados de saúde para tratamento ou encaminhamento para a unidade mais adequada, dos doentes com AVC.

Está comprovado que o tratamento de doentes com AVC isquémico nestas unidades, reduz significativamente a mortalidade, a incapacidade e a necessidade de assistência institucional comparativamente ao tratamento numa enfermaria convencional. Nas Unidades de AVC existem procedimentos estandardizados quer tecnológicos quer de cuidados humanos que possibilitam o tratamento mais adequado a cada situação. (*Documento orientador sobre as Vias Verdes do EAM e do AVC do Alto Comissariado da Saúde - Oliveira, 2007, p.99*). Ainda segundo o mesmo documento orientador, tais unidades estando implantadas na comunidade, devem estar adaptadas de acordo com as necessidades locais, terão dimensão e valências diversas. Estabelecem-se assim 3 níveis de Unidades de AVC por ordem decrescente de competências técnicas:

- A) Unidades Centrais de AVC;
- B) Unidades Regionais de AVC;
- C) Unidades Básicas de AVC.

A principal diferença entre estas unidades é que, as de nível A (Centrais) e de nível B (Regionais), estão aptas a fazer fibrinólise intravenosa, enquanto que, as do tipo C (Locais) não estão. A Unidade de AVC em Macedo de Cavaleiros é a unidade de referência do distrito de Bragança para o tratamento do doente com AVC em fase aguda (apesar de ser de Nível C), isto porque a trombólise é efectuada ou no serviço de urgência da Unidade Hospitalar de Bragança, ou então na do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e

Alto Douro, na Unidade de Vila Real, conforme activação da Via Verde do AVC através do CODU.

Todo o doente que entra na Unidade Local de Saúde do Nordeste com activação da Via Verde do AVC, para a urgência médico-cirúrgica em Bragança, onde pode ter critérios para trombólise, ou proveniente das restantes urgências (SUB em Macedo de Cavaleiros, Mogadouro e médico-cirúrgica em Mirandela), ou então de qualquer serviço de internamento, desde que seja efectuado o diagnóstico de AVC e seja logisticamente possível, o doente é encaminhado para a Unidade de AVC em Macedo de Cavaleiros.

Também são admitidos nesta unidade, doentes provenientes do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e do Centro Hospitalar do Porto, se a sua área de residência for uma localidade do distrito de Bragança.

Como este estudo é efectuado na Unidade de AVC da ULS Nordeste, em Macedo de Cavaleiros, é importante referir que trata exclusivamente doentes com AVC em fase aguda (instalação súbita dos sintomas), e tem as seguintes estratégias de actuação:

- Avaliação médica e de diagnóstico, incluindo imagem (TC-CE), avaliação precoce das necessidades de enfermagem e de tratamento (não inclui trombólise);
- Vigilância do nível de consciência (ex. Escala de Coma de Glasgow); Resposta pupilar; Oculomotricidade; Avaliação das funções superiores; Linguagem, Deglutição; Movimento muscular e articular; Temperatura; Frequência do pulso; Monitorização electrocardiográfica; Tensão arterial; Frequência respiratória (dificuldade respiratória); Oximetria de pulso e Estado de hidratação;
- Cuidados precoces, consistindo em mobilização precoce; prevenção de complicações e tratamento da hipoxia; hiperglicémia; febre; desidratação; insuficiência renal; desequilíbrio hidroelectrolítico; complicações cardíacas e hipertensão; pneumonia; infecção urinária; tromboembolismo pulmonar; EAM; ICC; EAP; escaras e acidentes / quedas;
- Avaliação funcional do doente com índice de Barthel, na admissão, ao 5º dia, na alta e consulta de vasculares (2 meses após a alta);

- Identificar e prevenir co-morbilidades médicas;
- Reabilitação contínua, envolvendo cuidados coordenados de uma equipa multidisciplinar e avaliação precoce das necessidades após a alta;
- Consulta de Vasculares, cerca de 2 meses após a alta; (avaliação de TA, FC e Pesquisa da glicémia capilar; avaliação funcional com Índice de Barthel; ensino ao doente e família e análise da evolução funcional desde a admissão até à consulta).

Na alta, o doente leva carta para médico assistente, carta de alta de enfermagem, exames complementares de diagnóstico com data a realizar (geralmente Ecocardiograma), consulta Vasculares marcada e receita médica.

O programa de reabilitação é efectuado diariamente quer pelos enfermeiros de reabilitação no serviço, quer pelos fisioterapeutas (no ginásio), seguindo um plano de cuidados ajustado às necessidades de cada doente. Tem continuidade no ambulatório, em Unidade de Cuidados Continuados (na Convalescença ou de Média Duração e Reabilitação). Apenas os doentes independentes não têm essa prescrição.

A criação de equipas multidisciplinares para o tratamento na fase aguda do AVC tornaram-se realidade e a Unidade de AVC pode hoje considerar-se como centro de aplicação dos métodos de fase aguda e de evidência científica demonstrada, bem como de centros multidisciplinadores de investigação. (Lopes, 2011, p.2-3), acrescenta ainda que *“Unidade de AVC significa que os cuidados prestados aos doentes com AVC acontecem numa área bem definida com o apoio de um grupo profissional multidisciplinar”*.

O documento orientador sobre as Vias Verdes do EAM e do AVC do Alto Comissariado da Saúde, 2007, p.88, define como *Sinais de Alerta para o AVC* a instalação súbita de:

- ❖ Boca ao lado;
- ❖ Dificuldade em falar;
- ❖ Falta de força num braço.

Está provado que a referenciação precoce dos doentes com AVC é eficaz, permitindo a rápida identificação do tipo de AVC e, no caso do AVC isquémico agudo, a possibilidade de tratamento trombolítico. O internamento precoce destes doentes em Unidades de AVC reduz a morbilidade e a mortalidade a curto e longo prazo e também os custos associados ao tratamento. A redução do tempo de demora entre o início dos sintomas e o início do tratamento constitui um objectivo prioritário em todos os programas de AVC, particularmente do AVC isquémico, onde a janela terapêutica para trombólise se situa nas primeiras três horas após o início dos sintomas. (Documento orientador sobre as Vias Verdes do EAM e do AVC do Alto Comissariado da Saúde, 2007, p.88)

2.7 - Problemas Associados à Lesão Neurológica Provocada por AVC

ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES MOTORAS

“Logo após o AVC, o hemicorpo afectado apresenta um estado de flacidez sem movimentos voluntários ou seja o tónus é muito baixo para iniciar o movimento, não há resistência ao movimento passivo e o indivíduo é incapaz de manter um membro em qualquer posição, especialmente durante as primeiras semanas. Em alguns casos a flacidez permanece por apenas algumas horas ou dias mas raramente persiste indefinidamente.”

(Bobath, 1990, p. 86)

Todas estas alterações levam à ausência de consciencialização e de perda dos padrões de movimento do hemicorpo afectado, bem como a padrões inadequados do lado não afectado. Assim, o indivíduo não consegue rolar, sentar-se sem apoio, manter-se de pé, e tem tendência para transferir o seu peso para o lado são, por falta de noção da linha média.

A espasticidade produz características típicas como as posturas anormais e os movimentos estereotipados. A distribuição anormal do tónus é variável, sendo normalmente mais intensa em certos padrões que envolvem os músculos anti-gravíticos do hemicorpo afectado, nomeadamente, os flexores do membro superior e os extensores do membro inferior. O mecanismo de controlo postural é a base para a realização dos movimentos voluntários normais especializados. (Bobath, 1990)

ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES SENSORIAIS

As alterações sensoriais mais frequentes e observáveis nos casos de lesão neurológica do hemicorpo, são os défices sensoriais superficiais, proprioceptivos e visuais. “A diminuição e ou abolição da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa), contribui para o aparecimento de disfunções perceptivas (alterações da imagem corporal, negligência unilateral), e para o risco de auto lesões”. (Bobath, 1990, p.86)

A diminuição da sensibilidade proprioceptiva (postural e vibratória) contribui para a perda da capacidade para executar movimentos eficientes e controlados, para a diminuição da sensação e noção de posição e de movimento, impedindo e diminuindo novas aprendizagens motoras no hemicorpo afectado. São bastante comuns em indivíduos que sofreram um AVC distúrbios do campo visual (diminuição da acuidade visual, hemianopsia e diplopia).

O distúrbio visual mais comum é a hemianopsia homónima (cegueira da metade nasal de um dos olhos e da metade temporal do outro olho). (Bobath, 1990)

ALTERAÇÃO DAS FUNÇÕES PERCEPTIVAS

As lesões do hemisfério não dominante (para a maioria dos indivíduos o hemisfério direito), produzem distúrbios da percepção. Podem ser a nível da figura de fundo, posição no espaço, constância da forma, percepção da profundidade, relações espaciais e orientação topográfica. A apraxia e a agnosia são outros dos distúrbios frequentes em indivíduos que sofreram um AVC.

A apraxia consiste na incapacidade para programar uma sequência de movimentos, apesar das funções motora e sensorial estarem aparentemente conservadas. “A agnosia, consiste na incapacidade de reconhecer objectos familiares de uso pessoal e de lhe dar uma função, ainda que os órgãos sensoriais não estejam lesados”. (Bobath, 1990). Surgem também alterações a nível da imagem e esquema corporal, onde se incluem a negligência unilateral dos membros e falhas na discriminação esquerda/direita.

ALTERAÇÃO DA LINGUAGEM

Os problemas da comunicação são frequentes nos indivíduos que sofreram um AVC, por obstrução da artéria cerebral média no hemisfério esquerdo. *“A afasia é uma perturbação da linguagem que resulta de uma lesão cerebral, localizada nas estruturas que se supõe estarem envolvidas no processo da linguagem.”* (Caldas, 1999, p. 53)

A afasia consiste numa perturbação, mais ou menos grave, da linguagem oral e escrita e da compreensão da palavra falada ou escrita.

A afasia pode, assim, afectar a compreensão daquilo que os outros estão a tentar comunicar ao doente, podendo existir, portanto, uma incapacidade para perceber e seguir orientações dadas por outros, bem como interpretar situações. (Leal, 2001)

ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO

Os indivíduos com lesão do hemicorpo direito têm um comportamento lento, são muito cuidadosos, incertos e inseguros, logo, ao desempenharem tarefas estes apresentam-se ansiosos e hesitantes, exigindo frequentemente “feedback” e apoio. Eles também tendem a ser realistas na avaliação dos próprios problemas. A labilidade emocional é geralmente encontrada nos casos de hemiplegia. O indivíduo apresenta emoções instáveis, sendo capaz de inibir a expressão das emoções espontâneas, que rapidamente alteram o seu comportamento emocional sem qualquer razão aparente. (Caldas, 1999)

2.7.1 - Problemas Secundários e Complicações das Lesões Neurológicas por AVC

Os indivíduos com lesão neurológica do hemicorpo estão predispostos ao aparecimento de problemas secundários e/ou complicações, relacionados com o seu estado patológico que frequentemente, funcionam como um obstáculo à reabilitação dos mesmos. (Caldas, 1999)

De acordo com (Ferro et al, 2008, p. 70), as complicações possíveis de um AVC incluem pneumonia de aspiração; trombose venosa profunda e embolismo pulmonar; infecção do tracto respiratório; infecções do tracto urinário e incontinência; obstipação;

lesão dos tecidos moles; úlceras de pressão; convulsões; quedas; agitação psicomotora; depressão; disfagia e desidratação.

Para além destas complicações existem ainda alguns problemas motores, que surgem como complicação secundária da hemiplegia, sendo mais frequente o síndrome ombro-mão; ombro doloroso; subluxação do ombro; edema da mão; espasticidade; rigidez e anquilose articular.

3 - Reabilitação do Doente com AVC

A Enfermagem em Reabilitação constitui uma área muito específica e, na qual, o conhecimento exige sempre um aprofundamento de conceitos teórico-práticos. A existência de uma boa fundamentação teórica é imprescindível para uma adequada prestação de cuidados, na medida em que permite o desenvolvimento de competências profissionais que se reflectem na qualidade dos mesmos.

Mesmo em unidades de agudos com todos os recursos incluindo trombólise, menos de um terço dos doentes com AVC recuperam na totalidade. A reabilitação pretende capacitar os indivíduos com défice, para obterem e manterem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais óptimas. Os objectivos da reabilitação variam desde o objectivo inicial de minimizar o défice, às intervenções mais complexas destinadas a encorajar uma participação activa. (Ferro et al, 2008, p. 72)

O Processo de Reabilitação é sem dúvida fundamental, pois permite aos utentes, afectados por acidentes vasculares cerebrais, mais qualidade de vida. Para que esta reabilitação seja levada a cabo com sucesso requer esforço e empenho dos profissionais de saúde assim como dos utentes vítimas desta mesma patologia. A enfermagem de reabilitação está vocacionada para a aplicação precoce de técnicas de reabilitação específicas com o intuito de evitar sequelas e complicações inerentes à situação clínica e imobilidade, aproveitando ao máximo as capacidades para o restauro da função e diminuição de incapacidades, contribuindo para uma rápida reintegração do doente na família e comunidade e conseqüente redução dos dias de internamento.

“Uma característica essencial das unidades de AVC é a de que a reabilitação é prestada por uma equipa especializada e multidisciplinar. A “Stroke Unit Trialists Collaboration” demonstrou uma melhoria na sobrevida e resultado funcional dos doentes tratados numa enfermaria dedicada a AVC, bem como os benefícios funcionais a longo prazo destas unidades”. (Ferro et al, 2008, p. 72)

Ainda os mesmos autores referem que o início precoce da reabilitação é uma característica fundamental dos cuidados prestados nas unidades de AVC.

As três principais metas da Enfermagem de Reabilitação são: maximizar a determinação própria; restaurar funções e otimizar as escolhas do estilo de vida do utente. A reabilitação intensiva e precoce com uma equipe trabalhando integrada e em conjunto com o doente, pode alcançar bons resultados. (O' Sullivan, 1993)

Segundo (Ferro et al, 2008, p. 73)

“Os ensaios que compararam início precoce e tardio da reabilitação revelaram melhor prognóstico se o tratamento for iniciado dentro dos primeiros 20-30 dias após o AVC. Muitas das complicações imediatas dos AVC's (trombose venosa profunda, escara, contractura, obstipação e pneumonia de aspiração) estão relacionadas com a imobilidade, e assim, a mobilização é um componente fundamental da reabilitação precoce”.

Verificou-se uma associação entre o aumento de intensidade da reabilitação, especialmente do tempo despendido a treinar as Actividades de Vida Diária e a melhoria dos resultados funcionais. (Ferro et al, 2008, p. 74)

“A organização e qualidade dos cuidados pode ser mais importante que o número absoluto de horas de terapia. Numa comparação entre um grupo multidisciplinar com especial competência em AVC e a habitual reabilitação prestada na enfermaria, o grupo com especial competência em AVC obteve melhores resultados com menos horas de terapia”. (Ferro et al, 2008, p. 74)

Os resultados dos ensaios sobre as unidades de AVC, favorecem as equipas multidisciplinares coordenadas, com especial competência em cuidados a doentes com AVC. A composição destas equipas não está formalmente determinada mas inclui médicos com especial competência em AVC, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala. (Ferro et al, 2008, p. 75)

3.1 - Avaliação Funcional do Doente através do Índice de Barthel

O índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Na versão original a pontuação da escala varia de 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos).

A pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as atividades de vida diária avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência total para as mesmas AVD, como se verifica no quadro 7 e 8. (Mahoney e Barthel, 1965)

Quadro 3 – Avaliação padronizada: Índice de Barthel

	0	5	10	15
Alimentação	Incapaz	Com ajuda	Independente	
Higiene Pessoal	Com ajuda	Independente		
Controlo Vesical	Incontinente ou Algaliado	Problemas Ocasionais	Continente	
Controlo Anal	Incontinente	Acidentes Ocasionais	Sem problemas	
Transferência	Incapaz	Muita ajuda	Alguma ajuda	Independente
Deslocação / Mobilização	Imobilidade	Independente em Cadeira Rodas	Com ajuda	Independente
WC	Dependente	Com ajuda	Independente	
Vestir	Dependente	Com ajuda	Independente	
Banho	Dependente	Sem ajuda		
Subir/descer escadas	Incapaz	Com ajuda	Independente	

Quadro 4 – Score atingido no Índice de Barthel: grau de dependência

Autónomo	100 pontos
Dependente Leve	> 60 pontos
Dependente Moderado	> 40 e ≤ 60 pontos
Dependente Grave	≥ 20 e ≤ 40 pontos
Dependente Total	< 20 pontos

(score: 0-100 pontos)

“No sentido de facilitar a interpretação da escala, alguns autores (Azeredo e Matos, 2003; Duncan, Jorgensen e Wade, 2000; Hu et al., 1989; Imaginário, 2002) têm proposto a subdivisão do escore total do IB em diferentes categorias (habitualmente quatro ou cinco), embora difiram nos pontos de corte cut-off, o que dificulta a posterior comparação dos resultados. Apesar desta variabilidade, no âmbito da prática clínica, parece consensual a proposta de Granger e colaboradores, citado por (Sulter, Steen e Keyser, 1999), que refere que o escore 60 corresponde ao «ponto de viragem» entre independência/ dependência.” (Araújo et al, 2007, p.61)

Em estudos internacionais, o Índice de Barthel é um dos instrumentos de avaliação de AVD que apresenta resultados de confiabilidade e validade muito consistentes. (Paixão, Júnior, 2005)

(Minosso, Jéssica et al, 2010), publicam um estudo desenvolvido no Centro de Saúde Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, concluindo que:

“A análise fatorial para a escala traduzida confirmou a estrutura de um domínio da escala original e a carga fatorial foi considerada boa. Em comparação com estudos internacionais de avaliação de validade e confiabilidade da MIF e do Índice de Barthel, o presente estudo comprovou a confiabilidade e a validade dessa versão em Português. O estudo atingiu o objetivo proposto quanto à análise da confiabilidade e da validade do Índice de Barthel para idosos em atendimento ambulatorial, no contexto brasileiro. A análise estatística revelou que esta versão do Índice de Barthel é confiável.”

“As qualidades psicométricas do instrumento estão essencialmente documentadas em estudos com doentes com acidente vascular cerebral (AVC)” (Araújo et al, 2007, p.60)

O estudo desenvolvido por (Araújo et al, 2007, p. 62) revelou que:

“O índice de Barthel é um instrumento com um nível de fidelidade elevado pois utilizou o alfa de Cronbach no sentido de analisar a consistência interna deste instrumento. Este procedimento é o mais utilizado e referido na literatura, sendo o seu valor calculado com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste (Ribeiro,1999). Segundo este mesmo autor uma boa consistência interna deve exceder um alfa de 0,80. Nesta consonância verifica-se um nível de fidelidade elevado, suportado por um alpha de Cronbach de 0,96.”

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

Estudos da Direcção Geral da Saúde, publicados nas recomendações das Unidades de AVC, em 2001, revelam que três meses após o AVC, 24% dos doentes são dependentes graves, 18% ficam com dependência leve e 30% são independentes.

“Actualmente, o IB continua a ser amplamente utilizado, essencialmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação e vários autores consideram-no o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVD. A fácil aplicação e interpretação, baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente (o que permite monitorizações longitudinais), o consumir pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida construída sobre bases empíricas uma das mais utilizadas na clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência dos idosos para realizar dez actividades básicas do seu quotidiano.” (Araújo et al, 2007, p.61)

A reeducação das actividades da vida diária é muito importante para a reinserção sócio-familiar, apesar de ser um processo moroso e que acarreta dificuldades não só para o utente como para o enfermeiro e/ou família. Para capacitar o doente nas actividades do auto-cuidado e de vida diária, é preciso tempo para ensinar e treinar junto com o doente e familiares, de forma a que seja ele a fazer o máximo de actividades possível. (Leal, 2001)

Sempre que se executam técnicas de reabilitação, é importante monitorizar os cuidados prestados através da avaliação do doente e da sua evolução funcional usando escalas validadas.

Durante o treino das AVD, é princípio básico deixar o indivíduo actuar sozinho, dentro das suas possibilidades, de modo a obter maior autonomia e aumentar a sua auto-estima, para isso é importante o reforço positivo e os parabéns na execução das actividades. As diferentes intervenções de reabilitação têm como objectivo fundamental ajudar os doentes a adaptarem-se às suas incapacidades, favorecer a sua recuperação funcional, motora e sensorial e promover a sua integração familiar, social e profissional.

“Para serem eficazes no processo de reabilitação, os enfermeiros têm que ter a necessária compreensão das técnicas usadas pelos vários terapeutas, de modo que possam planear e trabalhar em colaboração com eles, nos cuidados ao doente. Estes conhecimentos são também usados para ajudar o doente a implementar técnicas adequadas na execução das actividades da vida diária.” (Phipps et al, 2003)

Após a reabilitação inicial, há alguma evidência que a reabilitação de qualquer tipo de AVC reduz a incidência da deterioração funcional e mantém ou melhora as AVD, o que também é verificado no estudo efectuado por Legg, L. et al em 2004.

Pretende-se, como defende (Martins, 2002, p.96), aumentar o tónus muscular do lado afectado, prevenir o desenvolvimento anormal do padrão espástico, o aumento da carga sensitiva e reeducar o movimento controlado, entre outros aspectos de igual relevância. Tudo isto com o intuito de aumentar a independência do indivíduo e permitir uma reabilitação o mais rápida e bem sucedida possível.

3.2 - Fases de Recuperação Motora após o AVC

Para ajudar a pessoa a adaptar-se e a ultrapassar estas fases é imprescindível que entre ela e o enfermeiro se crie uma relação de confiança, compreensão, empatia e entreajuda. Para iniciar o processo de reabilitação no doente pós AVC com vista ao retorno das funções é necessário primeiro partir da compreensão das fases de recuperação motora a que o doente está sujeito. Este processo de recuperação segue habitualmente um padrão tipificado por Brunstrom e sugerido por (Fontes, 1998). As fases que o compõem sugerem uma recuperação contínua, contudo a sua progressão nem sempre se verifica deste modo, muitos são aqueles que não ultrapassam a fase flácida ou a fase espástica, situações que interferem negativamente no processo de recuperação.

Quadro 5 – Fases de recuperação motora após AVC

Flacidez	Não há movimento voluntário nem tónus muscular
Sinergia parcial	Verificam-se movimentos mínimos no padrão de flexão, desenvolve-se o tónus muscular e a contracção voluntária ou espástica dos músculos.
Sinergia (actuação convergente dos músculos em estereótipos de movimento)	Existe espasticidade e movimento das articulações dentro do padrão sinérgico.
Início da recuperação	Verifica-se um progressivo controlo dos movimentos fora do quadro sinérgico e a diminuição da espasticidade.
Fase intermédia	Os movimentos não se assemelham a padrões estereotipados e a espasticidade não produz influência.
Recuperação	O movimento assemelha-se ao normal. Não se verifica espasticidade.

Adaptado de: SCHENK, Elizabeth A. - “Intervenções junto de pessoas com problemas neurológicos” in PHIPPS Wilma J. [et al] - **Enfermagem Medico-Cirúrgica: Conceito e Prática Clínica**. 2ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-96610-0-6. cap.59 e 63.

O posicionamento que o doente adopta evidencia as articulações em flexão ou extensão, rígidas, deformadas e em posições não funcionais, o doente desenvolve uma paralisia espástica e em consequência da imobilidade uma atrofia articular que pode conduzir a contractura com ou sem espasmo, salvo se o enfermeiro contrarie esta posição e promova um posicionamento o mais anatómico possível prevenindo a deformação.

Ferro et al em 2000 sugerem que estas mobilizações se iniciem desde o primeiro dia, os posicionamentos terapêuticamente correctos são e devem ser então o primeiro passo na recuperação da pessoa com hemiplegia após AVC. A maioria dos autores preconiza o posicionamento do doente com lesões neurológicas, no padrão anti-espástico.

É necessário também para que sejam prevenidas o aparecimento de outras complicações. Esta actividade de enfermagem é independente e não necessita de qualquer prescrição médica, implica uma avaliação do doente e a eleição de posicionamentos e equipamento apropriados.

3.3 – Posicionamentos no Doente com AVC

SENTADO NA CAMA OU CADEIRA: A pessoa deve sentar-se na cama o mais recta possível, utilizando uma almofada para apoiar toda a zona dorsal, evitando assim que o corpo descaia para um dos lados. O membro superior afectado deve repousar sobre uma almofada ao longo do corpo e em extensão. O membro inferior apoia também numa almofada fina permitindo a ligeira flexão do joelho e rotação interna do membro.

Figura 2 – Posicionamento do doente com AVC na Cama / Cadeira



Fonte: HINBS, David M. – **After Stroke**. London: Thorsons, 2010, 210 p. ISBN 0-7225-3885-5.

Quadro 6 – Posicionamentos anti-espásticos em decúbito dorsal

Decúbito Dorsal	Este deve ser o decúbito menos frequente, pois predispõe à máxima espasticidade extensora.
Cabeça	A almofada deve ser usada como apoio da cabeça, pescoço e ombros, permitindo o alinhamento em relação ao resto do corpo. A cabeça deve repousar em flexão lateral voltada para o lado são.
Membro Superior Afectado	Deve ser colocada uma almofada que acompanhe todo o membro superior desde o ombro até à mão, permitindo a protração do ombro, a extensão e rotação externa do cotovelo e punho e a supinação do antebraço. Os dedos devem estar em extensão, quando necessário usar um rolo que permita a posição anatómica.
Membro Inferior Afectado	Deve ser colocada uma almofada debaixo do quadril de modo a elevá-lo para cima e usar um rolo ou saco de areia para promover a rotação interna da coxa. O joelho não deve assentar numa almofada muito alta pois estimula a deformidade em flexão e impede a circulação. Contudo se se verificar tendência para a hiperextensão pode usar um rolo sob o joelho. O pé é colocado em dorsiflexão. A queda plantar pode ser prevenida pelo alívio do peso da roupa de cama.

Adaptado de: MARTINS, Maria Manuela - “Cuidados de enfermagem ao doente com AVC em internamento hospitalar”. **Geriatrics**. ISSN 0871-5386. Vol. XI, nº 108 (1998)

Quadro 7 – Posicionamentos anti-espásticos em decúbito lateral para o lado afectado

Decúbito Lateral para o Lado Afectado	Este é um dos decúbitos eleitos pela abordagem do neuro desenvolvimento de Bobath. Permite aumentar a carga sensitiva, estimula o tónus muscular preparando a pessoa para suportar o peso do corpo bilateralmente, prevenindo as alterações posturais aquando sentado ou de pé.
Cabeça	A cabeça apoia até ao nível do ombro numa almofada em posição neutra.
Membro Superior Afectado	O ombro fica colocado para a frente (protraído) com rotação externa, o cotovelo e punho ficam em extensão na posição supina. Os dedos devem estar em extensão e abdução.
Membro Inferior Afectado	O membro inferior assenta numa almofada. A anca, o joelho e o tornozelo são posicionados em ligeira flexão. O membro deve ficar em rotação interna.

Adaptado de: MARTINS, Maria Manuela - “Cuidados de enfermagem ao doente com AVC em internamento hospitalar”. **Geriatria**. ISSN 0871-5386. Vol. XI, nº 108 (1998)

Quadro 8 – Posicionamentos anti-espástico em decúbito lateral para o lado são

Decúbito Lateral para o Lado São	Possibilita a alternância de decúbitos. Mantém o padrão anti-espástico desde que o decúbito lateral seja completo.
Cabeça	A cabeça não deve estar apoiada numa almofada para que possa estar o mais baixa possível em relação ao resto do corpo.
Membro Superior Afectado	A omoplata deve estar protraída. O membro apoia numa almofada em extensão, bem como os dedos que devem ainda estar em abdução.
Membro Inferior Afectado	O membro é colocado sob uma almofada em alinhamento com o restante corpo. A coxa e o joelho devem estar ligeiramente flectidos com rotação interna. O pé é colocado em dorsiflexão.

Adaptado de: MARTINS, Maria Manuela - “Cuidados de enfermagem ao doente com AVC em internamento hospitalar”. **Geriatria**. ISSN 0871-5386. Vol. XI, nº 108 (1998)

3.4 – Mobilizações no Doente com AVC

São essenciais as mobilizações passivas e activas assistidas dos membros superiores e inferiores. O programa de mobilizações deve ser planeado após a avaliação inicial efectuada pelo enfermeiro, tendo sempre em consideração a gravidade da situação clínica (Leal, 2001). Este programa de mobilizações deve, então, atender aos seguintes aspectos:

- Deve ser realizado de forma moderada, aproveitando ao máximo as capacidades dos indivíduos;
- Não mobilizar após as refeições e se possível, efectuar os exercícios duas vezes ao dia, não devendo estes causar dor ou fadiga;
- Realizar ensino ao utente/família de modo a obter maiores resultados, pela motivação que será intrínseca e não imposta pelo enfermeiro. O utente que tem capacidade irá conseguir realizar os exercícios sozinho, várias vezes ao dia;
- É vulgar ser dado ao utente uma bola para fazer exercício com a mão lesada, no entanto, o correcto é ajudá-lo a abrir a mão e os dedos, contrariando o padrão espástico;
- Ter em atenção para não “puxar” o braço lesado, mas sim, apoiá-lo;
- O utente para se concentrar necessita de ter um ambiente calmo, relaxante no qual o enfermeiro pode realizar mobilizações passivas e activas assistidas, dos segmentos distais para os proximais. O lado saudável é igualmente mobilizado para não sofrer problemas do foro osteoarticular e muscular. Todo o esquema executado deve incluir exercícios de equilíbrio sentado, em pé, e o treino de marcha;
- Como actividade bilateral é de realçar a automobilização. É um exercício terapêutico que pode ser realizado pelo utente na posição de sentado ou deitado, se necessário com a colaboração do enfermeiro.

Os princípios de (Bobath, 1990) têm em consideração o facto da pessoa que sofreu um AVC não apresentar apenas alterações motoras, mas também sensitivas e de percepção, que interferem directamente na capacidade de sentir o toque e a dor no lado afectado.

Relacionada com as alterações ao nível da percepção surge uma complicação grave designada por descuido ou esquecimento unilateral, isto é, a pessoa só se vê possuidora de um hemicorpo, (o são), ignora e descuida todos os estímulos que advenham do lado acometido. O principal objectivo dos princípios preconizados por Bobath é a melhoria funcional do lado afectado, de modo a que a função normal bilateral possa ser restaurada.

A reabilitação deve ser iniciada o mais precoce possível. Nas primeiras 24 horas o doente que sofre um AVC deve manter repouso no leito não estando contra-indicada a sua mobilização. Assim sendo, uma das primeiras preocupações do doente e dos técnicos que lhe prestam cuidados é a recuperação da mobilidade de forma independente e auto-suficiente no leito. Actividades rotineiras como fazer a cama, colocar a arrastadeira, posicionar, dependem directamente da capacidade da pessoa poder colaborar nelas, ao mesmo tempo que ao realizá-las exercita os membros estimulando a circulação sanguínea e prevenindo as anquiloses.

Para colocar a arrastadeira, mudar a fralda ou calças, a pessoa deve ser ensinada a fazer o exercício da “ponte”, isto é, apoiar-se na região dorsal, dobrar os joelhos, contrair os glúteos e levantar a pelve.

A posição de ponte (decúbito dorsal com joelhos flectidos) inibe o aumento do espasmo extensor no membro inferior hemiplégico e permite iniciar o suporte do peso do membro afectado necessário na recuperação da posição erecta e da marcha.

Para fazer a cama ocupada, ou ajudar o doente a rolar e posicionar-se, o enfermeiro necessita que ele seja capaz de rolar em lateral para os dois lados. O doente poderá colaborar entrelaçando as mãos, puxando-as para a frente, flectir os joelhos e voltar a cabeça no sentido do lado para onde vai girar, assim o enfermeiro completará a volta rolando a pessoa, utilizando como locais de apoio os joelhos e a omoplata.

Esta actividade envolve o exercício dos músculos do tronco, promove a consciência de ambos lados, previne a espasticidade e proporciona a mobilização activa dos membros, retomando o reflexo postural perdido.

Por outro lado, no leito são essenciais as mobilizações dos membros, que passam por diferentes exercícios, como a flexão, extensão, rotação, abdução e adução dos mesmos.

Figura 3 – Mobilização dos membros superiores e inferiores



Fonte: STRYKER, Ruth Perin - **Enfermeria de Reabilitacion**. México: Interamericana, 1974.

LEVANTE DO DOENTE COM AVC

Para a preparação para o levante são essenciais a correcção postural na cama e os exercícios de equilíbrio estático e dinâmico com o utente sentado e posteriormente em pé. Os exercícios de equilíbrio têm como finalidades principais: reeducar o mecanismo reflexo-postural; inibir a espasticidade; treinar o equilíbrio e estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e membro inferior. O utente deve sair da cama pelo lado hemiplégico e entrar pelo lado são, o que implica que antecipadamente se realizem exercícios terapêuticos centrados no lado afectado, tais como, rolar na cama, inclinar na cama com ajuda do braço e o treino de equilíbrio já referido. É este tipo de transferência que imprime maiores dificuldades na execução mas com vantagens futuras na reabilitação do utente. (Leal, 2001)

TREINO DE MARCHA DO DOENTE COM AVC

Até iniciar o treino de marcha, o utente deve ter conhecimento de que é importante evitar a posição de extensão máxima do joelho e transferir o peso para a perna afectada, pelo que são importantes os exercícios de equilíbrio em pé. De acordo com a gravidade do caso, o enfermeiro pode ter que se colocar ao lado do utente de forma a ampará-lo lateralmente. O enfermeiro segura a mão lesada com a sua do mesmo lado, como se estivesse a dar um aperto de mão. Exerce uma pressão axial através do braço, elevando o ombro lesado. O cotovelo, pulso e os dedos deverão estar virados para fora, a anca deve estar direita, o tronco e a cabeça erguidos, desta forma o utente sentirá maior segurança. (Leal, 2001)

O treino deve ser de curta duração e realizado várias vezes ao dia. Pode haver a necessidade de recorrer a meios auxiliares de marcha, como: bengala, andarilho, canadiana e pirâmide de três ou quatro pés. Se o treino inclui o subir e descer de escadas, é aconselhável a existência de dois corrimões, um de cada lado das escadas ou um só no centro. O ensino e acompanhamento são fundamentais e devem ser direccionados, não só para a mobilidade e autonomia motora mas, igualmente, para os aspectos psicológicos, tais como o medo, angústia e o pavor manifestado pelos utentes. Estes têm receio das quedas, incapacidade funcional, muitas vezes associado às más condições habitacionais e ao deficiente apoio sócio-familiar. (Leal, 2001)

“O enfermeiro e/ou familiar não pode ser demasiado rígido nas técnicas e é benéfico elogiar todos os pequenos progressos que a pessoa realiza, mesmo com lentidão e dificuldade. Deve-se tentar sempre que as actividades executadas sejam com o lado afectado”. (Leal, 2001)

Muitas das complicações imediatas do AVC (trombose venosa profunda, escara, contractura, obstipação e pneumonia de aspiração) estão relacionadas com a imobilidade, e assim, a mobilização é um componente fundamental da reabilitação precoce. O momento ideal para iniciar a mobilização não é claro, mas a mobilização nos primeiros dias após AVC parece ser bem tolerada. Os ensaios que compararam o início precoce e tardio da reabilitação revelaram melhor prognóstico se o tratamento for iniciado dentro dos primeiros 20-30 dias após o AVC. (Ferro et al, 2008, p. 73)

“Uma metanálise demonstrou que a reabilitação contínua após a alta durante o primeiro ano após AVC reduz o risco de deterioração funcional e melhora as actividades da vida diária. Há poucos estudos de reabilitação para além de 1 ano após o evento agudo e os dados são inconclusivos para efectuar uma recomendação para reabilitação nesta fase”. (Ferro et al, 2008, p. 73)

“O alvo de incidência da reabilitação não é, pois, apenas a pessoa doente, mas é este e o seu meio, desde a família à comunidade.” (Martins, 2002, p.98).

A mesma autora é da opinião que a reabilitação termina quando o doente conseguir viver com a sua deficiência, incapacidade ou desvantagem, fruto do incidente ocorrido, quer no internamento hospitalar quer no domicílio.

A reabilitação deve incidir ao nível das AVD, na motricidade, transferências, propulsão da cadeira, equilíbrio e deambulação, deglutição, comunicação, nos défices cognitivos e interacção social. Este processo deve aproveitar as capacidades máximas do doente para permitir que se adapte à vida e relação com o meio.

A reabilitação é vital nos doentes que sofreram um AVC para que se possam ajudar a readquirir a função física, psicossocial e profissional. Deve considerar-se o ambiente familiar como componente importante na reabilitação, quer seja pelo aspecto físico e material ou pelo lado afectivo e social, pois a família é uma força que influencia todo o processo de recuperação e doença.

CAPÍTULO II – Estudo Empírico

1 – Metodologia

A metodologia da pesquisa em Enfermagem, constitui um instrumento de trabalho imprescindível, que contribui para assegurar a qualidade e a viabilidade dos resultados de investigação. É ao longo da fase metodológica, que segundo (Fortin, 2003) “...o investigador determina os métodos que utiliza para obter as respostas às questões de investigação ou as hipóteses formuladas.”

1.1 – Tipo de Estudo

O estudo é retrospectivo, tem como objectivo analisar o grau de dependência e a evolução funcional dos doentes internados na Unidade de AVC da ULSNE de Janeiro de 2010 a Setembro de 2011 com avaliação do grau de dependência através do Índice de Barthel. A recolha de dados efectuou-se mediante pedido de autorização à entidade de eleição (Anexo A).

Estabeleceu-se como critério de inclusão no estudo, que todos os doentes internados nesse período fossem avaliados posteriormente em consulta de Vasculares pela mesma equipa prestadora de cuidados. Foi definido como critério de exclusão a ausência na consulta, ficando excluídos do estudo 63 doentes. O doente será respeitado neste estudo quanto ao direito ao anonimato e à confidencialidade, não existe qualquer campo que o possa identificar individualmente. “O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou a prejudicarem.” (Fortin, 2003, p. 118)

Dos 63 doentes ausentes na consulta, mesmo não fazendo parte da nossa amostra para o estudo, é importante referir alguns aspectos. Podemos concluir que 57,15% foi por motivo desconhecido e 42,85% foi por terem falecido no internamento. Dos doentes que faleceram (todos na primeira semana de internamento), 74% tinham como diagnóstico, o TACI e o Hematoma. “No Acidente Vascular Cerebral, o TACI (nos eventos isquémicos) e as hemorragias intracerebrais (nos hemorrágicos), são os que apresentam pior prognóstico e com taxas de mortalidade elevadas, cerca de 60% dos doentes falecem nos 30 dias pós-AVC”. (Hankey, G., 2011)

Tabela 1 – Doentes Excluídos do Estudo

		<i>Doentes Falecidos</i>	<i>Ausentes da Consulta (motivo desconhecido)</i>	
Idade		Média 75,5 anos	Média 75 anos	
		Máximo 95 anos	Máximo 95 anos	
		Mínimo 54 anos	Mínimo 51 anos	
Sexo		Masculino 18 (66,7%)	Masculino 25 (69,5%)	
		Feminino 9 (33,3%)	Feminino 11 (30,5%)	
Diagnóstico	LACI	0 (0%)	8 (22,2%)	
	PACI	2 (7,4%)	8 (22,2%)	
	TACI	10 (37%)	7 (19,5%)	
	POCI	5 (18,6%)	4 (11,1%)	
	HEMATOMA	10 (37%)	6 (16,7%)	
	AIT	0 (0%)	3 (8,3%)	
Total		27 (100%)	36 (100%)	
D E P E N D Ê N C I A	Admissão	Autónomo	0 (0%)	0 (0%)
		Dependente Leve	0 (0%)	8 (22,2%)
		Dependente Moderado	0 (0%)	10 (27,8%)
		Dependente Grave	0 (0%)	4 (11,1%)
		Dependente Total	27 (100%)	14 (38,9%)
	Total	27 (100%)	36 (100%)	
Alta	Autónomo	---	10 (27,8%)	
	Dependente Leve	---	11 (30,5%)	
	Dependente Moderado	---	4 (11,1%)	
	Dependente Grave	---	1 (2,8%)	
	Dependente Total	---	10 (27,8%)	
Total		27 (100%)	36 (100%)	

Nos doentes excluídos do estudo a idade média é de 75 anos, máxima de 95 anos e valor mínimo 54 anos no caso dos falecidos e de 51 anos nos ausentes da consulta. Relativamente ao sexo, 66,7% eram do sexo masculino e 33,3% do sexo feminino. Nos doentes ausentes da consulta por motivo desconhecido, 69,5% eram do sexo masculino e 30,5% do sexo feminino. No grupo dos falecidos, verifica-se que as maiores percentagens (37%) correspondem respectivamente aos diagnósticos de TACI e de Hematoma. Nos ausentes da consulta, 22,2% apresentam o diagnóstico de LACI e de PACI respectivamente, 19,5% o TACI e 16,7% o Hematoma.

Relativamente ao grau de dependência, conclui-se que todos os doentes que faleceram eram dependentes totais na admissão.

Dos ausentes da consulta por motivo desconhecido, na admissão 27,8% eram dependentes moderados, 38,9% eram dependentes totais e não havia nenhum doente autónomo. Na avaliação destes doentes no momento da alta, constata-se que 27,8% eram autónomos, 30,5% eram dependentes leves, 11,1% dependentes moderados e 27,8% dependentes totais, o que revela que houve uma evolução funcional e no grau de dependência nos doentes, desde a admissão até à alta, pois aumentou o nº de doentes autónomos e dependentes leves e diminuiu o nº de doentes dependentes moderados, graves e totais.

1.1.1 – Amostra

Como amostra do estudo temos um total de 219 doentes avaliados desde a admissão até à consulta de vasculares, utilizando como escala de medida, o Índice de Barthel que permite avaliar o grau de dependência dos mesmos através da análise das seguintes funções e actividades: alimentação, higiene pessoal, controlo vesical, controlo anal, transferência cadeira/cama ou vice-versa, mobilidade/deslocação, utilização do WC, vestir-se, banho e subir/descer escadas. Também se avalia a evolução funcional do doente através da monitorização da escala ao longo do tempo.

1.1.2 – Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados foi efectuada com recurso ao registo da avaliação do índice de Barthel em impresso individual (**Anexo B**) e transcrito para folha Excel, em momentos bem definidos. Neste caso a avaliação fez-se na admissão do doente, ao 5º dia de internamento, na alta e na consulta de vasculares (cerca de 2 meses após a alta). Conforme o valor total de avaliação do índice de Barthel, caracteriza-se o grau de dependência do doente da seguinte forma:

Autónomo	100 pontos
Dependente Leve	> 60 pontos
Dependente Moderado	> 40 e ≤ 60 pontos
Dependente Grave	≥ 20 e ≤ 40 pontos
Dependente Total	< 20 pontos

A análise dos dados envolve o estudo descritivo das frequências absolutas e relativas observadas em cada uma das variáveis, assim, como variáveis numéricas quantitativas temos a idade dos doentes e o grau de dependência, transformadas em variáveis qualitativas após serem transformadas em classes, enquanto que, o sexo (masculino/feminino) e diagnóstico médico (LACI D; LACI E; PACI D; PACI E; TACI D; TACI E; POCI; AIT e Hematoma) são variáveis categóricas, pois caracterizam de forma geral a população em estudo. A variável grau de dependência permite não só definir a dependência do doente nas referidas AVD, como também avaliar a sua evolução funcional desde a admissão até à consulta de vasculares.

O presente estudo versa recursos na metodologia tipo exploratório/descritivo simples. O exploratório “...visa denominar, clarificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação.” (Fortin, 2003, p.137) e o “O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população.” (Fortin, 2003, p.164)

Enquadra-se no método quantitativo, que tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. As variáveis escolhidas são mensuráveis, pois recorre-se à análise inferencial, isto é, ao relacionamento entre variáveis. “A abordagem quantitativa, baseada na perspectiva teórica do positivismo, constitui um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo.” (Fortin, 2003, p.322)

Procedeu-se à relação das variáveis, idade, sexo e tipo de diagnóstico, com o grau de dependência no momento da alta e na consulta. Os dados foram organizados informaticamente, primeiro em folha Microsoft Excel® (versão 10 do Office 2010®) e posteriormente em SPSS® para Windows® (versão 20), de forma a serem analisados e tratados estatisticamente.

Para calcular a significância estatística, na relação entre as variáveis, utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) com grau de confiança de 95% e valor de significância de 0,05.

Este teste serve para testar se duas ou mais populações independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica.

Pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais de 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Nos cruzamentos em que não se verificam estas condições, perspectiva-se a utilização do teste do qui-quadrado por simulação de Monte Carlo, com grau de confiança de 99% e valor de significância de 0,01.

Procura determinar a probabilidade de ocorrência de uma determinada situação experimental, através de um conjunto elevado de simulações, baseado na geração aleatória de amostras a partir do conhecimento empírico da população em estudo. (Maroco, J., 2003)

2 – Apresentação e Discussão dos Resultados

“Os resultados provêm dos factos observados no decurso da colheita dos dados; estes factos são analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação lógica com o problema de investigação proposto (...) apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas (...) a interpretação dos resultados far-se-á em seguida através de uma discussão”. (Fortin, 2003)

Tabela 2 – Caracterização da amostra em função da Idade e Sexo

<i>Idade</i>	Frequência	%
<49 anos	3	1,4
[50 e 59] anos	15	6,8
[60 e 69] anos	32	14,6
[70 e 79] anos	78	35,6
[80 e 89] anos	81	37,0
>90 anos	10	4,6
<i>Sexo</i>	Frequência	%
Feminino	99	45,2
Masculino	120	54,8
<i>Total</i>	219	100,0

A média das idades é de 75 anos, com desvio padrão de 10,1 anos. Constata-se que a maioria dos doentes se situa nas faixas etárias acima dos 70 anos, com 35,6% nas idades entre os 70 e 79 anos e 37% com idades compreendidas entre os 80 e 89 anos. 6,8% têm entre 50 e 59 anos e 1,4%, menos de 49 anos.

De acordo com a SPAVC, cerca de 40% dos doentes que sofrem um AVC, têm idade superior a 65 anos.

No nosso estudo esse valor é ainda superior, uma vez que cerca de 75% dos doentes, se situa maioritariamente nas faixas etárias entre os 70 e 89 anos. “A frequência com que ocorre um AVC aumenta exponencialmente com a idade, acima dos 50 – 60 anos ou a partir dos mesmos.” (Ferro, 2008) e o “...o risco de AVC é directamente proporcional à idade” (Rolak, 1995), aspectos estes também confirmados no estudo.

É mais frequente nas pessoas acima de 45 anos, (Faro, 2005), facto verificado no estudo, uma vez que a idade mínima é de 47 anos e apenas 1,4% da amostra tem idade inferior a 49 anos.

Os doentes que fazem parte da nossa amostra, são maioritariamente do sexo masculino. “Os AVC’s são mais frequentes no sexo masculino.” (Ferro, 2000: p.9). “...no homem a incidência de AVC é ligeiramente superior...” (Rolak, 1995, p.1907).

Na nossa amostra não verificámos diferença percentual significativa em relação ao sexo dos doentes, contudo os resultados do estudo vão de encontro às conclusões dos autores citados.

Tabela 3 - Caracterização da amostra em função do Diagnóstico

	Frequência	%
AIT	18	8,2
Hematoma	23	10,6
LACI D	34	15,5
LACI E	18	8,2
PACI D	18	8,2
PACI E	28	12,8
POCI	30	13,7
TACI D	13	5,9
TACI E	37	16,9
Total	219	100,0

Relativamente ao diagnóstico, 15,5% tiveram um LACI D, 13,7% um POCI e 16,9% um TACI E. Cerca de 10% sofreram um hematoma. (Ferro et al, 2008), concluíram que cerca de 80% dos eventos vasculares são isquémicos e cerca de 15 a 20% são hemorrágicos. Já (Smeltzer, 1998, p.1736) verificou “... la hemorragia como causa del accidente en 15% de los pacientes.”

No nosso estudo, os dados revelam que apenas 10,6% dos doentes sofreram um AVC hemorrágico, não se enquadrando com os valores dos autores citados, 8,2% sofreram um AIT, já no que diz respeito ao AVC isquémico, 81,2% traduzem a ocorrência deste tipo de evento vascular indo de encontro aos estudos citados.

Tabela 4 - Caracterização da amostra em função do Grau de Dependência na Admissão / 5º dia / Alta e Consulta

	<i>Admissão</i>	<i>5º dia</i>	<i>Alta</i>	<i>Consulta</i>
	Frequência / %	Frequência / %	Frequência / %	Frequência / %
Autónomo	8 (3,7)	27 (12,3)	42 (19,2)	69 (31,5)
Dependente Leve	33 (15,1)	52 (23,7)	64 (29,2)	62 (28,3)
Dependente Moderado	40 (18,2)	33 (15,1)	43 (19,7)	29 (13,3)
Dependente Grave	46 (21,0)	52 (23,7)	34 (15,5)	32 (14,6)
Dependente Total	92 (42,0)	55 (25,2)	36 (16,4)	27 (12,3)
Total	219 (100,0)	219 (100,0)	219 (100,0)	219 (100,0)

Na admissão, 42% dos doentes eram dependentes totais. Os dados do estudo vão de encontro a alguns autores, pois o “*O AVC é a patologia responsável pelo maior índice de incapacidade e dependência funcional da população adulta portuguesa.*” (Martins, 2002). Dados da Sociedade Portuguesa do AVC em 2008, revelam que 50% dos doentes que sobrevivem a um AVC ficam com limitações graves nas AVD.

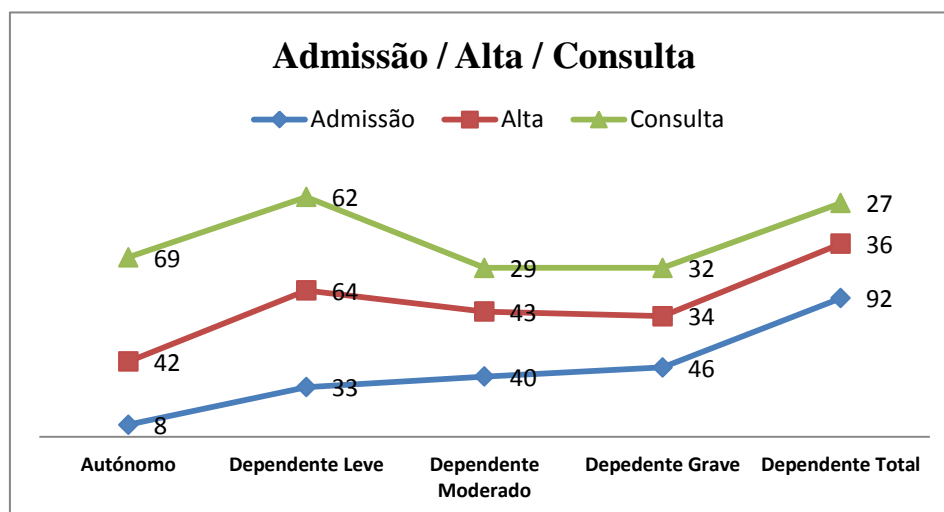
Ao 5º dia, a avaliação do grau de dependência revelou que a percentagem de dependentes totais diminuiu para 25,2%, notando-se uma evolução funcional dos doentes. (Ferro et al, 2008, p.72) afirmam que de acordo com as recomendações da ESO, que a admissão de doentes com AVC agudo deve ser numa Unidade de AVC para receberem cuidados especializados na área do AVC, reabilitação coordenada e multidisciplinar e recomenda-se o início precoce da reabilitação, para potenciar a evolução funcional dos doentes.

Na alta, verifica-se que aumentam os dependentes leves com 29,2% e os autónomos com 19,2% em relação às avaliações anteriores, o que revela bons resultados no que respeita à evolução funcional dos doentes e corrobora dados de outros autores. Segundo a SPAVC em 2008, cerca de 10% dos indivíduos que sofreram um AVC ficam totalmente incapazes e somente em 30% é recuperada a função neurológica anterior. Estudos de (Ferro et al, 2008, p.72), recomendam a alta precoce da Unidade de AVC nos doentes estáveis com défices leves a moderados, desde que existam recursos de reabilitação na comunidade.

Os doentes após a alta seguiram um programa de reabilitação prescrito e individualizado com sessões diárias ou tri-semanais.

Na consulta, cerca de 2 meses após a alta, a avaliação do grau de dependência revelou que 31,5% dos doentes eram autónomos, 28,3% dependentes leves e os dependentes totais eram apenas 12,3%.

Gráfico 1 – Evolução do Grau de Dependência da amostra desde a Admissão até à Consulta



Comparando os dados desde a admissão até à consulta, constata-se facilmente que houve uma evolução significativa no que diz respeito ao grau de dependência, pois aumenta o nº de doentes autónomos e dependentes leves e diminui o nº dos dependentes moderados, graves e totais. “O progresso do programa de Reabilitação não é igual para todas as pessoas, para algumas fica completo ao fim de algumas semanas após o AVC, para outras pode implicar meses ou anos”. (Leal, 2001)

(Ferro et al, 2008, p.19) numa revisão sistemática actualizada e publicada nas *guidelines* para o tratamento do AVC da ESO, confirmaram “... uma redução significativa na letalidade (redução absoluta de 3%), dependência (aumento de 5% de sobreviventes independentes) e na

necessidade de cuidados institucionais (redução de 2%) em doentes tratados em unidades de AVC, comparados com doentes tratados em enfermarias gerais”.

(Ferro et al, 2008, p.73) afirmam que *“Os ensaios que compararam início precoce e tardio da reabilitação revelaram melhor prognóstico se o tratamento for iniciado dentro dos primeiros 20-30 dias após o AVC”.*

Outra pesquisa dos mesmos autores, revela que a reabilitação tem um efeito favorável sobre as AVD, principalmente se a reabilitação inicial for intensiva nos primeiros seis meses.

“Para a recuperação da motricidade são necessários programas terapêuticos nos quais se ministra, orienta, guia e ensina o desempenho funcional adequado, a fim de estimular que os mecanismos de reorganização neural desenvolvam-se de forma ideal, na tentativa de recuperar ao máximo as funções sensório-motoras dos pacientes com lesão neurológica”. (Fontes et al, 1997)

Os dados do nosso estudo vão de encontro aos autores citados, que observaram que os doentes quando tratados numa Unidade de AVC, com um programa de reabilitação diário, apresentam uma evolução funcional favorável e diminui o seu grau de dependência nas AVD. (Ferro et al, 2008, p.72) referem que *“A reabilitação deve continuar após a alta durante o primeiro ano pós-AVC”.*

Para uma descrição mais fácil de investigação, é pertinente relacionar as diferentes variáveis para estudar a intensidade, direcção, relação ou dependência entre elas e testar o nível de significância da correlação.

Assim quisemos perceber se existe relação entre: idade e diagnóstico; sexo e diagnóstico; idade e grau de dependência na alta e na consulta; o sexo com o grau de dependência na alta e na consulta; diagnóstico com o grau de dependência na alta e na consulta.

Tabela 5 - Caracterização da amostra relacionando a Idade e Diagnóstico

		Diagnóstico									<i>Total</i>
		AIT	Hematoma	LACI D	LACI E	PACI D	PACI E	POCI	TACI D	TACI E	
Idade	<49 anos	0 0,0%	0 0,0%	2 0,9%	0 0,0%	1 0,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 1,4%
	[50 e 59] anos	1 0,5%	0 0,0%	5 2,3%	1 0,5%	0 0,0%	3 1,4%	2 0,9%	1 0,5%	2 0,9%	15 6,8%
	[60 e 69] anos	0 0,0%	4 1,8%	6 2,7%	6 2,7%	3 1,4%	1 0,5%	7 3,2%	3 1,4%	2 0,9%	32 14,6%
	[70 e 79] anos	7 3,2%	10 4,6%	8 3,7%	6 2,7%	6 2,7%	13 5,9%	12 5,5%	4 1,8%	12 5,5%	78 35,6%
	[80 e 89] anos	10 4,6%	9 4,1%	11 5,0%	5 2,3%	6 2,7%	10 4,6%	8 3,7%	5 2,3%	17 7,8%	81 37,0%
	>90 anos	0 0,0%	0 0,0%	2 0,9%	0 0,0%	2 0,9%	1 0,5%	1 0,5%	0 0,0%	4 1,8%	10 4,6%
Total		18 8,2%	23 10,5%	34 15,5%	18 8,2%	18 8,2%	28 12,8%	30 13,7%	13 5,9%	37 16,9%	219 100,0%

Na tabela 5, constata-se que em todos os tipos de AVC, a maioria da população se encontra nas idades dos 60 aos 89 anos, com mais relevância no AIT, no hematoma, LACI D, PACI E, POCI e TACI E, o que vai de encontro a outros estudos, pois dados da SPAVC e de Ferro et al em 2008, referem que a incidência do AVC em geral, se situa nas idades maiores (superiores a 65 anos).

Na população portuguesa, dados da Direcção Geral da Saúde em 2004 acerca dos doentes que sofrem um AVC, revelam que a menor parte serão doentes adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos.

Abaixo dos 65 anos de idade são considerados casos raros segundo a mesma fonte, com cerca de 15% de incidência e uma maior parte serão idosos com idades compreendidas entre os 65 e 90 anos. Cerca de 85% dos utentes com AVC possuem mais de 65 anos e 20% mais de 85 anos.

Tabela 6 - Caracterização da amostra relacionando o Sexo e Diagnóstico

		Diagnóstico									
		AIT	Hematoma	LACI D	LACI E	PACI D	PACI E	POCI	TACI D	TACI E	<i>Total</i>
Sexo	Feminino	10 4,6%	9 4,1%	16 7,3%	9 4,1%	7 3,2%	9 4,1%	10 4,6%	9 4,1%	20 9,1%	99 45,2%
	Masculino	8 3,7%	14 6,4%	18 8,2%	9 4,1%	11 5,0%	19 8,7%	20 9,1%	4 1,8%	17 7,8%	120 54,8%
<i>Total</i>		18 8,2%	23 10,5%	34 15,5%	18 8,2%	18 8,2%	28 12,8%	30 13,7%	13 5,9%	37 16,9%	219 100,0%

No cruzamento das variáveis sexo e diagnóstico verifica-se uma maior percentagem de doentes do sexo masculino, no hematoma, LACI D, PACI D, PACI E e no POCI, enquanto que, nos restantes, há mais doentes do sexo feminino.

Ferro et al, 2008, verificaram que o AVC tem maior incidência no sexo masculino, mas que as diferenças não são significativas, nem existe uma correlação entre o género e esta patologia. (Ribeiro, 1998) também afirma que “...há uma predominância de AVC no sexo masculino”. Os dados do nosso estudo, na sua globalidade corroboram os autores citados, uma vez que o sexo masculino tem maior percentagem em 5 dos 9 diagnósticos.

Tabela 7 – Relação entre a Idade e Sexo com o Diagnóstico

	Sig. (Idade)	Sig. (Sexo)
teste qui-quadrado (x2)	,237	,305
Total	219	

Pretende-se verificar se existe relação estatisticamente significativa entre a idade e o diagnóstico, bem como o sexo com o diagnóstico. Como o valor de $p = 0,237$, na idade e $p = 0,305$, na relação com o sexo, com grau de confiança de 95%, podemos concluir que não existe uma relação de dependência entre a idade e o sexo com o diagnóstico. Nem a idade, nem o sexo têm influência sobre o diagnóstico.

Tabela 8 - Caracterização da amostra relacionando a Idade e Grau de Dependência na Alta

		<i>Grau de Dependência na Alta</i>					<i>Total</i>
		Autônomo	Dependente Leve	Dependente Moderado	Dependente Grave	Dependente Total	
<i>Idade</i>	<49 anos	2 (0,9%)	0(0%)	1(0,5%)	0(0%)	0(0%)	3(1,4%)
	[50 e 59] anos	6 (2,7%)	3(1,4%)	3(1,4%)	2(0,9%)	1(0,5%)	15(6,8%)
	[60 e 69] anos	10(4,6%)	12(5,5%)	4(1,8%)	3(1,4%)	3(1,4%)	32(14,6%)
	[70 e 79] anos	19(8,7%)	26(11,9%)	12(5,5%)	10(4,6%)	11(5%)	78(35,6%)
	[80 e 89] anos	5(2,3%)	21(9,6%)	20(9,1%)	18(8,2%)	17(7,8%)	81(37%)
	>90 anos	0(0%)	2(0,9%)	3(1,4%)	1(0,5%)	4(1,8%)	10(4,6%)
Total		42(19,2%)	64(29,2%)	43(19,6%)	34(15,5%)	36(16,4%)	219(100%)

Na tabela 8, que relaciona a idade com o grau de dependência no momento da alta, verifica-se que os doentes com idades entre os 80 e 89 anos, têm um grau de dependência elevado, pois são dependentes moderados, graves e totais, enquanto que num plano inverso, os doentes autônomos e dependentes leves, se situam em idades mais baixas, dos 60 aos 79 anos. Assim podemos concluir que com o mesmo tipo de cuidados e reabilitação, há uma tendência clara para que os doentes com idades mais elevadas fiquem com maior incapacidade funcional e mais dependentes.

Tabela 9 – Relação entre a Idade com o Grau de Dependência na Alta

	Monte Carlo		
	Sig.	Grau de confiança de 99%	
teste qui-quadrado (x2)	,011	Limite inferior ,007	Limite superior ,011
Total		219	

Tendo em conta o valor de $p = 0,011$ do teste de independência do qui quadrado por simulação de Monte Carlo, com grau de confiança de 99%, como é superior a 0,01 podemos concluir que não existe relação estatisticamente significativa entre a idade e o

grau de dependência na alta, ou seja, não há relação de dependência entre as duas variáveis e a idade dos doentes não influencia o seu grau de dependência na alta.

Tabela 10 - Caracterização da amostra relacionando a Idade e Grau de Dependência na Consulta

		<i>Grau de Dependência na Consulta</i>					
		Autônomo	Dependente Leve	Dependente Moderado	Dependente Grave	Dependente Total	<i>Total</i>
<i>Idade</i>	<49 anos	2(0,9%)	1(0,5%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	3(1,4%)
	[50 e 59] anos	8(3,7%)	3(1,4%)	2(0,9%)	2(0,9%)	0(0%)	15(6,8%)
	[60 e 69] anos	16(7,3%)	9(4,1%)	3(1,4%)	2(0,9%)	2(0,9%)	32(14,6%)
	[70 e 79] anos	30(13,7%)	25(11,4%)	8(3,7%)	9(4,1%)	6(2,7%)	78(35,6%)
	[80 e 89] anos	12(5,5%)	23(10,5%)	14(6,4%)	17(7,8%)	15(6,8%)	81(37%)
	>90 anos	1(0,5%)	1(0,5%)	2(0,9%)	2(0,9%)	4(1,8%)	10(4,6%)
Total		69(31,5%)	62(28,3%)	29(13,2%)	32(14,6%)	27(12,3%)	219(100%)

Na tabela 10, que relaciona a idade com o grau de dependência na consulta, verifica-se que os doentes com idades entre os 50 e 79 anos, têm um grau de dependência mais baixo, pois são autônomos, leves ou moderados, já os doentes com mais idade, superior a 80 anos, ficam com grau de dependência moderada, grave e total. Podemos verificar uma tendência para que os doentes com idades mais elevadas fiquem com maior incapacidade funcional e mais dependentes.

Tabela 11 – Relação entre a Idade com o Grau de Dependência na Consulta

	Monte Carlo		
	Sig.	Grau de confiança de 99%	
teste qui-quadrado (x2)	,006	Limite inferior ,005	Limite superior ,009
Total		219	

Tendo em conta $p = 0,006$, inferior a $0,01$ do teste de independência do qui quadrado por simulação de Monte Carlo, com grau de confiança de 99%, conclui-se que existe relação estatisticamente significativa entre a idade e o grau de dependência na consulta, existe uma relação de dependência entre as duas variáveis, assim, a idade influencia o grau de dependência na avaliação efectuada na consulta.

Tabela 12 - Caracterização da amostra relacionando o Sexo e Grau de Dependência na Alta

		<i>Sexo</i>		
		Feminino	Masculino	<i>Total</i>
<i>Grau de Dependência na Alta</i>	Autónomo	14(6,4%)	28(12,8%)	42(19,2%)
	Dependente Leve	33(15,1%)	31(14,2%)	64(29,2%)
	Dependente Moderado	16(7,3%)	27(12,3%)	43(19,6%)
	Dependente Grave	17(7,8%)	17(7,8%)	34(15,6%)
	Dependente Total	19(8,6%)	17(7,8%)	36(16,4%)
<i>Total</i>		99(45,2%)	120(54,8%)	219(100%)

Na tabela 12 verifica-se uma maior percentagem no grau de dependência leve no sexo feminino com 15,1% em comparação com o sexo masculino com 14,2%. No entanto, também observamos que este grau é o mais representativo, num total de 29,2% em ambos os sexos, em comparação com os restantes grau de dependência. Podemos então referir que na alta, a amostragem se encontra em maior percentagem nos graus de dependência mais leves.

Tabela 13 - Caracterização da amostra relacionando o Sexo e Grau de Dependência na Consulta

		<i>Sexo</i>		
		Feminino	Masculino	<i>Total</i>
<i>Grau de Dependência na Consulta</i>	Autónomo	26(11,8%)	43(19,6%)	69(31,5%)
	Dependente Leve	28(12,8%)	34(15,5%)	62(28,3%)
	Dependente Moderado	15(6,8%)	14(6,4%)	29(13,2%)
	Dependente Grave	17(7,8%)	15(6,8%)	32(14,6%)
	Dependente Total	13(5,9%)	14(6,4%)	27(12,4%)
<i>Total</i>		99(45,2%)	120(54,8%)	219(100%)

Na tabela 13 verifica-se que, a quando da consulta, o grau de dependência, mais representativo em ambos os sexos, é o autónomo com 31,5%, sendo que o sexo masculino tem 19,6% com grau autónomo e o sexo feminino tem maior representatividade no grau de dependente leve em 12,8%.

Tabela 14 – Relação entre o Sexo com o Grau de Dependência na Alta e Consulta

	Sig. (Alta)	Sig. (Consulta)
teste qui-quadrado (x2)	,223	,561
Total	219	

Tendo em conta o valor de $p = 0,223$ na alta e $0,561$ na consulta ser superior a $0,05$ num grau de confiança de 95% do teste de independência do qui quadrado, podemos dizer que não existe relação estatisticamente significativa entre o sexo e o grau de dependência no momento da alta e na consulta.

No momento da alta e da consulta, conclui-se que o sexo não tem influência sobre o grau de dependência dos doentes.

Tabela 15 – Caracterização da amostra relacionando o Diagnóstico e Grau de Dependência na Alta

<i>Grau de Dependência na Alta</i>							
		Autónomo	Dependente Leve	Dependente Moderado	Dependente Grave	Dependente Total	<i>Total</i>
<i>Diagnóstico</i>	AIT	9(4,1%)	5(2,3%)	2(0,9%)	1(0,5%)	1(0,5%)	18(8,2%)
	Hematoma	1(0,5%)	5(2,3%)	5(2,3%)	6(2,7%)	6(2,7%)	23(10,5%)
	LACI D	12(5,5%)	10(4,6%)	8(3,7%)	2(0,9%)	2(0,9%)	34(15,5%)
	LACI E	4(1,8%)	9(4,1%)	2(0,9%)	3(1,4%)	0(0%)	18(8,2%)
	PACI D	2(0,9%)	6(2,7%)	6(2,7%)	2(0,9%)	2(0,9%)	18(8,2%)
	PACI E	5(2,3%)	11(5%)	6(2,7%)	2(0,9%)	4(1,8%)	28(12,8%)
	POCI	7(3,2%)	11(5%)	5(2,3%)	6(2,7%)	1(0,5%)	30(13,7%)
	TACI D	0(0%)	1(0,5%)	0(0%)	6(2,7%)	6(2,7%)	13(5,9%)
	TACI E	2(0,9%)	6(2,7%)	9(4,1%)	6(2,7%)	14(6,4%)	37(16,9%)
Total		42(19,2%)	64(29,2%)	43(19,6%)	34(15,5%)	36(16,4%)	219(100%)

Na tabela 15 verifica-se que o diagnóstico de AIT e LACI D nos doentes autónomos com 4,1% e 5,5%, respectivamente, enquanto que, a grande parte da amostra se distribui em maior percentagem nos doentes com grau de dependência leve nos diagnósticos LACI D e E, PACI E e POCI. Os dependentes totais estão mais representados nos diagnósticos mais graves, com 2,7% nos hematomas e TACI D e 6,4% no TACI E.

Tabela 16 – Caracterização da amostra relacionando o Diagnóstico e Grau de Dependência na Consulta

		<i>Grau de Dependência na Consulta</i>					
		Autónomo	Dependente Leve	Dependente Moderado	Dependente Grave	Dependente Total	<i>Total</i>
<i>Diagnóstico</i>	AIT	11(5%)	5(2,3%)	1(0,5%)	1(0,5%)	0(0%)	18(8,2%)
	Hematoma	4(1,8%)	7(3,2%)	4(1,8%)	6(2,7%)	2(0,9%)	23(10,5%)
	LACI D	17(7,8%)	10(4,6%)	3(1,4%)	2(0,9%)	2(0,9%)	34(15,5%)
	LACI E	7(3,2%)	6(2,7%)	2(0,9%)	2(0,9%)	1(0,5%)	18(8,2%)
	PACI D	4(1,8%)	5(2,3%)	6(2,7%)	1(0,5%)	2(0,9%)	18(8,2%)
	PACI E	11(5%)	6(2,7%)	4(1,8%)	2(0,9%)	5(2,3%)	28(12,8%)
	POCI	12(5,5%)	11(5%)	2(0,9%)	3(1,4%)	2(0,9%)	30(13,7%)
	TACI D	0(0%)	1(0,5%)	2(0,9%)	5(2,3%)	5(2,3%)	13(5,9%)
	TACI E	3(1,4%)	11(5%)	5(2,3%)	10(4,6%)	8(3,7%)	37(16,9%)
Total		69(31,5%)	62(28,3%)	29(13,2%)	32(14,6%)	27(12,3%)	219(100%)

Na tabela 16 verifica-se que nos doentes autónomos com um total de 31,5%, os diagnósticos (AIT, LACI D e E, PACI E e POCI) deixam menos sequelas neurológicas nos doentes. Os diagnósticos de TACI, mais incapacitantes, deixam cerca de 13% dos doentes com grau de dependência grave e total.

Estudos de Ferro et al, 2008, concluem que “... os AVC’s hemorrágicos e os enfartes totais (TACI), deixam mais défices neurológicos e um grau de incapacidade mais elevado nos doentes”.

Tabela 17 – Relação entre o Diagnóstico com o Grau de Dependência na Alta e Consulta

	Monte Carlo		
	Sig. (Alta e Consulta)	Grau de confiança de 99%	
teste qui-quadrado (x2)	,000	Limite inferior ,000	Limite superior ,000
Total	219		

Tendo em conta o $p = 0,000$ com grau de confiança de 99%, inferior a 0,01 do teste de independência do qui quadrado por simulação de Monte Carlo, pode-se afirmar que existe relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico e o grau de dependência na alta e consulta, existe uma relação de dependência entre as duas variáveis, portanto o diagnóstico influencia o grau de dependência avaliado na alta e na consulta, o que vai de encontro aos estudos citados por (Hankey, G, 2011, p.70) que referem que no primeiro ano pós-AVC, estima-se que 35% dos doentes com TACI fiquem dependentes totais e cerca de 60% venham a falecer. Refere também que apenas 5% destes doentes fiquem independentes nas suas AVD`s.

Relativamente ao diagnóstico de PACI e LACI, 30% ficarão dependentes totais respectivamente e no POCI serão 20%. Nestes diagnósticos, cerca de 60% dos doentes ficaram independentes após 12 meses do evento vascular. Os resultados do nosso estudo vão de encontro aos resultados do autor citado, no que respeita ao grau de dependência em relação ao tipo de AVC.

Tabela 18 – Relação entre o Grau de Dependência no Internamento e na Consulta

	Sig.
teste qui-quadrado (x2)	,046
Total	219

Analisando a tabela 18, da correlação entre o grau de dependência no internamento e na consulta, com o teste qui-quadrado (x2) (*Pearson Chi-Square*), podemos concluir que, como o valor de $p = 0,046$, inferior a 0,05, num grau de confiança de 95%, temos uma

relação populacional entre as duas variáveis diferente de zero, ou seja é estatisticamente significativa e moderada, podendo-se dizer que quando uma variável aumenta a outra segue a mesma tendência.

Dando resposta ao objectivo do estudo, conseguiu-se caracterizar o grau de dependência da amostra e relacionar idade, sexo e diagnóstico, com o grau de dependência na alta e na consulta. Podemos concluir que existe evolução funcional nos doentes, no período de internamento e esta evolução segue a mesma tendência desde a alta até à consulta.

Ferro et al, 2008, p.73, afirmam que *“Os ensaios que compararam início precoce e tardio da reabilitação revelaram melhor prognóstico se o tratamento for iniciado dentro dos primeiros 20-30 dias após o AVC”*.

(Bamford et al, 2001, p. 146) concluíram que ao fim de 3 a 6 meses após o AVC, 20 a 30% dos doentes são dependentes de outra pessoa nas AVD`s e 40 a 50 % apresentam dependência leve ou autonomia.

Os mesmos autores acrescentam ainda que no total de AVC`s, ao fim de 12 meses, 31% dos doentes vão falecer.

A Direcção Geral da Saúde, em 2004, publica um estudo que refere que 3 meses após o AVC, 24% dos doentes tinha incapacidade grave, 18% incapacidade ligeira e 30% eram independentes. Acrescenta ainda que 80% dos doentes que sofreram um AVC atingem o melhor nível funcional às seis semanas. Quando completam o programa de reabilitação, cerca de 6 meses após o AVC, 20% ficarão com incapacidade grave, 8% moderada, 26% com incapacidade ligeira e 46% serão independentes e voltarão às suas actividades habituais.

A importância do tratamento desta patologia em Unidades de AVC é confirmada por (Ferro et al, 2008, p.20), que afirmam: *“As unidades de AVC admitem doentes agudos e continuam o tratamento ao longo de vários dias. (...) e continuam o tratamento de reabilitação durante diversas semanas se necessário, enquanto o doente demonstrar potencial de recuperação”*. Os mesmos autores, verificaram uma associação entre o aumento de intensidade da reabilitação, especialmente do tempo despendido a treinar as AVD, e a melhoria dos resultados funcionais.

(Ferro et al, 2008, p.72), definem as seguintes linhas orientadoras e recomendações no tratamento de reabilitação dos doentes com AVC:

- Recomenda-se a admissão de doentes com AVC agudo numa unidade de AVC para receberem reabilitação coordenada e multidisciplinar;
- Recomenda-se o início precoce da reabilitação;
- Recomenda-se alta precoce da unidade de AVC nos doentes estáveis do ponto de vista médico com défices leves a moderados, desde que existam recursos de reabilitação na comunidade, prestados por uma equipa multidisciplinar com especial competência em reabilitação de AVC;
- Recomenda-se a continuação da reabilitação após alta durante o primeiro ano após AVC;
- Recomenda-se o aumento da duração e intensidade da reabilitação.

Os mesmos autores referem ainda que *“Uma característica essencial das unidades de AVC é a de que a reabilitação é prestada por uma equipa especializada e multidisciplinar. A “Stroke Unit Trialists Collaboration” demonstrou uma melhoria na sobrevivência e resultado funcional dos doentes tratados numa enfermaria dedicada a AVC, bem como os benefícios funcionais a longo prazo destas unidades”*.

Segundo (Phipps et al, 2003) *“Para serem eficazes no processo de reabilitação, os enfermeiros têm que ter a necessária compreensão das técnicas usadas. Estes conhecimentos são também usados para ajudar o doente a implementar técnicas adequadas na execução das actividades da vida diária.”*

Uma metanálise publicada por (Ferro et al, 2008, p.73) *“...demonstrou que a reabilitação contínua após alta durante o primeiro ano após AVC reduz o risco de deterioração funcional e melhora as actividades da vida diária (AVD)”*.

Conclusão e Recomendações

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica para o conhecimento desta complexa e ampla temática e servir de suporte ao estudo. O número de indivíduos com perda de autonomia, de invalidez e de dependência não pára de aumentar, devido à maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes. Tal como em outras doenças crónicas, ao AVC está associado à deterioração da capacidade física, emocional e social do indivíduo, que colocam em risco a sua autonomia funcional para o desempenho das AVD.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental no processo de reabilitação de um utente com AVC, uma vez que este profissional de saúde realiza tarefas fulcrais para o restabelecimento da qualidade de vida. Os enfermeiros compreendendo os objectivos do processo de reabilitação, percebem-se como agentes de reabilitação, isto é, estão despertados para a necessidade da implementação de um programa de reabilitação imediato que vise não só a primeira hora, a prevenção de sequelas e a recuperação física, mas ainda a reintegração familiar e social, prestando na sua prática diária cuidados que visam estes mesmos objectivos.

No nosso estudo, a média das idades é de 75 anos. A maioria dos doentes (35,6%) situa-se entre os 70 e 79 anos e 37% entre os 80 e 89 anos. Apenas 6,8% têm menos de 60 anos. Relativamente ao sexo, verificámos que a maior percentagem (54,8%) pertencem ao sexo masculino. No que diz respeito ao diagnóstico, (15,5%) tiveram um LACI D, (13,7%) um POCI e (16,9%) um TACI E. Cerca de (10%) sofreram um hematoma.

As principais consequências de um AVC, relacionam-se com a mobilidade, sendo a hemiplegia um problema frequente. De um modo geral os estudos (OMS, 2007) que abordaram a incapacidade motora apontam que a principal consequência para o utente é necessitar de ajuda para as actividades diárias como alimentação, higiene pessoal, locomoção e mobilização em geral. Concluimos no estudo, que na admissão, 42% dos doentes eram dependentes totais. Como a recuperação do doente está directamente relacionada ao início de um programa de reabilitação precoce e aos cuidados para prevenir deformidades, o enfermeiro deve estar preparado para orientar sobre esses cuidados e estimular os próprios doentes e familiares a realizá-los de forma correcta.

A incapacidade motora tem influência marcante no contexto de vida, pois representa limitação na capacidade funcional para as actividades quotidianas como mover o segmento corporal comprometido (braço, mão, perna), manusear objectos, instrumentos de comunicação, utensílios domésticos, andar, cuidar de sua higiene pessoal e exercer uma profissão. (Faro, 2005)

Após a reabilitação inicial, há alguma evidência que a reabilitação de qualquer tipo de AVC reduz a incidência da deterioração funcional e mantém ou melhora as AVD (Leeg, L. et al, 2004).

Na alta, verifica-se que aumentam os dependentes leves (29,2%) e os autónomos (19,2%) em relação às avaliações anteriores, o que revela bons resultados no que respeita à evolução funcional dos doentes e corrobora dados de outros autores. Segundo a SPAVC em 2008, cerca de 10% dos indivíduos que sofreram um AVC ficam totalmente incapazes e somente em 30% é recuperada a função neurológica anterior. Estudos de (Ferro et al, 2008, p.72), recomendam a alta precoce da Unidade de AVC nos doentes estáveis com défices leves a moderados, desde que existam recursos de reabilitação na comunidade.

É correcto dizer que os conceitos de enfermagem e a reabilitação podem ser considerados sinónimos, uma vez que ajudar o doente é parte integrante dos cuidados de enfermagem. Pensava-se que a recuperação da função motora após um AVC se completava após 3 a 6 meses de ocorrência, mas pesquisas têm demonstrado que a recuperação funcional de um AVC pode continuar por meses ou anos (Harrison, 2002).

A reeducação das AVD é muito importante para a reinserção sócio-familiar, apesar de ser um processo moroso e que acarreta dificuldades não só para o utente como para o enfermeiro e/ou família.

Na consulta, cerca de 2 meses após a alta, a avaliação do grau de dependência revelou que (31,5%) dos doentes eram autónomos, (28,3%) dependentes leves e os dependentes totais eram apenas (12,3%).

Comparando os dados desde a admissão até à consulta, constata-se facilmente que houve uma evolução significativa no que diz respeito ao grau de dependência, pois aumenta o nº de doentes autónomos e dependentes leves e diminui o nº dos dependentes moderados, graves e totais.

Os primeiros três a seis meses são os mais importantes no processo de readaptação e a maioria dos movimentos voluntários recuperam-se neste período. A linguagem, o equilíbrio e capacidades funcionais podem continuar a melhorar até aos dois anos. As consequências desta doença não envolvem apenas o indivíduo afectado. (Faro, 2005)

Na relação entre as variáveis, concluiu-se que o sexo dos doentes, não tem influência estatisticamente significativa com o grau de dependência na alta e na consulta, já relativamente à idade, não influencia o grau de dependência na alta, mas tem influência no momento da consulta. No diagnóstico, constata-se que influencia o grau de dependência tanto na alta como na consulta, pois existe relação estatisticamente significativa e uma dependência entre estas variáveis.

Dando resposta ao objectivo do estudo, conseguiu-se caracterizar o grau de dependência da amostra e relacionar idade, sexo e diagnóstico, com o grau de dependência na alta e na consulta. Podemos concluir que existe evolução funcional nos doentes, no período de internamento e esta evolução segue a mesma tendência desde a alta até à consulta. As conclusões obtidas no presente estudo vão de encontro aos resultados de outros autores, reconhecidos no meio científico e internacional.

A literatura enfatiza a necessidade de estruturação de serviços especializados em reabilitação. Entre outras recomendações (Ferro et al, 2008, pp. 19-81) sugerem:

1. A necessidade de se instituir precocemente intervenções de fase aguda, visando facilitar a recuperação e a prevenção de complicações futuras.
2. A importância de se estabelecer um prognóstico real de reabilitação já desde a fase aguda.
3. A importância de se estabelecer um programa ou serviço de reabilitação respeitando-se as necessidades e o prognóstico funcional de cada doente individualmente.

4. A importância da avaliação da expectativa, motivação, grau de atenção, a gravidade dos défices e inaptidões funcionais, capacidade de reaprendizagem e a resistência para actividade física como determinantes no processo de escolha do tipo e intensidade do programa de reabilitação.
5. A importância de uma avaliação documentada, rigorosa e consistente em cada estágio de recuperação para direccionar as decisões do tratamento e monitorizar o progresso do doente, mudando até os objectivos da reabilitação, se necessário.
6. A necessidade de um plano de alta hospitalar bem documentado, que contemple além da programação do seguimento clínico, neurológico e de reabilitação, medidas de segurança e orientação ao doente.
7. A necessidade de reabilitação mesmo nos doentes funcionalmente mais graves. O que muda não é a indicação ou não de reabilitação e sim seus objectivos.

Em síntese, em todo o processo de tratamento e acompanhamento de um doente que sofre um AVC, o enfermeiro deve ser capaz de orientar quanto à realização de exercícios passivos nos membros afectados, exercícios activos nos membros não afectados, proporcionar mobilização progressiva e apoiar as extremidades para evitar ou reduzir o edema e a espasticidade. Exercícios de flexibilidade, força, coordenação, resistência e equilíbrio são importantes, pois mantêm a mobilidade articular, recuperam o controle motor, evitam a deterioração adicional do sistema neuromuscular e estimulam a circulação. (OMS, 2007)

Pensamos que mais estudos serão necessários no futuro para a discussão de questões como as medidas de qualidade de vida, prognóstico das deficiências, estratificação dos doentes quanto à resposta à reabilitação, intensidade e duração da reabilitação a médio e longo prazo e medidas de qualidade dos serviços de reabilitação.

Bibliografia

Adams & Victor (1993). *Neurologia*. Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill.

Aleixo, A, et al. (2001). *Unidades de AVC: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Aminoff, M.J. et al (2005). *Acidentes Vasculares Cerebrais*. Porto Alegre: revista Neurologia Clínica ArtMed,, 5th ed., cap.9.

André, C. (1999). *Manual de AVC*. Rio de Janeiro: Editora Revinter. p.8-66.

Araújo, F., et al. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Qualidade de Vida. vol. 25, nº 2, p. 59-66.

Bamford, J. M. et al (2001). *Stroke: A Pratical Guide to Management*. Second edition, Blackwell Publishing, p 142-146.

Bobath, Berta (1990). *Hemiplegia no Adulto: Avaliação e Tratamento*. São Paulo: Editora Manole. 182 pp.

Caldas, Alexandre (1999). *A Herança de Franz Joseph Gall: O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*. McGraw-Hill. Amadora: 296 pp.

Cambier, Jean & Masson, Maurice (1999). *Manual de Neurologia*. Rio de Janeiro: Editora Masson do Brasil. 582 pp.

Chalela, Júlio A. et al (2004). *Stroke Diagnostics and Therapeutics Section*. NINDS / NIH; Wikigenes Publishing.

Chang, Y.(2001). *Prevalence of Diagnosed Atrial Fibrillation in Adults*. JAMA. 285pp.

Collins, Robert C. (1997). *Neurologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. p.176.

Derstne, J.B. & Hargrove S. D. (2001). *Comprehensive rehabilitation nursing*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders. pp. 331-367.

Direcção Geral da Saúde (2004). *Viver Após um Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Colecção: Autocuidados na Saúde e na Doença – Guias para as pessoas idosas. Volume 2.

Direcção Geral da Saúde (2001). Direcção de Serviços de Planeamento. *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: 28 p.

Eusi, European Stroke Initiative (2004). *Recommendations for stroke management: update*. *cerebrovasc Dis.* 17 (Suppl 2): S1.S46.

Faro, A. et al (2005). *Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar*. *Revista Esc. Enferm.* 39(2): 154-163.

Ferro, J. M. (2000). *Formação Médica Contínua em Cuidados Primários*. Editora Pathos. Ano XVI, n. ° 7, Junho/Agosto.

Ferro, José et al (2008). *Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico*. Lisboa. in The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. pp. 1-125.

Fontes, Nuno (1998). *A doença vascular cerebral estabelecida – recuperação motora*. *Geriatrics*, vol. XI, nº 104. p. 5-10.

Fontes, S. V. et al (1997). *Group Physiotherapy in hemiplegic or hemiparetic stroke patients*. *Journal Neurological Sciences*. p. 150.

Fortin, Marie-Fabienne (2003). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência. 388 pp.

Hankey, G. (2001). *Acidente Vascular Cerebral* in *The Lancet, News Med.* 359 pp.

Harrison, T. et al (2002). *Medicina Interna*. Rio de Janeiro: ed. McGraw-Hill, Vol.2. 1458 pp.

Hinbs, David M. (2010). *After Stroke*. London. 210 pp.

Johnstone, Margaret (1979). *Enfermagem de Reabilitação*. Loures: Editora Lusociência. 1ª edição.

Kindersley, Dorling(1992). *Enciclopédia de Medicina*. Londres: Editora Mirandela Artes Gráficas, SA. 1ª edição. p. 64-1074.

Kuller, L. H. (2001). *Prevention of Cardiovascular disease and the future of cardiovascular disease epidemiology*. International Journal of Epidemiology. p. 7.

Leal, F – (2001). *Enfermagem em Neurologia – Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Edição Sinais Vitais. 220 pp.

Lee Goldman et al (2005). *Cecil - Tratado de Medicina Interna*. Elsevier: 2º vol. 22ª ed.

Legg L, et al (2004). *Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised controlled trials*. Lancet. pp. 352–356.

Lippincott, W (2007). *Manual de Fisiopatologia*. Rio de Janeiro: Editora Roca. 2ª edição.

Lopes, Castro (2011). *Guia das Unidades de AVC*. Portugal: Sociedade Portuguesa do AVC. 1ª edição. pp. 1-44.

Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). *Functional Evolution*. Ed. Med. J. p. 61-65.

Manning, L. & Colin, A. (2005). *A Neuro-Psicologia clínica: Uma Abordagem Cognitiva*. Lisboa: Editora Instituto Piaget.

Maroco, João (2003). *Análise Estatística; com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo. 487 pp.

Martins, Maria Manuela (1998). *Cuidados de enfermagem ao doente com AVC em internamento hospitalar*. Coimbra: Geriatria, Vol. XI, nº 108.

Martins, Maria Manuela (2002). *Uma Crise Acidental na Família: O doente com AVC.*, Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde, Lda.

Matos, Zaida et al (2003). *Grau de dependência em doentes com AVC*. Lisboa: Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa. Série III, Julho / Agosto. pp. 199-204.

Mausner & Bahn (1999). *Introdução à Epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 542 pp.

Minosso, Jéssica et al, (2010). *Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios*. São Paulo, Brasil: Estudo desenvolvido no Centro de Saúde Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo in Acta Paul Enferm. (2):218-23.

Moore, L. W. et al (2002). *Perspectives of caregivers of stroke survivors: implications for nursing*. Londres: Medsurg Nursing.

Netter, Frank (2000). *Atlas de Anatomia Humana*. Porto Alegre: Editora Artmed. 2ªedição. p. 197.

O' Sullivan, Susan (1993). *Avaliação e Tratamento*. São Paulo: Editora Manole. 1200 pp.

Oliveira, Catarina da Silva et al (2003). *Acidente Vascular Cerebral*. Portugal: Revista Sinais Vitais, nº49, Julho. p.12-13.

Oliveira, Victor et al (2007). *Documento Orientador sobre Vias Verdes do EAM e AVC, do Alto Comissariado da Saúde – Programa Nacional para as Doenças Cardiovasculares*. Portugal, p.55-101,

Organização Mundial da Saúde (2007). *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais da atenção primária à saúde*. Porto: Editora Artmed.

Paixão, Júnior C. (2005). *Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso*. Republic Health: Caderno de Saúde Pública. p.7-19.

Phipps, Wilma J. et al (1995). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Lisboa: Editora Lusodidacta. 2ª edição. I Vol.

Phipps, Wilma J. Et al (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica*. Loures: Editora Lusociência. 6ª edição. pp.655-1339.

Ribeiro, J. L. Pais (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

- Rolak, A. Loren (1995). *Segredos em Neurologia*. Porto: Editora Artmed. p.1907-1908.
- Ropper, A.H. et al (2005). *Principles of Neurology*. New York: ed. McGraw-Hill, 8th ed.
- Rubin, E. et al (2006). *Patologia: Bases Clínico-patológicas da Medicina*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. p. 1469.
- Sleutjes, Lucio (2004). *Anatomia Humano: Podemos ser práticos e ir directos ao assunto?* São Caetano do Sul: Editora Difusão. 1ª edição.
- Smeltzer, S, & Bare, B(1998). *Enfermeria Medico Quirúrgica*. México: Editora Interamericana.
- Stryker, Ruth Perin (1974). *Enfermeria de Reabilitacion*. México: Editora Interamericana.
- Worp, H.B. (2007). *Acute Ischemic Stroke*. Londres: The New England Journal of Medicine. 6 pp.

Anexos

Anexo A

(Pedido de Autorização para Recolha de Dados)

Anexo B

(Índice de Barthel individualizado)

Ex.^{mo} Sr. Doutor Jorge Poço

(Coordenador da Unidade de AVC da ULSNE)

e

Ex.^{ma} Sr.^a Enfermeira Natália Ledesma

(Enfermeira Chefe da Unidade de AVC da ULSNE)

Rui Manuel Peredo Ricardo, enfermeiro especialista na área da Enfermagem de Reabilitação, a exercer funções como enfermeiro na Unidade de AVC da ULSNE, mestrando em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Saúde de Bragança, do Instituto Politécnico de Bragança, vem muito respeitosamente, pedir a Vossas Ex.^{cias}, que se dignem autorizar o acesso aos registos da avaliação funcional do doente, com recurso ao Índice de Barthel, desde a admissão até à Consulta de vasculares, no âmbito da realização dum projecto de investigação no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, subordinado ao tema **“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”**.

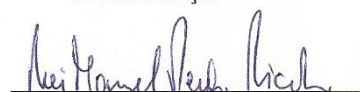
A avaliação e registo do índice de Barthel, na Unidade de AVC, entre Janeiro de 2010 a Setembro de 2011, constituirão o elemento de colheita de dados que servirá de base ao estudo em causa. **O anonimato dos dados será assegurado.**

Macedo de Cavaleiros, 10 de Janeiro de 2012

Agradecendo desde já a atenção dispensada por Vossas Ex.^{cias}

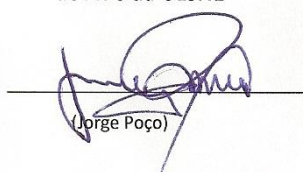
Peço deferimento

Mestrando em Enfermagem
de Reabilitação



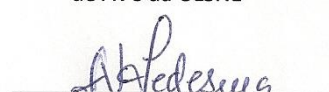
(Rui Manuel Peredo Ricardo)

Coordenador da Unidade
de AVC da ULSNE



(Jorge Poço)

Enfermeira Chefe
de AVC da ULSNE



(Natália Ledesma)

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Grau de Dependência

Autônomo	100 pontos
Dependente Leve	> 60 pontos
Dependente Moderado	> 40 e ≤ 60 pontos
Dependente Grave	≥ 20 e ≤ 40 pontos
Dependente Total	< 20 pontos

Unidade de Acidente Vascular Cerebral

Cama _____

ÍNDICE DE BARTHEL	ADMISSÃO ____/____/20__	5º DIA ____/____/20__	ALTA ____/____/20__
Alimentação • Independente • Necessita de Ajuda ou Dieta Modificada • Totalmente Dependente	10 5 0	10 5 0	10 5 0
Higiene Pessoal (Barbear-se/Pentear-se/Maquilhar-se/Lavar os dentes) • Independente • Necessita de Ajuda	5 0	5 0	5 0
Controlo Vesical • Contínente • Acidente Ocasional • Incontínente (ou algaliado)	10 5 0	10 5 0	10 5 0
Controlo Anal • Contínente • Acidente Ocasional • Incontínente (ou necessita de clister)	10 5 0	10 5 0	10 5 0
Transferência (cama/cadeira ou vice-versa) • Independente • Alguma Ajuda (verbal ou física) • Muita Ajuda (pode manter-se sentado) • Totalmente dependente, incapaz de manter a postura sentado	15 10 5 0	15 10 5 0	15 10 5 0
Mobilidade/Deslocação • Independente (pode usar ajuda técnica) • Ajuda de uma pessoa (verbal ou física) • Independente em cadeira de Rodas • Imóvel	15 10 5 0	15 10 5 0	15 10 5 0
Utilização da sanita (WC) • Independente (sentar, levantar, vestir, puxar autoclismo) • Necessita de Alguma Ajuda • Totalmente Dependente	10 5 0	10 5 0	10 5 0
Vestir-se • Independente (incluindo botões, atacadores) • Necessita de Ajuda • Totalmente Dependente	10 5 0	10 5 0	10 5 0
Banho • Independente • Necessita de Ajuda	5 0	5 0	5 0
Subir/Descer Escadas • Independente • Necessita de Ajuda (verbal, física ou ajudas técnicas) • Incapaz	10 5 0	10 5 0	10 5 0
TOTAL (0 a 100 pontos)	○	○	○