

**RELAÇÃO ENTRE A QUANTIDADE E QUALIDADE DO USO DO MEMBRO
SUPERIOR PARÉTICO APÓS AVC E A CAPACIDADE DE RESILIÊNCIA**

Joana Margarida Lopes Luís

Relatório de Estágio/Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de
Bragança para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientado por:

PhD Maria José Gomes

MsC Elizabete Diz

Bragança, Julho de 2015

**RELAÇÃO ENTRE A QUANTIDADE E QUALIDADE DO USO DO MEMBRO
SUPERIOR PARÉTICO APÓS AVC E A CAPACIDADE DE RESILIÊNCIA**

Joana Margarida Lopes Luís

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação

Orientado por:
PhD Maria José Gomes
MsC Elizatebe Diz

Bragança, Julho de 2015

À minha família,

Agradecimentos

Esta foi uma longa caminhada, mais do que o esperado, mas como diz Pessoa “O caminho faz-se caminhando” e com persistência conquistei mais uma etapa na minha vida pessoal e profissional.

Não posso deixar de fazer alguns especiais agradecimentos:

À professora Doutora Maria José Gomes, minha orientadora, pela disponibilidade, sugestões e críticas feitas a este trabalho.

Aos meus amigos que estiveram presentes e me apoiaram, especialmente à Simone pela verdadeira amizade, forte apoio, carinho, ajuda e reflexões críticas. Sem ela não seria possível esta conquista.

Ao Pedro, por estar sempre presente e por tudo o que significa para mim.

Finalmente à minha maravilhosa família, em especial aos meus avós, pais e irmãos por todo o amor, apoio, e paciência que tiveram.

Obrigada por tudo.

Lista de abreviaturas e Siglas

AVC. Acidente Vascular Cerebral

AVD. Atividade de Vida Diária

CCS. Coeficiente de Correlação de Spearman

HTA. Hipertensão Arterial

INEM. Instituto Nacional de Emergência Médica

MAL. Motor Activity Log

Nº. Número

QL. Qualitativa (referente à subescala da MAL)

QT. Quantitativa (referente à subescala da MAL)

Resumo

Introdução: Resiliência designa a capacidade da pessoa, face à adversidade, de desenvolver mecanismos positivos de adaptação, ou seja responder de forma mais consistente aos desafios e dificuldades de reagir com flexibilidade e capacidade de recuperação diante de circunstâncias desfavoráveis, tendo uma atitude otimista, e perseverante. A relação entre AVC e resiliência recai na característica desta priorizar o potencial da pessoa, em vez de se centrar apenas na incapacidade. Considera-se como uma das ferramentas da enfermagem de reabilitação, deslocando a ênfase da dimensão negativa da patologia, para as potencialidades da pessoa com incapacidade.

Objetivos: O principal objetivo deste estudo é avaliar a relação entre a quantidade e qualidade do uso do membro superior parético após AVC e a capacidade de resiliência.

Metodologia: Desenvolveu-se um estudo exploratório, transversal e correlacional com uma abordagem quantitativa. Foram utilizados como instrumentos de colheita de dados um questionário sociodemográfico, um dinamómetro de prensão manual (dynateste), o índice de barthel, a escala Motor Activity Log-30 e a escala de resiliência de Connor-Davidson.

Resultados e Conclusões: Os resultados revelam que dos 25 indivíduos que compõem a amostra, 60% são do género masculino e a média de idades é de 68,76 anos. O AVC ocorreu em média há 49,8 meses, sendo que 56% ficaram com o lado dominante afetado. Verificou-se que existe correlação entre as subescalas QT e QL da escala MAL-30 e os itens que as constituem obtendo-se valores de $CCS > 0,558$ ($p = 0,000$) para ambas. Verificou-se uma correlação negativa perfeita entre as variáveis escala de resiliência de Connor-Davidson e o tempo de frequência em programa de reabilitação. Não existe correlação entre a escala de resiliência e a subescala quantitativa da escala MAL-30, subescala qualitativa da escala MAL-30, tempo de ocorrência de AVC, e índice de Barthel. Verificou-se também a não existência de correlação entre as subescalas quantitativa e qualitativa da MAL-30 e o tempo de frequência em programa de reabilitação, bem como com o tempo de ocorrência do AVC.

Palavras-chave: Reabilitação; Membro superior parético; Resiliência.

Abstract

Introduction: Resilience refers to a person's ability in the face of adversity, to develop positive coping mechanisms, so respond more consistently to the challenges and difficulties to react with flexibility and resilience in the face of unfavorable circumstances, having an optimistic attitude, and persevering. The relationship between stroke and resilience lies in the characteristic of this prioritize the potential of the person, instead of focusing only on disability. It is considered as one of the rehabilitation nursing tools, shifting the emphasis of the negative dimension of pathology, to the person's potential with disabilities.

Objectives: The aim of this study is to evaluate the relationship between the quantity and quality of use of the paretic upper limb after stroke and resilience.

Methodology: It has developed an exploratory study, and cross-correlation with a quantitative approach. Were used as data collection instruments a sociodemographic questionnaire, one handgrip dynamometer (dynateste), the barthel index, the scale Motor Activity Log-30 and the Connor-Davidson Resilience Scale.

Results and Conclusions: The results reveal that of the 25 individuals in the sample, 60% are male and the average age is 68.76 years. The stroke occurred in a median of 49,8 months, and 56% had the dominant side affected. Scale. The result of using Spearman's correlation coefficient correlation between the QT and QL subscales of MAL-30 scale and the items was $CCS > 0.558$ ($p = 0.000$) for both subscales. There was a perfect negative correlation between the variables scale of resilience Connor-Davidson and time frequency in rehabilitation program. There is no correlation between the resilience scale and the quantitative and qualitative subscale of MAL-30, time of occurrence of stroke and Barthel index. It has also been the lack of correlation between the quantitative and qualitative subscales of MAL-30 and the time frequency rehabilitation program, as well as the time of occurrence of stroke.

Keywords: Rehabilitation; Paretic upper limb; Resilience.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	IV
Lista de abreviaturas e Siglas	V
Resumo.....	VI
Abstract	VII
ÍNDICE	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
ÍNDICE DE QUADROS.....	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1- O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	6
1.1- FATORES DE RISCO.....	7
1.2- CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA DO AVC	11
1.3- MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO AVC	12
1.4- TRATAMENTO DO AVC.....	15
1.5- REABILITAÇÃO DO DOENTE COM AVC.....	17
2- A RESILIÊNCIA	24
2.1- A PESSOA RESILIENTE	25
2.2- MÉTODOS DE MEDIÇÃO DA RESILIÊNCIA	29
3- O AVC E A CAPACIDADE DE RESILIÊNCIA	32
PARTE II ENQUADRAMENTO EMPÍRICO: AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A QUANTIDADE E QUALIDADE DO USO DO MEMBRO SUPERIOR PARÉTICO APÓS AVC E A CAPACIDADE DE RESILIÊNCIA	35
1- METODOLOGIA	36
1.1- INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	37
1.1.1- Inquérito por questionário	37

1.1.2-	Dinamómetro.....	37
1.1.3-	Índice de Barthel	38
1.1.4-	Escala de resiliência de Connor-Davidson	39
1.1.5-	Escala Motor Activity Log-30.....	40
1.2-	ANÁLISE ÉTICA	41
1.3-	PROCEDIMENTOS	41
2-	RESULTADOS.....	43
3-	DISCUSSÃO.....	58
4-	CONCLUSÃO	62
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
	ANEXOS.....	71
	Anexo I: Inquérito por questionário	72
	Anexo II: Índice de Barthel.....	73
	Anexo III: Versão portuguesa da escala MAL-30.....	74
	Anexo IV: Autorização da utilização da versão portuguesa da escala MAL-30.....	78
	Anexo V: Versão portuguesa da escala de resiliência de Connor-Davidson	79
	Anexo VI: Autorização da utilização da versão portuguesa da escala de resiliência de Connor-Davidson.	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Número de registos de AVC por pirâmide etária - Género e idade, Portugal.	9
Figura 2- Número de registos de AVC por antecedentes pessoais, Portugal.	10
Figura 3- Número de registos de AVC por número de casos por ano, Portugal.	11
Figura 4- Número de registos de AVC por sintomatologia de apresentação no ano de 2014, Portugal.	14
Figura 5- Modelo estratégico para a gestão das dificuldades no processo de resiliência.	29
Figura 6- Número de doenças que cada indivíduo é portador.	48
Figura 7- Avaliação da dependência da amostra segundo o índice de Barthel (0-100 pontos)...	50

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Fatores de risco para o AVC segundo o National Institute of Neurological Disorders and Stroke of USA	8
Quadro 2- Principais manifestações clínicas do AVC isquêmico.....	13
Quadro 3- Principais manifestações clínicas do AVC hemorrágico.....	14
Quadro 4- Posicionamentos em padrão anti-espástico.....	19
Quadro 5- Movimentos articulares do membro superior e inferior no processo de reabilitação..	21
Quadro 6- Características de uma personalidade resiliente.....	27
Quadro 7- Medição da adversidade no processo de resiliência.....	30
Quadro 8- Medição da adaptação bem-sucedida no processo de resiliência.....	30
Quadro 9- Medição do processo de resiliência.....	30
Quadro 10- Interpretação dos resultados do índice de Barthel.....	38

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização da amostra segundo a idade, género e estado civil.	43
Tabela 2- Distribuição da amostra segundo o agregado familiar.	44
Tabela 3- Distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade.....	44
Tabela 4- Cruzamento das variáveis profissão no momento do AVC e a alteração do estatuto profissional teve relação direta com o AVC.	45
Tabela 5- Distribuição da amostra segundo o tipo de AVC.....	45
Tabela 6- Distribuição da amostra segundo o lado afetado e a dominância.	46
Tabela 7- Distribuição da amostra segundo o tempo de ocorrência de AVC.	46
Tabela 8- Distribuição da amostra segundo o tempo de frequência de programa de reabilitação.	46
Tabela 9- Distribuição da amostra segundo a presença de dor no ombro afetado.	47
Tabela 10- Doenças manifestadas/indicadas pelos inquiridos.	47
Tabela 11- Distribuição da amostra segundo a força de preensão manual.....	48
Tabela 12- Coeficiente de correlação de Spearman entre a força de preensão manual do lado afetado e lado não afetado.....	49
Tabela 13- Índice de Barthel, avaliação da dependência nas atividades de vida diária.	49
Tabela 14- Análise da pontuação atribuída segundo a escala de resiliência de Connor-Davidson.	51
Tabela 15- Distribuição da amostra segundo a escala de resiliência de Connor-Davidson.	52
Tabela 16- Coeficiente de correlação de Spearman entre a escala de resiliência de Connor-Davidson e o tempo de frequência de programa de reabilitação.....	54
Tabela 17- Coeficiente de correlação de Spearman entre as subescalas quantitativa e qualitativa da MAL e os trinta itens que as constituem.	55
Tabela 18- Análise da pontuação atribuída segundo a subescala quantitativa da MAL-30.	56
Tabela 19- Análise da pontuação atribuída segundo a subescala qualitativa da MAL-30.	57

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (2013) define o Acidente Vascular Cerebral como o comprometimento neurológico causado pela interrupção do aporte sanguíneo ao cérebro que impossibilita o fornecimento de oxigénio e nutrientes, causando danos no tecido cerebral. Refere também que os efeitos desta patologia dependem do tipo de AVC e da área cerebral afetada.

O AVC é a primeira causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade e dependência (Sá, M. 2009). A Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral refere que 50% dos doentes que sobrevivem a um AVC ficam com limitações nas atividades da vida diária, sendo das taxas mais elevadas da União Europeia. Segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (2013) observa-se um aumento significativo no número de acidentes vasculares cerebrais detetados por ano. Em 2006 foram registados 492 casos enquanto que em 2012 o número de registos subiu para 3040.

Estudos afirmam que o risco de ocorrência de AVC aumenta com a idade, e pensa-se que na faixa etária acima dos 75 anos 10% das pessoas sofrerão um AVC. Esta patologia é responsável por metade de todos os doentes hospitalizados por doença neurológica aguda (Gatens, C. & Musto, M., 2011). Hall, Levant & DeFrances (2012) analisaram a relação entre a idade e a hospitalização por AVC nos Estados Unidos da América nos anos de 1989, 1999 e 2009, e concluíram que a taxa de hospitalização por acidente vascular cerebral em pessoas com 85 anos ou mais foi três vezes superior à taxa daqueles com idade entre os 65 e 74 anos no ano de 1989, e duas vezes e meia superior em 1999 e 2009.

Alguns fatores de risco estão diretamente associados a esta patologia tais como o género, idade, raça, hereditariedade, hipertensão, diabetes *mellitus*, cardiopatia, dislipidemia, tabagismo, obesidade, estilo de vida sedentário, utilização de alguns contraceptivos orais, entre outros (Gatens, C. & Musto, M., 2011).

Ao se elaborar um plano de reabilitação para a pessoa com AVC, é necessário ter em conta as alterações funcionais, emocionais e cognitivas. Os défices cognitivos podem afetar os resultados da reabilitação, pelo que é importante incorporar a reabilitação cognitiva na reabilitação física, para o desenvolvimento de uma recuperação mais significativa. Muitos doentes que sofreram AVC demonstram um atraso no

processamento da informação, causando um atraso no raciocínio e na resposta. A depressão, alteração de humor, de compreensão, dificuldade de concentração, impulsividade, impaciência, ou demasiada cautela entre outros aspetos podem causar entraves ao processo de reabilitação. Sabe-se que um adequado e personalizado plano de reabilitação após AVC assegura, na maioria dos casos, uma melhoria funcional, facilitando o regresso à comunidade e ao seu quotidiano com qualidade de vida (Gatens & Musto, 2011).

A hemiplegia é considerada o sinal clássico da doença neurovascular e caracteriza-se pela paralisia de um lado do corpo. O doente tem dificuldade de movimento, o que leva a limitações funcionais e incapacidade, e a perda da independência na vida diária. As alterações de caris primário incluem alterações na força, no tónus muscular, no controlo ou ativação muscular e na sensação, alterações cognitivas, perceptivas, emocionais, e da linguagem (Ryerson, 2010).

Apesar de se pensar que o membro inferior recupera mais facilmente do que o membro superior, a sinergia extensora que apresenta durante a deambulação é equiparada à permanente flexão do braço e posição sobre o tórax (Ryerson, 2010).

Relativamente ao membro superior, os movimentos desta extremidade foram descritos como o padrão de sinergia flexora sendo mutável perante a influência de reflexos tónicos e a retração escapular. Frequentemente são estabelecidos padrões de espasticidade e postura assimétrica, que associados à fraqueza, resultam em funcionalidade ineficaz ou ineficiente nas atividades de vida diária. O plano de reabilitação neste campo inclui reeducação dos movimentos no espaço, reeducação dos movimentos de suporte de peso e treino de iniciação e sequência de movimentos apropriados. Muitos dos indivíduos conseguem recuperar a função de andar e estar de pé, contudo não são capazes de utilizar o braço para qualquer propósito, muito devido à síndrome do desuso. A reeducação distal treina a pessoa para iniciar movimentos da mão e punho e, portanto, verifica-se o benefício de incorporar o uso do lado afetado nas estratégias de intervenção. O suporte de peso no antebraço é utilizado para ativar os movimentos do tronco, restabelecer o ritmo escapulo-umeral, manter a amplitude do movimento e fortalecer a sequência de movimentos. É importante para atividades como deitar de lado para sentar, estabilizar objetos e como meio de suporte do tronco na posição sentada ou em pé (Ryerson, 2010).

A reabilitação de qualquer tipo, mas neste caso em especial do membro superior, é influenciada drasticamente pela resistência psicológica e emocional de cada um. A forma como a pessoa enfrenta o problema interfere grandemente no modo, rapidez ou sucesso da reabilitação. Se o doente enfrenta uma fase de ansiedade, depressão ou algum distúrbio afetivo, a visão de si próprio e do que o rodeia é tremendamente atingida, bloqueando o avanço na recuperação. Assim os doentes neste estado de ansiedade, depressão ou letargia são tipicamente negativos, de difícil motivação, que concebem pensamentos de não haver razão para o plano de reabilitação, para o progresso e para a esperança de uma recuperação satisfatória. Preveem o futuro de forma extremamente negativa (Langdon, 2004).

A resiliência, como refere Masten (2001) é vista como um fenómeno comum mas altamente complexo de adaptação humana. É esta qualidade que permite crescer e prosperar na adversidade, e nos desafios da vida. Pode ser considerada uma característica da personalidade da pessoa e variar com o tempo, idade, género, cultura, ou as próprias vivências de cada um. Assim, segundo Tusaie & Dyer (2004) qualquer pessoa possui potencial para ser resiliente. Para Connor (2006, citado por Ferreira, M.) existem algumas características nas pessoas resilientes, tais como o controlo interno, vinculação segura, forte autoestima, capacidade de adaptação à mudança, paciência e tolerância, sentido de humor e estabelecimento de objetivos pessoais e coletivos.

Segundo o estudo realizado por Sória, Santoro, Souza, Menezes & Moreira (2006) a resiliência vista como uma capacidade adquirida, uma competência pessoal e social que pode ser promovida e desenvolvida nas pessoas, apresenta potencial para ser estudada no campo da enfermagem.

Para Silva *et al* (2005) torna-se possível uma aproximação do conceito de resiliência com o de promoção da saúde perante as adversidades, já que a resiliência requer uma reflexão sobre como fortalecer a capacidade para enfrentar os múltiplos condicionantes da saúde, sendo o AVC um dos mais frequentes.

O objetivo principal deste estudo é avaliar a relação entre a quantidade e qualidade do uso do membro superior parético após AVC e a capacidade de resiliência.

A população do estudo é constituída por 25 indivíduos vítimas de AVC, não institucionalizados, com mais de 18 anos, residentes no concelho de Mogadouro. A amostragem é não probabilística, constituída por todos os doentes que tiveram AVC, aos quais foi solicitado consentimento informado e que voluntariamente aceitaram

participar no estudo. A colheita de dados decorreu no domicílio dos indivíduos entre o período de Fevereiro e Abril de 2015.

O presente trabalho está inserido na unidade curricular de Trabalho de Projeto II do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e é estruturado em duas partes, uma teórica e outra empírica. A primeira parte é constituída pelo enquadramento teórico do tema em estudo e a segunda parte resulta da aplicação dos instrumentos de colheita de dados sendo constituída pela metodologia, resultados, discussão dos resultados e conclusões.

PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Para Martins (2006) o AVC caracteriza-se pela interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea que danifica parte do cérebro, resultando num conjunto de sintomas de deficiência neurológica.

Segundo Ferro (2006) há um desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, em que a duração dos sintomas é superior a 24 horas ou conduzem à morte, com causa de origem vascular. Pode dizer-se que o AVC está em progressão quando os sinais neurológicos se agravam de forma contínua e gradual ou se desencadeiam novos sinais focais.

Para que o encéfalo funcione adequadamente o sangue deve fluir para e através deste. Se o seu fluxo é interrompido, o encéfalo perde o fornecimento de energia causando danos nos tecidos (World Health Organization, 2014).

Apesar de existir atualmente uma mudança no panorama relativamente à mortalidade por AVC, as doenças do aparelho circulatório continuam a ser a principal causa de mortalidade em Portugal, contribuindo com 13,9% dos óbitos (DGS, 2008).

Gatens & Musto (2011) referem que o AVC resulta do compromisso do fluxo sanguíneo a uma área particular do encéfalo, podendo ser dividido em dois tipos, o isquémico e o hemorrágico. O isquémico resulta habitualmente de patologia cardiovascular e ocorre quando um coágulo ou êmbolo obstrói uma artéria causando edema e conseqüentemente compressão de áreas do encéfalo. Neste caso os défices neurológicos são mais repentinos e frequentemente mais graves. O hemorrágico ocorre quando um vaso sanguíneo no encéfalo rompe fazendo com que o sangue extravase pelo mesmo ou pelo espaço sub-aracnoideu. O sangue comprime o encéfalo causando sinais e sintomas drásticos e repentinos que podem causar a morte de forma imediata.

Os sinais e sintomas do acidente vascular cerebral são a dificuldade na fala, dormência ou formigueiro, visão turva, tonturas, perda de consciência, perda de equilíbrio, falta de compreensão, amnésia, perda de controlo muscular ou distúrbios sensoriais. Muitos destes sintomas são vagos podendo-se confundir com outro tipo de patologias, pelo que muitas vezes são desvalorizados pelas pessoas, exceto quando estão perante um quadro de défice neurológico repentino e severo. As manifestações neurológicas dependem do local do encéfalo afetado, rapidez do começo, tamanho da lesão, presença de circulação colateral e tempo de procura de tratamento médico. Perante afeções no hemisfério

esquerdo a pessoa pode apresentar como manifestações clínicas, alterações na linguagem, paralisia ou parésia no hemicorpo direito, tipo de comportamento cauteloso e défices cognitivos. Quando é o hemisfério direito afetado a pessoa pode manifestar paralisia ou parésia no hemicorpo esquerdo, défices espaço-percetuais, comportamento impulsivo e défices cognitivos (Gatens & Musto, 2011).

1.1- FATORES DE RISCO

Para Gatens & Musto (2011) o AVC está intimamente associado a certos fatores de risco que podem ser divididos em três categorias: não reversíveis, parcialmente reversíveis e reversíveis.

Os fatores de risco aumentam significativamente a probabilidade de ocorrência de AVC e o National Institute of Neurological Disorders and Stroke of USA (2006, citado por Martins, 2006) apresenta uma subdivisão dos fatores de risco em que destaca as características e estilos de vida, patologias ou marcadores patológicos e lesões estruturais assintomáticas (quadro 1).

Quadro 1- Fatores de risco para o AVC segundo o National Institute of Neurological Disorders and Stroke of USA

Fatores de risco	Confirmados	Possíveis
Características e estilos de vida	Idade, género, raça, hereditariedade, tabaco, consumo exagerado de álcool e abuso de drogas.	Padrão de personalidade, localização geográfica, estação do ano, clima, fatores económicos, mortalidade materna precoce, uso de contraceptivos orais, dietas ricas em gordura animal, obesidade e hiperlipidémia.
Patologias ou marcadores patológicos	Hipertensão arterial, doença cardíaca, AIT, hematócrito elevado, diabetes <i>mellitus</i> , elevada concentração de fibrinogénio, enxaqueca.	Hiperuricemia e hipotireoidismo
Lesões estruturais assintomáticas		
Detetadas por exame físico	Detetadas por imagiologia	
Ruído carotídeo, embolia retiniana, diferença da pressão arterial entre os dois braços e diminuição da pressão na oculopleetismografia.	Enfartes silenciosos ou hemorrágicos detetados por Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética, malformações arteriovenosas, aneurisma, hamartoma, aterosclerose com estende arterial e displasia fibromuscular.	

Fonte: Adaptado de Martins (2006)

A idade é apontada como o principal fator de risco, em que a incidência de AVC é crescente à medida que se avança na mesma (Menoita, 2012).

Relativamente ao género, para Martins (2006) o AVC é mais frequente nos homens do que nas mulheres em cerca de 1,3 vezes.

Dados estatísticos do INEM (2014) demonstram a relação entre a idade e o género, verificando-se um pico de ocorrência entre os 75 e 79 anos. Observa-se na figura 1, que

de um modo geral o número de registos de AVC é superior no sexo masculino do que no feminino.

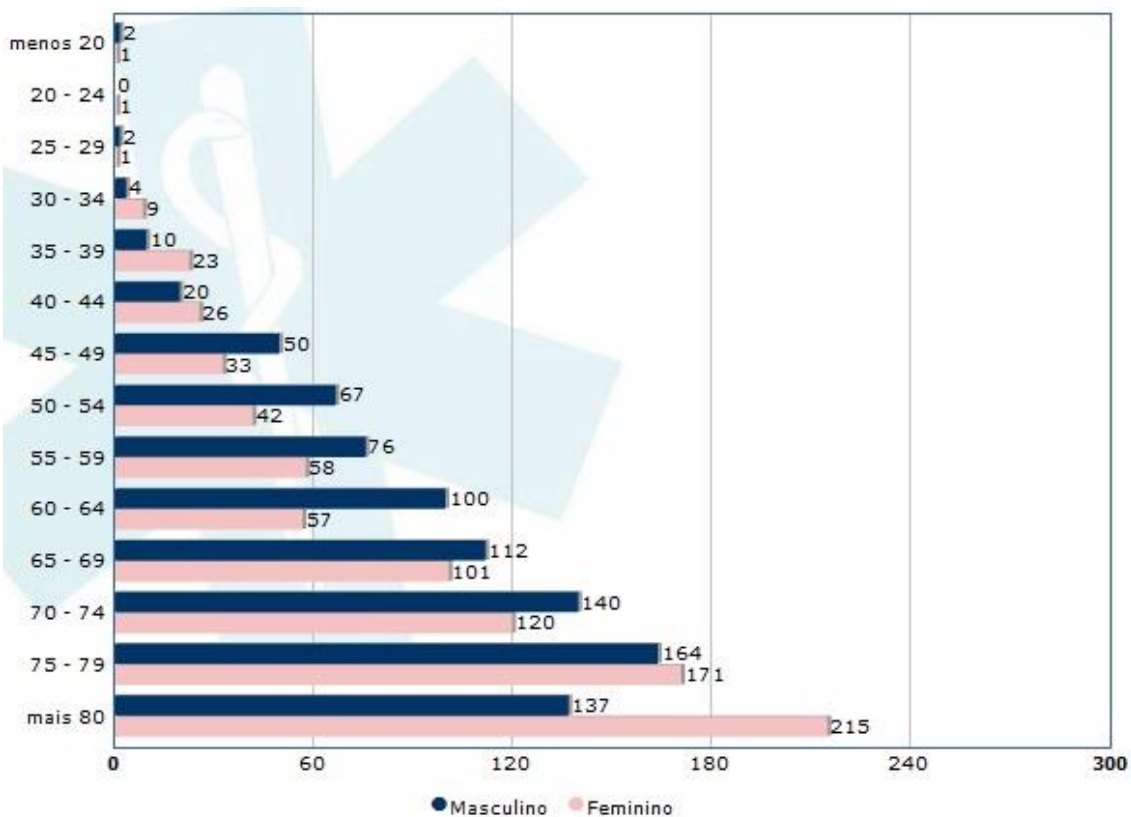


Figura 1- Número de registos de AVC por pirâmide etária - Género e idade, Portugal.
Fonte: INEM, 2014

Polónia (2006, citado por Providência, 2013) estudou a relação entre o consumo de sal e a hipertensão arterial em adultos portugueses entre os vinte e dois e os cinquenta anos, concluindo que estes consumiam em média 12,3 g por dia, o dobro do recomendado por organizações internacionais.

Ferro (2006) diz que o risco de AVC em pessoas com hipertensão arterial (HTA) é quatro a seis vezes superior em relação a pessoas com tensão arterial dentro dos padrões considerados normais.

A importância da Diabetes *mellitus* neste contexto deve-se ao fato de alterar a hemodinâmica cerebral, pela hiperglicemia e por interagir com outros fatores de risco como a HTA e hiperlipidemia (Ferreira, 2006 citado por Menoita, 2012).

Apesar da hiperlipidemia ser um dos fatores de menor relevância para a ocorrência de AVC, verifica-se que os indivíduos que desenvolvem este problema têm o dobro da probabilidade de desenvolverem um AVC isquémico que um indivíduo que tenha valores de colesterol total inferiores a 240 mg/dl (Menoita, 2012).

A figura 2 demonstra que a hipertensão arterial é o fator de risco dominante no registo de casos de AVC em Portugal (INEM, 2014).

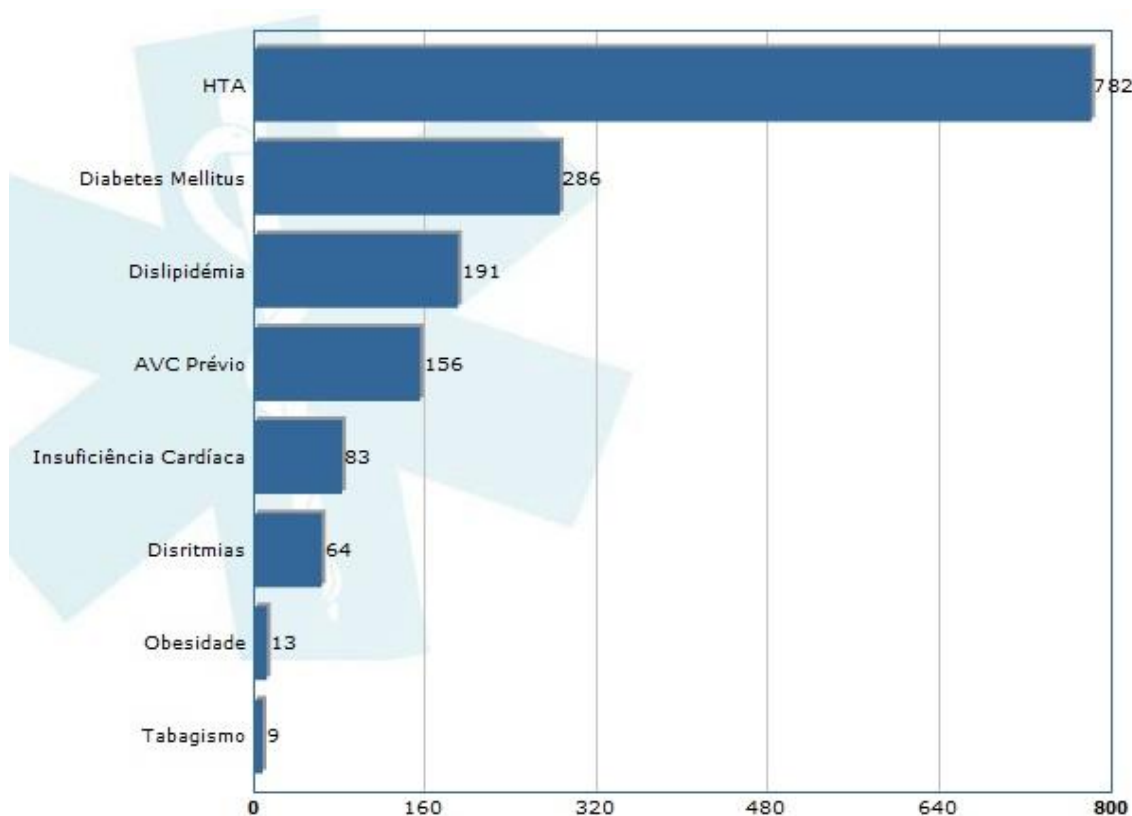


Figura 2- Número de registos de AVC por antecedentes pessoais, Portugal.
Fonte: INEM, 2014

De um modo geral, como refere Menoita (2012) a probabilidade de ocorrência de AVC aumenta quanto maior for o número de fatores de risco presentes em cada indivíduo e por isso torna-se necessário aplicar medidas de intervenção sobre os mesmos. É fundamental identificar e avaliar os fatores de risco e promover a adoção de hábitos de vida saudáveis, prevenindo novos casos ou complicações e por conseguinte diminuir a morbidade/mortalidade por AVC.

Na figura 3 observa-se o número de casos de AVC por ano, desde 2006 a 2015 (INEM, 2014)

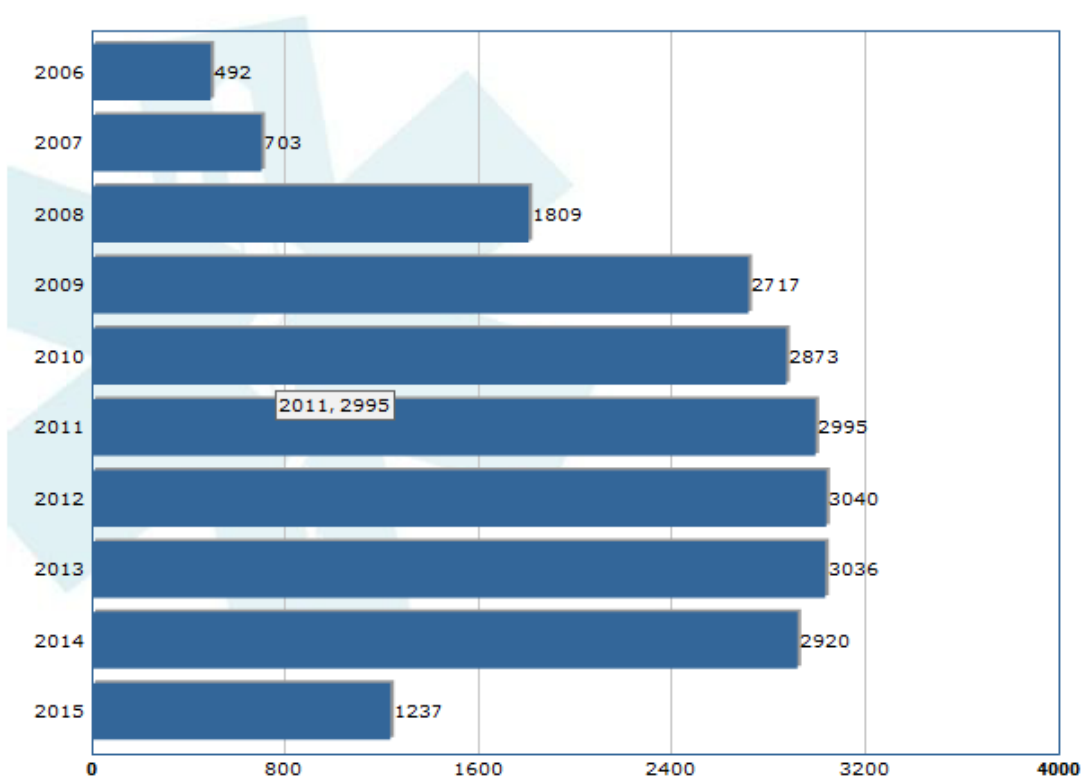


Figura 3- Número de registos de AVC por número de casos por ano, Portugal.
Fonte: INEM, 2014

1.2- CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA DO AVC

O Acidente Vascular Cerebral pode ser classificado em Isquémico ou hemorrágico. Para Nobre (2004, citado por Menoita 2012) o Isquémico divide-se em três subtipos, trombótico, embólico e lacunar, enquanto que o Hemorrágico subdivide-se em intracerebral, parenquimatoso e subaracnoide.

No AVC trombótico ocorre uma maior resistência à passagem do sangue por endurecimento e espessamento das artérias. Surge o acúmulo gradual e lento de lípidos formando placas de ateroma onde se agregam as plaquetas sanguíneas. Assim, a formação de trombos irá obstruir parcial ou totalmente a passagem do sangue (Martins, 2002).

Leal, F. (2001) refere que 85% dos casos de AVC são isquémicos.

Para Gatens & Musto (2011) pessoas com fibrilhação auricular têm grande probabilidade de ter um AVC embólico, pois este resulta habitualmente de doença

cardiovascular. Coágulos de sangue formados na aurícula esquerda são libertados para a corrente sanguínea alojando-se e obstruindo um vaso.

Como aponta Martins (2002) os êmbolos podem ter, também, origem em desordens sistêmicas produtoras de êmbolos gasosos, gordos ou tumorais.

O AVC lacunar é definido como pequenos enfartes com formação de cavitações ou lacunas e ocorrem geralmente em pessoas com HTA não controlada (Martins, 2002).

Relativamente ao AVC hemorrágico, este pode ser definido como o extravasamento de sangue no tecido cerebral na sequência de uma rutura vascular. A mortalidade por este tipo de AVC é de 50%, sendo classificado como o mais grave (Menoita, 2012).

A hemorragia intracerebral desenvolve-se mais frequentemente em indivíduos com HTA ou aterosclerose cerebral e em suma é a rutura hipertensiva de um vaso cerebral (Martins, 2006).

A hemorragia parenquimatosa afeta mais frequentemente os gânglios da base, a protuberância e o cerebelo. Ocorre nos pequenos vasos perfurantes, como nos ramos das artérias cerebrais e paramedianos da artéria basilar (Martins, 2002).

A hemorragia subaracnóideia é habitualmente causada pela rutura de artérias superficiais, malformações vasculares intracranianas, aneurismas saculares, angiomas arteriovenosos ou traumatismos e pode ser desencadeada pelo esforço físico, tosse, defecação, relações sexuais e exposição prolongada ao sol. É o menos frequente e afeta indivíduos com idade inferior a 35 anos (Martins, 2006).

1.3- MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO AVC

Apesar de alguns dos sinais e sintomas poderem ser confundidos com outro tipo de patologias, o défice neurológico, como principal característica do AVC, confere a manifestação clínica indubitável. (Gatens & Musto, 2011)

Pode observar-se dificuldade na fala, dormência ou formigueiro, visão turva, tonturas, perda de consciência, perda de equilíbrio, falta de compreensão, amnésia, perda de controlo muscular ou distúrbios sensoriais. (Gatens & Musto, 2011)

Oliveira (2000, citado por Menoita, 2012) refere que a incapacidade adquirida poderá desafiar muitos dos princípios fundamentais da vida de um indivíduo. A doença contextualizada individual e socialmente afeta o equilíbrio psicodinâmico da pessoa

relativamente ao meio em que está inserido. Existe um confronto interior perante a nova situação de vida, que pode limitar o desempenho das suas obrigações sociais, profissionais e familiares.

Para Ferro (2006) as manifestações clínicas dependem do local afetado a nível cerebral, observando-se quadros clínicos distintos, como podemos verificar no quadro 2.

Quadro 2- Principais manifestações clínicas do AVC isquémico.

Artérias vertebrais, tronco basilar e seus ramos	Desequilíbrio, ataxia
	Nistagmo
	Diplopia, parésias dos movimentos oculares conjugados
	Disartria
	Disfagia, soluços
	Coma
	Síndromas alternas (parésia de um nervo craniano e hemi-hipostesia e/ou contralateral)
Parésias e/ou alterações da sensibilidade bilaterais	
Artéria cerebral posterior	Hemianopsia contralateral
	Hemi-hipostesia contralateral
	Alexia sem agrafia (hemisfério esquerdo)
	Agnosia para as cores (hemisfério esquerdo)
	Agnosia visual (hemisfério esquerdo)
Prosopagnosia (hemisfério direito)	

Fonte: Adaptado de Ferro 2006.

A isquemia e a hemorragia têm em comum a sua manifestação clínica mais frequente, que é a hemiparesia/hemiplegia. Nos dois casos o início é marcado pela ocorrência rapidamente progressiva de uma paralisia do hemicorpo contralateral à lesão. Em caso de isquemia a hemiparesia instala-se subitamente em alguns minutos ou horas, e em caso de hemorragia as manifestações são com frequência mais dramáticas (Firmino, 2006). O quadro 3 é representativo das principais manifestações clínicas do AVC hemorrágico.

Quadro 3- Principais manifestações clínicas do AVC hemorrágico.

Hemorragia Subaracnoideia	Hemorragia Intracerebral
Cefaleia súbita, muito intensa e generalizada, desencadeada por um esforço; náuseas e vômitos, alterações da vigília, por vezes transitória; sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca, sinal de Kernig).	<p>Hemisférica profunda: Hemiparésia contralateral, de predomínio braquifacial, afasia global; neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto ao da hemiparesia; náuseas e vômitos; deterioração progressiva da vigibilidade.</p> <p>Hemisférica lobar: hemianopsia; neglect; défices visuo-espaciais; cefaleias.</p> <p>Cerebelo: Náuseas e vômitos; cefaleias; impossibilidade de andar; desequilíbrio; vertigem.</p> <p>Protuberância: Tetraparésia; pupilas mióticas (punctiformes); coma.</p>

Fonte: Adaptado de Ferro (2006).

Relativamente à sintomatologia de apresentação, é referido pelo INEM (2014) que as mais frequentes são o desvio da comissura labial, falta de força no membro superior e dificuldade em falar, como se constata na figura 4.

Com maior número de casos está a presença de falta de força no membro superior, de seguida o desvio da comissura labial e por fim a dificuldade em falar.

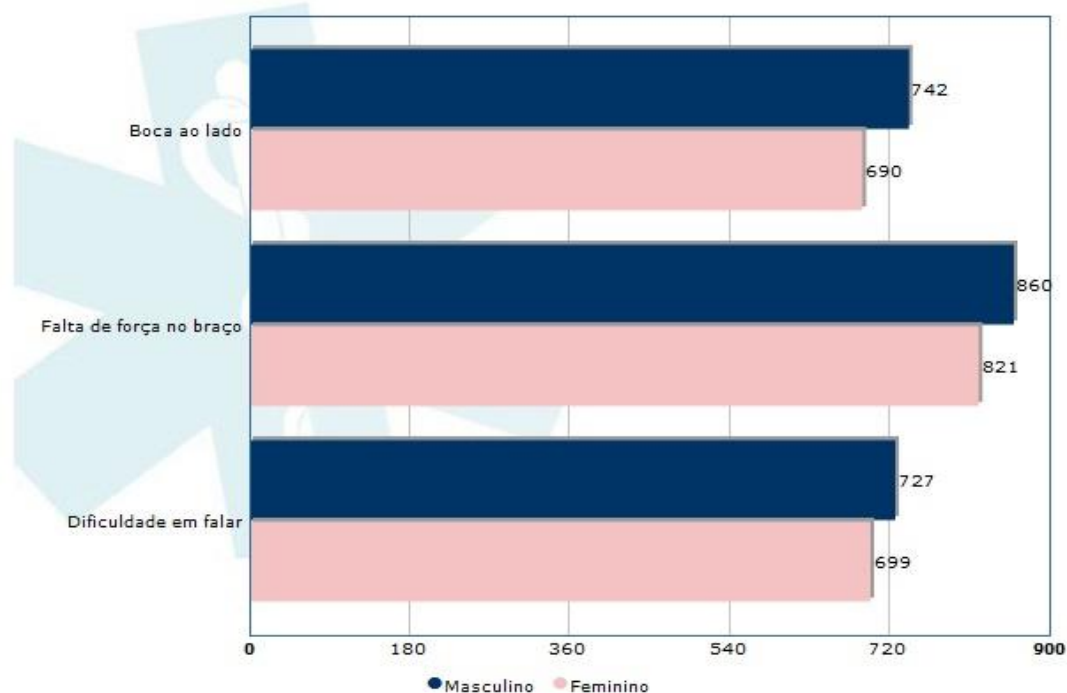


Figura 4- Número de registos de AVC por sintomatologia de apresentação no ano de 2014, Portugal. Fonte: INEM, 2014.

É assim importante a aposta na educação da população através de métodos de prevenção primária e secundária, bem como alertar para a sintomatologia apresentada na ocorrência de um AVC. Uma rápida avaliação e encaminhamento para o meio hospitalar reduzem significativamente a mortalidade e morbidade causada por esta patologia.

1.4- TRATAMENTO DO AVC

Visto que a função das células nervosas depende da irrigação sanguínea, a sua interrupção numa determinada área do cérebro tem por consequência uma diminuição ou paragem da atividade funcional dessa área. Cancela (2008) refere que se a interrupção sanguínea for inferior a 3 minutos a alteração é reversível e se esse prazo for ultrapassado a alteração funcional poderá ser irreversível, originando a morte de células nervosas.

O AVC agudo requer internamento hospitalar, e está comprovado que o tratamento de doentes com AVC isquémico em unidades de AVC reduz significativamente a mortalidade, a incapacidade e a necessidade de assistência institucional, quando comparado com o internamento numa enfermaria normal (European Stroke Organization, 2003).

A finalidade das Unidades de AVC é por um lado a redução do número de internamentos em Hospital de agudos, a diminuição da incapacidade funcional e das complicações após acidente vascular cerebral e do número de doentes que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio ou nas unidades de doentes crónicos, e por outro facilitar o retorno de um maior número de doentes ao seu meio familiar e se possível ao seu local de trabalho (DGS, 2001).

Cambier et al. (2005) apontam para a existência de uma zona central gravemente isquémica na fase aguda do acidente vascular cerebral. Esta zona, que corresponde à penumbra isquémica, pode manter a atividade funcional e é o alvo de tratamentos que visam assegurar a revascularização e a neuroprotecção. Portanto, o objetivo do tratamento na fase aguda é limitar ao máximo a evolução da zona de penumbra isquémica e prevenir as recidivas precoces, sendo para tal fundamental o controlo de parâmetros fisiológicos, a reperfusão e a terapêutica antitrombótica. Pondera-se a intervenção cirúrgica no caso do AVC hemorrágico.

Relativamente aos parâmetros fisiológicos é fulcral a monitorização da tensão arterial avançando-se para o seu tratamento quando T.A.> 220-120 mmHg em casos de AVC isquémico e T.A.> 180-110 mmHg no caso de AVC hemorrágico, para não correr o risco de hipoperfusão na área de lesão. A hipotensão deve ser tratada com fluidos e/ou catecolaminas. Uma vez que parâmetros como a hipo/hiperglicemia, hipertermia e a hipoxia pioram o prognóstico funcional do doente, por aumento das dimensões da área isquémica, devem ser monitorizados os valores de glicemia, temperatura corporal e oxigenação sanguínea (Menoita, 2012).

É nos casos de hematomas do cerebelo, nos lobares volumosos e nos que causam hidrocefalia sintomática que está indicada a intervenção neurocirúrgica no AVC hemorrágico. O maior risco após um AVC subaracnoideu é a repetição da hemorragia, por nova rutura do aneurisma pelo que o seu tratamento é urgente. Este pode ser neurocirúrgico com a colocação de um clip metálico no colo do aneurisma, ou endovascular com o preenchimento do saco do aneurisma por espiras metálicas (Menoita, 2012).

Em suma, segundo a European Stroke Organization (2003), devem ser tidos em conta os seguintes princípios na abordagem do AVC agudo:

- Exames complementares de diagnóstico, que permitam a tomada de decisões terapêuticas;
- Monitorização e controlo das condições gerais que influenciam o prognóstico funcional a longo prazo, como a glicemia, tensão arterial, temperatura corporal e oxigenação sanguínea;
- Tratamento específico dirigido a aspetos particulares da patogenia do AVC;
- Prevenção e tratamento das complicações, tanto médicas (como a pneumonia, úlceras de pressão, trombose venosa profunda) como neurológicas (convulsões, transformação hemorrágica, edema com efeito de massa);
- Prevenção secundária na recorrência de novo AVC;
- Reabilitação precoce.

1.5- REABILITAÇÃO DO DOENTE COM AVC

Existe um curto período de tempo de instalação do AVC, a chamada janela terapêutica, em que a forma como a pessoa é tratada influencia a extensão final da isquemia cerebral e a respetiva lesão neurológica, preferencialmente nas primeiras quatro horas.

Para Ventura (2002) o objetivo da reabilitação passa por minimizar a incapacidade do indivíduo através de estímulos constantes a fim de uma adaptação à sua alteração fisiológica. A pessoa desenvolve também novas capacidades e aprende a viver com possíveis incapacidades residuais permanentes.

Quanto à implementação do plano de reabilitação, este deve ser feito nas primeiras quarenta e oito a setenta e duas horas após o AVC, não descurando a terapia da fala nos doentes que o necessitem (Martins, 2006).

Para Kelly-Hayes (2000) são as várias intervenções de reabilitação que visam a melhoria da função motora e limitam o impacto da incapacidade.

É através da neuroplasticidade que o organismo modifica temporária ou definitivamente as suas respostas motoras. Para Umphred (2009) a idade não é um fator determinante no resultado do processo de reabilitação e essa recuperação funcional pode manter-se durante meses ou anos.

Cancela (2008) afirma que a recuperação da pessoa com AVC e a sua integração na vida social depende da reabilitação neuropsicológica. Este é o processo que visa recuperar ou estimular as capacidades funcionais e cognitivas da pessoa, bem como proporcionar um plano que auxilie o indivíduo e família a compreender o que ocorreu.

Anteriormente à elaboração do plano de reabilitação, deve ser realizado o exame neurológico, que é parte integrante do exame físico e da anamnese. Devem ser providenciadas as condições adequadas à sua execução, tais como a presença de um familiar/cuidador que faculte informação ou um ambiente calmo.

Segundo Menoita (2012) avaliação neurológica contempla os seguintes itens:

- Exame mental:
 - Estado de consciência;
 - Estado de orientação;
 - Atenção;
 - Memória;
 - Capacidades práxicas;
 - Negligencia hemiespacial unilateral;
 - Linguagem;
- Pares cranianos;
- Motricidade:
 - Força muscular;
 - Tônus muscular;
 - Coordenação motora;
- Sensibilidade;
- Equilíbrio e marcha.

Após esta avaliação é proposto um plano de intervenção que visa atuar a todos os níveis onde se verifiquem défices (sensitivo, motor e cognitivo). Tendo em conta que este estudo se direciona para a reabilitação do membro superior parético será abordada a reabilitação global da pessoa com hemiparesia/hemiplegia.

Para Martins (2002) a reabilitação do doente hemiplégico tem os seguintes objetivos:

- Aumentar o tônus muscular, avaliando a situação regularmente, de modo a prevenir o seu desenvolvimento anormal;
- Aumentar a carga sensitiva, de forma a estimular o arco reflexo;
- Estimular os mecanismos de anti-gravidade postural;
- Reeducação do movimento controlado.

Após o AVC a pessoa apresenta uma postura característica, denominada de atitude de Wernicke-Mann ou padrão espástico. Este caracteriza-se pelo aumento do tônus muscular do hemicorpo afetado, atingindo diretamente os músculos flexores do membro superior e os músculos extensores do membro inferior. Assim sendo, a primeira etapa

no plano de reabilitação é o posicionamento em padrão anti-espástico, que deve ser utilizado 24 horas por dia até à recuperação total (Martins, 2002).

A alternância de decúbitos em padrão anti-espástico facilita a integração do esquema corporal e da lateralidade, além de proporcionar conforto e bem-estar, prevenir alterações músculo-esqueléticas, manter a integridade cutânea e tecidos subjacentes, e alternar o campo visual. (Branco e Santos, 2010).

Quadro 4- Posicionamentos em padrão anti-espástico.

Decúbito dorsal	Decúbito lateral para o lado afetado	Decúbito lateral para o lado menos afetado
Cabeça/Pescoço	Cabeça/Pescoço	Cabeça/Pescoço
Colocar almofada de modo a alcançar as omoplatas	Almofada mais alta do lado afetado para contrariar a inclinação lateral	Sem almofada ou com uma (o mais baixo possível)
Membro superior afetado	Membro superior afetado	Membro superior afetado
- Nivelar bem os ombros	- Membro apoiado no plano da cama	- Membro apoiado em almofada
- Almofada a apoiar todo o ombro	- Ombro em flexão de 90°	- Ombro em flexão de 90°
- Ligeira abdução do ombro com rotação externa	- Abdução com rotação externa do ombro	- Cotovelo, punho e dedos em extensão
- Cotovelo e punho em extensão	- Extensão do cotovelo, punho e dedos	- Antebraço em pronação
- Supinação do antebraço	- Supinação do antebraço	- Dedos em abdução
- Dedos em extensão e abdução	- Abdução dos dedos	
Membro inferior afetado	Membro inferior afetado	Membro inferior afetado
- Almofada desde a bacia até à região poplíteia permite a inclinação posterior da bacia	- Membro apoiado no plano da cama	- Membro apoiado em almofada
- Ligeira flexão coxofemural e joelho corrige a rotação externa	- Ligeira flexão da coxofemural e joelho	- Ligeira flexão coxofemural e do joelho
- Pé em dorsiflexão	- Báscula posterior da bacia (retroversão)	- Báscula posterior da bacia
	- Pé neutro	- Pé neutro

Fonte: Adaptado de Menoita (2012).

Uma técnica utilizada no plano de reabilitação é a **Facilitação cruzada**, em que se pretende que a pessoa se direcione para o lado afetado quer seja quando é abordada por alguém ou quando retira algo da mesa de apoio, para assim fazer carga sobre o colchão, estimular a sensibilidade do lado afetado e favorecer o aparecimento de força muscular. Os objetivos desta técnica são estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do

lado afetado, reeducar o reflexo postural do lado lesado, estimular a sensibilidade postural, reintegrar o esquema corporal e facilitar o autocuidado (Menoita, 2012).

A etapa seguinte passa pela elaboração de um plano de mobilizações, que podem ser classificadas em passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas. As mobilizações têm por objetivo manter a integridade das estruturas articulares, manter a amplitude dos movimentos, conservar a flexibilidade, evitar aderências e contraturas, melhorar a circulação de retorno e manter a imagem psico-sensorial e psico-motora da pessoa (Menoita, 2012).

Os vários exercícios de mobilização na pessoa com AVC devem ser iniciados numa fase precoce, realizados duas a três vezes por dia com repetições de dez vezes no mínimo em cada movimento, até ao limite da dor, fadiga, tolerância e reação da pessoa, realizadas de forma coordenada e repetida, controlando o segmento a mobilizar em torno das articulações, efetuadas do segmento distal para o proximal e realizadas num segmento do hemicorpo enquanto o outro está em posição anti-espástica (Branco e Santos, 2010).

Jonhstone (1987, citado por Menoita, 2012) refere a importância dos exercícios de mobilização, visto que possibilitam:

- Readquirir o esquema corporal;
- Exercitar mecanismo de reflexo postural;
- Estimular a sensibilidade propriocetiva;
- Melhorar o equilíbrio;
- Inibir a espasticidade;
- Facilitar as atividades no leito;
- Preparar a pessoa para a posição de sentada e ortostática.

É necessário que o Enfermeiro prepare o ambiente, posicione adequada e confortavelmente a pessoa, explique os exercícios e estimule a pessoa a pensar na execução dos mesmos. Esta visualização mental dos movimentos por parte da pessoa com AVC traz benefícios, na medida em que favorece a formação do engrama motor bem como o armazenamento dos movimentos na memória. Oliveira et al (2001, citado por Menoita, 2012) revelaram que os estímulos propriocetivos provocados pelas

mobilizações desencadeiam um aumento do fluxo sanguíneo cerebral no córtex sensoriomotor levando a uma ativação cerebral que pode interferir no retorno do controlo motor voluntário. No quadro 5 observa-se as mobilizações articulares realizadas no membro superior e inferior.

Quadro 5- Movimentos articulares do membro superior e inferior no processo de reabilitação.

<u>Membro Superior</u>	<u>Membro Inferior</u>
Dedos da mão	Dedos do pé
- Flexão/Extensão	- Flexão/Extensão
- Adução/Abdução	- Adução/Abdução
Polegar	Articulação Tíbio-társica
- Flexão/Extensão	- Eversão/Inversão
- Adução/Abdução	- Dorsi-flexão/Flexão plantar
- Oponência	
Punho	Joelho
- Flexão/Extensão	- Flexão/Extensão
- Desvio radial/cubital	
Antebraço	Articulação Coxo-femural
- Supinação/Pronação	- Rotação Interna/Externa
	- Flexão/Extensão
	- Adução/Abdução
	- Circundação
Cotovelo	
- Flexão/Extensão	
Ombro	
- Rotação Interna/Externa	
- Adução/Abdução	
- Flexão/Extensão	
- Elevação/Depressão	
- Circundação	

Fonte: Adaptado de Menoita (2012).

Uma estratégia utilizada na reabilitação é a indução de restrições, que tem como pressuposto forçar o uso do lado lesado em que se pretende um treino motor intensivo do membro superior mais afetado e a restrição motora do menos comprometido

(Meneghetti et al, 2010). Esta técnica é um pouco controversa, visto que há quem defenda que o uso bilateral dos membros é mais favorável.

A estimulação sensorial está apoiada no princípio da plasticidade cerebral e é efetuada através da criação de estímulos frequentes de forma a melhorar a sensibilidade tátil. Pode ser realizada através do toque em diferentes texturas criando assim estímulos distintos com o objetivo de que a pessoa reaprenda as funções perdidas (Menoita, 2012).

O plano de reabilitação engloba também atividades terapêuticas centradas nos movimentos apreendidos à nascença, como o rolar, sentar, ficar em pé, e a marcha. (Bobath, 1990 citado por Menoita, 2012)

Aborda-se assim as seguintes atividades terapêuticas:

O movimento de **Rolar** para o lado afetado e para o lado são, tem como objetivos iniciar o autocuidado, controlar e inibir a espasticidade extensora, favorecer o alinhamento corporal, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado, reeducar o reflexo postural do lado afetado e estimular a sensibilidade (Branco & Santos, 2010). Deve ser a primeira atividade a efetuar-se, visto que a pessoa realiza este movimento de forma espontânea para se virar na cama, utilizando os músculos do tronco e iniciando o movimento voluntário que facilitará o regresso à vida ativa (Menoita, 2012).

A **Ponte** é fundamental para passar à posição de sentada e ortostática e pode ser treinada quando se coloca a arrastadeira ou mesmo a fralda. Para Leal (2001) este movimento tem como objetivos a prevenção da rotação externa do membro inferior, inibição da espasticidade em extensão no membro inferior afetado, facilitação da elevação da bacia, ativação da musculatura do tronco do lado afetado, estimulação da sensibilidade postural, e fortalecimento dos músculos para assumir a posição ortostática evitando a marcha helicópode.

Nos doentes com patologia cardíaca pode-se optar pela **Rotação controlada da anca** como alternativa à ponte (Menoita, 2012).

Uma atividade terapêutica que pode ser realizada pela própria pessoa tanto na posição de deitada como sentada é a **automobilização** dos membros superiores. A automobilização é uma atividade bilateral que aumenta a satisfação da pessoa na medida em que esta passa a reconhecer a totalidade do corpo e percebe que é capaz de executar o movimento sozinho ou com pouca ajuda. Os objetivos desta atividade são ajudar a tomar consciência da mão afetada como parte integrante do seu corpo, manter o membro superior em padrão anti-espástico proporcionando a extensão e abdução dos dedos, a extensão do cotovelo e a elevação da escapulo-umeral (Menoita, 2012).

A atividade terapêutica de **Carga no cotovelo** realiza-se de forma mais ativa e prepara a pessoa para o levante. Tem como objetivos aumentar o tônus muscular do extensor do membro superior afetado, estimular os reflexos cervicais, controlar o movimento da cabeça, estimular a sensibilidade profunda, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado, e preparar para a posição de sentada (Branco & Santos, 2010).

Como aponta Menoita (2012), assim que possível devem iniciar-se os **Exercícios de equilíbrio** sentado, sendo numa primeira fase estático em que a pessoa suporta o peso do tronco mantendo as mãos ao lado do corpo, e numa segunda fase dinâmico em que o enfermeiro pode induzir um ligeiro balanço no tronco da pessoa. Tem como objetivos reeducar o mecanismo reflexo-postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural ao fazer carga no membro superior e inferior, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado, e preparar para a marcha.

Posteriormente, quando a pessoa apresenta equilíbrio em pé, realiza-se o treino de marcha controlada.

O enfermeiro pode ainda criar um plano de exercícios para a pessoa realizar no domicílio de forma autónoma.

Na grande maioria dos casos de AVC, o indivíduo não apresenta independência física para realizar a maioria das atividades de vida diária, sendo extremamente importante o ensino das mesmas. As ajudas técnicas são inúmeras e devem ser utilizadas sempre que necessário, visto serem meios promotores de bem-estar, autonomia, integração e maior qualidade de vida da pessoa, permitindo uma maior independência, comodidade, menor esforço e dor.

Esta é também uma grande mudança para a família, que deve ser envolvida neste processo, compreendendo a situação, servindo de apoio, e estimulando a pessoa para o autocuidado e a participação na vida ativa (Hoeman, 2000).

2- A RESILIÊNCIA

A resiliência esteve sempre presente na realidade humana, contudo só mais recentemente é que é identificada como a conhecemos hoje. Constata-se, na história da humanidade, vários exemplos de superação das adversidades da vida através de respostas resilientes, e podemos afirmar que a vida deve ser compreendida como um processo de adaptação contínua (Puig & Rubio 2011).

O momento de referência para a resiliência é o aparecimento de uma adversidade. Esta adversidade não é vista como algo desejado mas é algo natural que ocorre no ciclo vital. Em certas ocasiões a adversidade apresenta-se como uma janela aberta a oportunidades de crescer e é aí que se completa o processo de resiliência.

“Por que motivo isto aconteceu?” é a pergunta a responder quando damos sentido ou significado à adversidade, contudo, em determinadas situações da vida não se encontra resposta a esta questão, pelo que deve ser desviada a atenção “Para quê?” (Puig & Rubio, 2011).

A dinâmica da resiliência é uma interação entre fatores genéticos e ambientais e implica uma evolução positiva. Existe um crescimento pessoal, algo mais além do equilíbrio, que implica um ajuste e o retorno ao estado inicial. Quando se fala em sobreviver à adversidade pretende-se que seja dentro de parâmetros aceitáveis cultural, social, ética e comunitariamente. (Puig & Rubio, 2011).

Como referem Brooks & Goldstein (2010), estar ciente dos recursos que cultivam a resiliência e os obstáculos que impedem o alcance de uma vida plena e satisfatória, irá ajudar o indivíduo a ter uma mentalidade flexível e uma boa resistência.

Por sua vez, desenvolver uma mentalidade flexível e levar um estilo de vida resiliente leva tempo e energia. É um processo de toda a vida. Mesmo quando desenvolvemos mais habilidades para aplicar as características da resiliência, estas devem ser praticadas

constantemente para evitar cair em antigos padrões derrotistas quer de pensamento quer de comportamento (Brooks & Goldstein, 2010).

2.1- A PESSOA RESILIENTE

Ao contrário do que se pensava antigamente, de que a resiliência era uma capacidade que só alguns afortunados possuíam, atualmente sabe-se que é algo presente em todos nós e que podemos fazer emergir quando necessitarmos (Rojas, 2010)

Então, mas porque será que onde uns vêm uma ameaça, outros vêm um desafio? Podemos dizer que é devido ao fato de cada um perceber o mundo em função das suas aprendizagens e experiências. É assim, portanto, que duas pessoas reagem de formas diferentes perante o mesmo estímulo, existindo diferenças inter-individuais (Puig & Rubio, 2011).

Conseguimos verificar que, por vezes, quando enfrentamos situações difíceis surge, em cada um de nós, recursos de que não tínhamos consciência e que tinham estado invisíveis até esse momento. Assim, o estudo das capacidades pessoais face à adversidade teve interesse na medida em que se podem avaliar as respostas de êxito na ultrapassagem dos problemas e assim obter uma maior compreensão sobre o indivíduo e uma possível previsão da sua conduta e comportamento. “Só observando as potencialidades se pode trabalhar sobre elas” (Puig & Rubio, 2011, pp95)

Para Brooks & Goldstein (2010), ter uma mentalidade resiliente não significa que a pessoa esteja livre de stress, pressão ou conflitos mas consegue enfrentar os problemas, de forma otimista, à medida que vão surgindo.

Pode-se considerar como uma das características da pessoa resiliente, o otimismo. Este funciona como um filtro cognitivo que gera estados de ânimo positivos e condutas proactivas. É um mecanismo que nos encoraja para seguir em frente, face às dificuldades. É assim uma ferramenta que facilita a adaptação e está presente na resiliência. Está demonstrado que ter uma atitude positiva permite adotar uma forma de pensamento distinta da atitude negativa, levando a pensar de forma criativa, construtiva e relaxada. Podemos dizer que alcançar uma meta é um processo que requer,

habitualmente, aprendizagem, que leva algum tempo e que se vê facilitado com a presença de capacidades e motivações, e conhecer outras pessoas dá-nos a oportunidade de gerar pensamento crítico face aos nossos atos, faz-nos mais humildes e permite-nos reconhecer as nossas imperfeições (Puig & Rubio, 2011).

Como refere Khoshaba (2005, citado por Puig & Rubio, 2011) o padrão de personalidade resiliente consiste numa série de atitudes e ações que ajudam a transformar as situações stressantes de potenciais desastres em oportunidades de crescimento. Pessoas com uma personalidade ativa, interessada, entusiasta, de temperamento alegre e que reflete um alto nível de prazer e respeito à sua volta, sentem-se capazes de enfrentar os seus problemas e fazê-lo com êxito, neste sentido pode-se falar de otimismo disposicional.

São também personalidades resilientes aquelas que apresentam um sentido de coerência, sendo compreensíveis, flexíveis e que desejam superar os desafios a todo o custo.

Para Siebert (2007) pessoas resilientes são aquelas que:

- Gerem os seus sentimentos de forma saudável;
- São flexíveis e adaptam-se rapidamente a novas circunstâncias;
- Superam os problemas e saem fortalecidos;
- Esperam/confiam em conseguir responder;
- Têm estratégias para encontrar o melhor caminho.

Independentemente do motivo pelo qual nos vemos imersos numa situação adversa qualquer pessoa reagirá contra a perda de controlo, contudo de formas diferentes. Neste sentido, Puig & Rubio (2011), dividem o tipo de pessoa perante a resposta ao stress em:

1. As que desde o início são demasiado débeis para suportar a adversidade;
2. As que são suficientemente fortes para enfrentar a adversidade, fortalecendo-as.

O quadro seguinte reflete vários exemplos de manifestações resilientes:

Quadro 6- Características de uma personalidade resiliente.

Pilar da Resiliência	Capacidades que Conduzem à Ação			
Sentido de humor	Fazer rir outras pessoas	Procurar o positivo nas vivências negativas	Rir-se das suas limitações	Encontrar novas maneiras de ver as coisas
Confiança	Pedir ajuda quando necessitar	Expressar os sentimentos	Estabelecer relações positivas	Habilidades de comunicação verbal
Iniciativa	Propor algo	Tomar decisões	Experimentar coisas novas	Decisão perante os riscos
Moralidade	Fazer algo pelos outros	Criar empatia	Conhecer os valores universais	Colaborar com os outros
Independência	Controlo sobre os elementos do ambiente	Respeitar normas e limites	Responsabilizar-se por algo	Fazer algo de forma autónoma
Espiritualidade	Verbalização de um futuro melhor	Metas a curto prazo	Acreditar em algo ou alguém seguramente	Capacidade de descobrir a beleza da natureza
Identidade	Autoimagem positiva	Senso de propriedade	Conhecimento da sua cultura	Fazer uma descrição do próprio
Criatividade	Utilização da imaginação	Arranjar soluções alternativas	Criar algo novo; distinto do modelo comum	Capacidade de concentração
Comunicação	Falar de coisas que o assustam ou inquietam	Escolher o momento certo para agir ou falar com alguém	Sentir e expressar afeto	Encontrar uma forma de resolver os seus problemas

Fonte: Puig & Rubio (2011)

Por outro lado, os autores acima referidos, defendem a existência de fatores mediadores de stress que ajudam a superar as adversidades, tais como:

Capacidade de controlo – Pensar que podemos controlar tudo o que nos rodeia pode sobrecarregar-nos e preencher-nos de insatisfação e frustração ao comprovarmos que

nem tudo depende de nós. Contudo, pensar que temos um certo grau de controle, quando na realidade não é assim, reduz o nível de stress.

Capacidade de previsão – Se o acontecimento adverso é previsível o nível de stress diminui. Existem acontecimentos previsíveis e evitáveis, previsíveis e inevitáveis, e imprevisíveis e inevitáveis.

Perceção de que as coisas melhoram – Concentrar a nossa atenção em detetar mudanças positivas, por muito pequenas que sejam, reduz a sensação de mal-estar.

Falta de saídas à frustração – Face a acontecimentos de que dificilmente podemos escapar é importante dispor de saídas e alternativas ao acontecimento stressante.

O valor das pequenas coisas – É a conotação positiva. Fazer ver às pessoas que têm melhorado em diversos aspetos, sempre com alto grau de veracidade. Focar os aspetos positivos, capacidades e melhorias.

Redes de apoio sociais – Existem espaços sociais disponíveis para prestar acompanhamento e ajudar a superar os problemas.

Na mesma continuação de ideias, Rojas (2010) aponta as seguintes formas de reagir aos golpes da vida:

1. Sofrer o choque emocional;
2. Tornar-se fisicamente violento;
3. Ficar paralisado;
4. Comportar-se como vítima;
5. Enfrentar a angústia;
6. A resiliência como resposta.

De um modo mais simplificado Catret (2007) refere três atitudes possíveis face ao sofrimento:

1. A revolta;
2. A resignação;
3. A aceitação.

Relativamente às estratégias para enfrentar as dificuldades, a comunidade científica aceita, atualmente, o modelo em que se considera este processo como um sistema

dinâmico entre o sujeito e a situação problemática. É vital a avaliação da situação feita pelo próprio sujeito, como os próprios recursos para lhe fazer frente, e a figura seguinte é representativa disso mesmo.

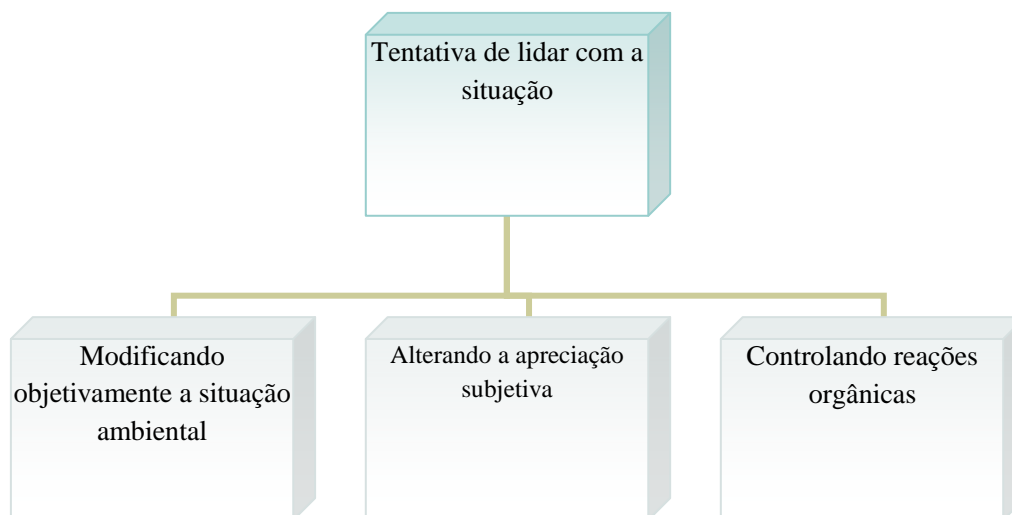


Figura 5- Modelo estratégico para a gestão das dificuldades no processo de resiliência.

Fonte: Adaptado de Puig & Rubio (2011).

Brooks & Goldstein (2010), acreditam que existem questões que se podem formular e exercícios que se podem fazer diariamente, bem como orientações sobre as quais podem refletir de vez em quando, para ajudar a manter um estilo de vida resiliente. Esta autoavaliação a curto e a longo prazo manterá o conceito de resiliência num lugar privilegiado, para que se tenha uma imagem clara dos objetivos, dos valores e da forma como é levada a vida, sendo que nunca é demasiado tarde para desenvolver uma mentalidade resiliente.

2.2- MÉTODOS DE MEDIÇÃO DA RESILIÊNCIA

Inicialmente é necessário definir claramente qual o aspeto a ser medido, para que as suas propriedades constituintes sejam identificadas. Assim, aceitando a conceptualização que define a resiliência como um processo, abordamos os elementos que a compõem, ou seja, um acontecimento adverso e resultantemente uma adaptação bem-sucedida (Puig & Rubio, 2011).

Luthar & Cushing (1999) traçam três métodos para medir a resiliência que serão descritos nos quadros 7, 8 e 9 seguintes:

Quadro 7- Medição da adversidade no processo de resiliência.

1	MEDIÇÃO DO RISCO ATRAVÉS DE VÁRIOS FATORES	SITUAÇÕES ESPECÍFICAS DA VIDA	JUNÇÃO DE MÚLTIPLOS FATORES
MEDIÇÃO DA ADVERSIDADE	É apresentada uma escala de eventos negativos e os indivíduos têm de assinalar aqueles que estiveram presentes nas suas vidas.	O indivíduo pode definir as adversidades, o contexto social ou até os investigadores. Um exemplo deste método pode ser comparado a uma doença crónica ou um conflito com armas.	Inclui enumeras fontes de que pode vir a adversidade, bem como a sua interação a nível social, comunitário, familiar e pessoal.

Fonte: Adaptado de Puig & Rubio (2011)

Quadro 8- Medição da adaptação bem-sucedida no processo de resiliência.

2	MEDIÇÃO DO RISCO ATRAVÉS DE VÁRIOS FATORES	AUSÊNCIA DE INCOMPATIBILIDADE	ESTRUTURA ADAPTATIVA
MEDIÇÃO DA ADAPTAÇÃO BEM-SUCEDIDA	É indicada uma série de metas, normalmente obtidas num determinado momento evolutivo da vida. Realizada entrevista a várias pessoas ligadas ao indivíduo.	Esta medida é frequentemente utilizada em ambientes clínicos, e considera a ausência de patologia como um fator de ajuste e assim triunfar sobre a adversidade.	Tem em conta escalas para medir a adaptação evolutiva e entrevistas com outros indivíduos que possam dar informações. Exemplo da avaliação da adaptação escolar, com entrevista aos pais e colegas.

Fonte: Adaptado de Puig & Rubio (2011)

Quadro 9- Medição do processo de resiliência.

3	MODELOS EXPERIMENTAIS BASEADOS EM VARIÁVEIS	MODELOS EXPERIMENTAIS BASEADOS EM INDIVÍDUOS
MEDIÇÃO DO PROCESSO DE RESILIÊNCIA	Estudo da interação entre fatores de risco (ou adversidade) e os fatores de proteção que parecem ser mediados, compensando ou protegendo os efeitos do risco.	Estudos longitudinais que tentam entender a interação de fatores que aparecem naturalmente e promovem um desenvolvimento favorável, apesar da existência de fatores de risco ou adversidades.

Fonte: Adaptado de Puig & Rubio (2011).

Relativamente aos instrumentos e técnicas de medição, serão brevemente abordados aqueles que no campo das ciências sociais, e em especial da psicologia, são utilizados mais frequentemente. Devem ser tidos em conta dois aspetos: por um lado o instrumento deve ser válido (medindo o que foi definido como resiliência e nada mais) e por outro lado deve fazê-lo com a maior confiabilidade (Puig & Rubio, 2011).

- Os testes projetivos são ferramentas de psicodiagnóstico que, através de métodos indiretos verbais, lúdicos ou gráficos, facilitam a projeção do sujeito. No entanto, nem todas as ferramentas projetivas têm o mesmo nível de padronização, deixando algumas dessas técnicas com um amplo espaço para interpretação, o que é indesejável no campo experimental (Puig & Rubio, 2011).
- Os testes psicométricos estão baseados em modelos explicativos de referência que selecionam os fatores envolvidos na capacidade de resiliência. Os indivíduos devem completar os itens pertencentes a um questionário, avaliando o seu acordo ou desacordo com os textos citados.

Puig & Rubio (2011) destacam duas escalas utilizadas:

- Connor-Davidson Resilience Scale (CD-Risc,2003) composta por 25 itens que avaliam a capacidade de controlo interno, compromisso, desafio, otimismo, resistência ao mal-estar, espiritualidade, adaptação, autoeficácia, e o comportamento orientado para a ação, com uma pontuação máxima de 100 valores.
- Escala de resiliência (ER, Wagnild & Young, 1993) composta por 25 itens que avaliam a capacidade de perseverança, confiança em si mesmo, sentido da vida, filosofia de vida, e equanimidade, com uma pontuação máxima de 175 pontos.

Estes testes permitem:

- Maior conhecimento e compreensão do fenómeno;
- Ser utilizados como ferramenta de diagnóstico;
- Meio para avaliar o impacto das ações dos investigadores;
- Avançar com propostas de implementação.

3- O AVC E A CAPACIDADE DE RESILIÊNCIA

Segundo a OMS é estimado que anualmente 10 milhões de pessoas sobrevivam a um acidente vascular cerebral, e ainda pouco se sabe acerca das experiências emocionais positivas destes indivíduos.

No entanto existem evidências da importância que as emoções positivas têm perante um desafio de saúde. Fredrickson & Levenson (1998) defendem que as emoções positivas podem reduzir os relatos de depressão após um evento stressante.

Ostir, Berger, Ottenbacher, Graham & Ottenbacher (2008) realizaram um estudo em que tinham como objetivo investigar as emoções positivas na sequência de um acidente vascular cerebral, em adultos com idades superiores a 55 anos. Fizeram-no em duas alturas distintas, no momento da alta que se sucedeu à reabilitação em internamento clínico e 3 meses após. O estudo analisou a saúde emocional positiva de 856 indivíduos e verificaram que, independentemente da idade, sexo ou etnia, estes podem experimentar emoções positivas. Afirmaram que este é um processo dinâmico e que 1/3 da amostra relataram uma mudança na vivência de emoções positivas, com valores mais elevados entre a alta e até aos 3 meses após.

Os autores referem ainda que a compreensão do papel das emoções positivas, como limitadores dos efeitos negativos da depressão, pode subsequentemente resultar na compreensão de como os indivíduos com AVC lidam com a situação e se adaptam.

Sarre, Redlich, Tinker, Sadler, Bhalla & McKevitt (2014) referem que em alguns estudos observados, indivíduos que sofreram AVC mencionam a importância das características pessoais no ajuste após o mesmo.

Ostir, Markides, Black & Goodwin (2000) apontam que em estudos epidemiológicos realizados, altos níveis de emoções positivas têm vindo a ser associados ao risco reduzido da ocorrência ou reaparecimento de doença, incapacidade e mobilidade reduzida em adultos.

Dados clínicos também têm demonstrado uma ligação entre emoções positivas e marcadores biológicos. Steptoe, wardle & Marmot (2005) demonstraram, numa amostra de adultos de meia idade, uma associação entre maiores níveis de emoção positiva e menos problemas a nível neurológico, endócrino, inflamatório e cardiovascular.

Epel, McEwen & Ickovics (1998) mostraram que os indivíduos que foram capazes de encontrar um significado positivo após um evento traumático tiveram respostas hormonais mais adaptativas aos subsequentes efeitos stressores. Tugade & Fredrickson (2004) afirmam também que apesar dos mecanismos exatos não serem bem conhecidos neste momento, os estudos indicam que as emoções positivas podem ter um importante papel em manter o equilíbrio orgânico através de respostas químicas e nervosas.

Por outro lado, de acordo com alguns estudos, não é apenas a existência de recursos que interessa, mas também a habilidade para lhes aceder, convertê-los na personalidade da pessoa e obter melhores e significativos resultados (Sarre, Redlich, Tinker, Sadler, Bhalla, & McKevitt, 2014).

Noutros âmbitos encontramos autores que defendem a importância de uma mentalidade otimista e a presença de emoções positivas em determinados exemplos. É o caso do estudo de Greer, Morris, Pettingale & Haybittle (1990) em que relata casos de mulheres com neoplasia da mama e aquelas que tinham espírito de luta obtiveram melhores resultados ao contrário daquelas que viram a situação como desesperadora. Outro caso é o referido por Mossey, Mutran, Knott & Craik (1989) em que num estudo realizado a utentes com fratura da anca, aqueles que relataram boa saúde emocional eram 3 vezes mais propensos a conseguir uma independência na locomoção do que os deprimidos, 9 vezes mais propensos a voltar aos níveis de funcionamento físico pré-fratura, e 9 vezes mais propensos a voltar à anterior capacidade funcional. Por último Reed, Kemeny, Taylor, Wang & Visscher (1994) afirmam que utentes com VIH positivo, com altos níveis de emoção positiva, demonstraram um declínio imunológico mais lento, início de sintomas mais tardio e maior tempo de sobrevivência.

Corroborando com o tema deste trabalho pode-se referir o estudo realizado por Lee, Yi, Choi, Lee, Cho & Kim (2015), que implementaram durante oito semanas um plano de

reabilitação adaptado universalmente aos doentes com hemiplegia crónica, internados há mais de seis meses em ambiente hospitalar, tendo o objetivo de avaliar o seu efeito na capacidade de resiliência e atividades de vida diária de cada indivíduo. Utilizaram como instrumento de avaliação da resiliência a versão Coreana da escala de resiliência de Connor-Davidson e vários instrumentos de avaliação de capacidade física, incluindo o índice de Barthel modificado. Os resultados mostraram um aumento significativo dos níveis de resiliência e na função do lado afetado, coordenação e equilíbrio, indicando um efeito positivo sobre o processo de reabilitação.

É desta forma que toma força a pertinência na análise da relação entre a reabilitação do membro superior parético após o AVC e a capacidade de resiliência.

**PARTE II ENQUADRAMENTO EMPÍRICO: AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO
ENTRE A QUANTIDADE E QUALIDADE DO USO DO MEMBRO SUPERIOR
PARÉTICO APÓS AVC E A CAPACIDADE DE RESILIÊNCIA**

1- METODOLOGIA

Com o intuito de aprofundar conhecimentos num tema tão comum e frequente no dia-a-dia dos enfermeiros de reabilitação como é o AVC e mais especificamente a reabilitação do membro superior parético após o mesmo, e o interesse em compreender se a resiliência poderá ser uma ferramenta importante na luta por uma melhor qualidade de vida, foram estabelecidos os seguintes objetivos para este estudo.

Objetivo geral:

Avaliar a relação entre a quantidade e qualidade do uso do membro superior parético após AVC e a capacidade de resiliência.

Objetivos específicos:

- Analisar a relação entre a quantidade e qualidade do uso do membro superior parético após AVC com o tempo de ocorrência do mesmo;
- Analisar a relação entre a quantidade e qualidade do uso do membro superior parético após AVC com a força de preensão manual;
- Analisar a relação entre a resiliência e o tempo de ocorrência do AVC, o tempo de frequência em programa de reabilitação, a quantidade e qualidade do uso do membro superior parético, e o índice de Barthel
- Analisar a consistência interna do índice de Barthel, da MAL-30 e da escala de resiliência de Connor-Davidson

Metodologicamente, classificou-se o estudo como exploratório, transversal e correlacional com uma abordagem quantitativa.

Relativamente à população alvo do estudo, esta é constituída por indivíduos que sofreram AVC, conscientes e orientados, de ambos os géneros, com mais de dezoito anos de idade, não institucionalizados, e residentes no concelho de Mogadouro, sendo os critérios de inclusão os seguintes:

- Ter mais de dezoito anos;
- Ter um episódio único de AVC;
- Apresentar orientação temporo-espacial;

- Não apresentar afasia de compreensão;
- Não estar institucionalizado.

O procedimento da amostragem foi não probabilístico, constituído por vinte e cinco indivíduos que participaram voluntariamente no estudo, sendo solicitado consentimento informado. Os elementos da amostra foram recrutados através do enfermeiro de família no centro de saúde, no contato com farmácias locais e através de terceiros.

Todos os participantes foram esclarecidos em relação aos objetivos do estudo, à importância da sua participação no mesmo, e da possibilidade de poderem desistir a qualquer momento.

1.1- INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A colheita de dados foi realizada ao domicílio dos indivíduos entre Fevereiro e Abril de 2015 e utilizaram-se os seguintes instrumentos de colheita de dados: questionário sociodemográfico, dinamómetro (dynatest), índice de Barthel, escala Motor Activity Log-30, escala de resiliência de Connor-Davidson.

1.1.1- Inquérito por questionário

Foi utilizado um inquérito por questionário (anexo I) com questões fechadas e abertas, sendo este apoiado maioritariamente numa análise quantitativa. Este questionário foi fundamentado no estudo realizado por Diz (2012), e contempla as seguintes dimensões: caracterização sociodemográfica da população, identificação da doença base, comorbilidades, e avaliação da força de prensão manual através de dinamómetro. Foi aplicado de forma direta.

1.1.2- Dinamómetro

Para avaliação da força de prensão manual (anexo I) foi utilizado o dinamómetro (dynatest). O doente foi colocado na posição de sentado com o ombro aduzido e em rotação neutra, o cotovelo fletido a 90° com o antebraço em posição neutra e o punho entre 0 a 30° de extensão. Foram realizadas 2 medidas em cada lado com intervalo de 1 a 2 minutos e escolhida a melhor (Alexandre, Duarte, Santos & Lebrão., 2008). A força

de apreensão manual foi avaliada em bar e apresentada nos resultados em KPa, por ser a unidade mais utilizada no Sistema Internacional de Unidades (DR. Nº 234/2010).

1.1.3- Índice de Barthel

Uma importante intervenção após AVC é avaliação funcional dos indivíduos, e através do Índice de Barthel (anexo II) esse objetivo é atingido. Este índice, segundo Mahoney e Barthel (1965) é um instrumento que avalia o grau de dependência/independência na realização das atividades de vida diárias como a alimentação, higiene pessoal, controlo vesical e anal, transferência cama/cadeira e vice-versa, mobilidade/deslocação, utilização da sanita, vestir-se, banho e subir/descer escadas. Será utilizada a versão original em que a pontuação varia de 0, que corresponde à dependência máxima, a 100 pontos, que corresponde à completa independência. Este índice foi adaptado para a população portuguesa por Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. em 2007, em que o estudo das propriedades psicométricas do mesmo revelou um nível de fiabilidade elevado apontando para um alfa de Cronbach de 0,96.

Do ponto de vista clínico o índice de Barthel dá informações importantes não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, pois permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

Observa-se no quadro seguinte a interpretação do índice de Barthel feita segundo Mahoney e Barthel (1965):

Quadro 10- Interpretação dos resultados do índice de Barthel.

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

(Pontuação: 0-100 pontos)

Desde a sua publicação que o índice de Barthel tem sido amplamente utilizado. Neste uso alargado têm sido desenvolvidas algumas versões que se distinguem da original por aumentarem ou diminuírem as atividades avaliadas ou ainda por alterarem o sistema de pontuação. Um exemplo é a versão desenvolvida por Wade & Collin em 1988 que

propõe uma pontuação dos itens em 0, 1, 2 ou 3 sendo que o valor total mínimo de 0 equivale a uma total dependência e o valor total máximo de 20 equivale a uma total independência (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

Atualmente o índice de Barthel continua a ser considerado dos instrumentos mais adequados para avaliar a capacidade de realização das atividades de vida diária e é utilizado essencialmente em contexto hospitalar, unidades de AVC e convalescença, e centros de reabilitação. A sua fácil aplicação e interpretação fazem com que seja um dos instrumentos mais utilizados nos contextos clínicos e de investigação.

1.1.4- Escala de resiliência de Connor-Davidson

A escala de resiliência de Connor-Davidson CD-RISC original foi elaborada por Connor e Davidson em 2003, sendo constituída por 25 itens e é direcionada para acontecimentos traumáticos. Foi adaptada para a população portuguesa por Faria e Ribeiro em 2008 (anexo V). Esta apresenta propriedades psicométricas que distinguem aqueles com maior ou menor capacidade de resistência às adversidades. Após autorização dos autores originais (anexo VI) a aplicação da escala foi feita através de entrevista, sendo respondida pelo inquirido. Connor e Davidson comprovaram com alguns estudos que a resiliência é quantificável, influenciável pela saúde, modificável e pode melhorar com algum tipo de tratamento ou intervenção nessa área. A resiliência pode ser vista como uma medida de sucesso no confronto dos obstáculos (Connor & Davidson, 2003).

Esta escala foi concebida como instrumento de autoavaliação, embora possa, sempre que necessário, ser aplicada pelo inquiridor. As questões são direcionadas para serem respondidas com referência ao mês anterior, ou quando isso não é possível a resposta deve ser determinada pela forma como a pessoa pensa que teria reagido. A pontuação da escala baseia-se na soma total de todos os artigos, sendo cada um deles pontuados de 0 a 4. Para a escala de 25 itens a pontuação é de 0 a 100, verificando-se que valores superiores correspondem a uma maior resiliência (Connor & Davidson, 2015)

Podem ser inumerados variados estudos realizados utilizando a escala de resiliência de Connor-Davidson, como o de Davidson et al. em 2005 sobre depressão, Camardese *et al.* em 2007 sobre a relação entre o cortisol e a depressão, Arce et al. em 2009 sobre escolhas emocionais, Morey et al. em 2008 acerca de trabalho de memória e processamento emocional, Daniel set al em 2012 aplicando a escala a sobreviventes de

trauma, Bradley et al. em 2013 estudou a relação entre o ambiente vivido na infância e a resiliência em adultos, entre outros. Esta escala tem tradução para mais de cinquenta línguas, sendo utilizada frequentemente (Connor, K. & Davidson, J., 2015).

1.1.5- Escala Motor Activity Log-30

A utilização da escala Motor Activity Log (anexo III) é pertinente visto que os membros superiores são responsáveis por inúmeras atividades imprescindíveis do dia-a-dia. Este meio de avaliação é direcionado para os indivíduos que sofreram um AVC e ficaram com sequela num membro superior. Foi criada em 1993 por Taub, Uswatte e Morris, e baseia-se na síndrome do desuso. A versão original, descrita na língua inglesa, é constituída por 14 itens (MAL-14) dirigidos especialmente para incapacidades menores, pelo que, para avaliar a funcionalidade de membros mais afetados foi necessário a construção de outra versão com 30 itens (MAL-30), que foi traduzida e adaptada transculturalmente para Portugal em 2012 por Diz, Gomes e Galvão, e será esta última a ser utilizada por mim, com a sua devida autorização (anexo IV). A aplicação da escala é feita através de entrevista estruturada, seguindo as instruções padronizadas pelos autores na versão original, e pode ser respondida pelo próprio ou pelo cuidador principal. O instrumento engloba duas subescalas ordinais para a graduação das atividades com seis pontos em cada: uma relacionada com a quantidade de uso e outra com a qualidade do uso. Considerando a subescala quantitativa (QT), a sua pontuação varia de zero (0) “não usa o braço mais fraco” a cinco (5) “usa o braço mais fraco tanto como antes do AVC”. Para a subescala qualitativa (QL) a pontuação varia de zero (0) “o braço mas fraco não foi usado para essa atividade” a cinco (5) “a capacidade para usar o braço mais fraco para essa tarefa foi tão boa como antes do AVC”. A pontuação total é obtida através do cálculo da média para cada uma das subescalas, e assim, quanto maior a média obtida nas subescalas melhor a quantidade e qualidade do uso do membro superior parético na realização das AVD’s. Na situação em que uma atividade não se aplique ao doente, o item pode ser excluído e o cálculo da média pode ser feito considerando apenas os restantes itens (Taub et al., 2004).

Foi explicado ao doente qual o objetivo da escala, que é saber o que ele realmente fez com o membro superior parético e não o que pensa que consegue fazer, tendo como referência a semana anterior. O doente foi questionado se utilizou o membro superior parético para cada uma das atividades da escala. Se a resposta foi não, foi questionado o

porquê e utilizada a codificação adequada; se a resposta foi sim, foi solicitado para, de acordo com a escala QT, quantificar o seu uso e, de seguida, tendo em conta a QL, avaliar a qualidade do movimento.

Este instrumento tem sido utilizado frequentemente e é reconhecido como um importante fornecimento de informação sobre a função do membro superior afetado após AVC. Assim esta avaliação constitui um meio importante de abordagem à reabilitação (Saliba, V. A., 2009).

Foram realizados estudos por vários autores, nomeadamente Van der Lee et al em 2004 com a MAL-14, Uswatte et al em 2005 com a MAL-14, Uswatte et al em 2006 com a MAL-30, Saliba em 2009 com a MAL-30 e Diz em 2012 com a MAL-30, com o intuito de avaliar as propriedades psicométricas da escala, nomeadamente consistência interna, confiabilidade teste-reteste e validade. Diz (2012) obteve, na análise da consistência interna da MAL-30 com tradução para a população portuguesa um alfa de Cronbach para de 0,974 tanto para a subescala QT como para QL e na avaliação da correlação do coeficiente de Spearman obteve $CCS > 0,540$ para QT e $CCS > 528$ para QL relativamente à correlação entre as subescalas e os 30 itens que as constituem.

A consistência interna e a confiabilidade teste-reteste traduzem a fiabilidade do instrumento, ou seja, a sua qualidade em reproduzir os resultados em repetidas aplicações com a menor variabilidade possível. A validade traduz a capacidade do instrumento em medir o que realmente se quer ou espera medir.

1.2- ANÁLISE ÉTICA

Os instrumentos de avaliação foram aplicados a indivíduos, implicando desta forma, valores e direitos constitucionais que tiveram que ser assegurados, salvaguardando assim direitos, liberdades e garantias pessoais de cada um dos intervenientes. Os indivíduos foram previamente solicitados para a sua participação voluntária no estudo informando-os de todos os aspetos da investigação, podendo participar, não participar ou desistir do mesmo. Os indivíduos assinaram consentimento informado, sendo toda a informação recolhida é confidencial.

1.3- PROCEDIMENTOS

De forma a garantir a fiabilidade e assegurar a interpretação correta das perguntas, os instrumentos de avaliação foram de administração direta sendo aplicados pelo

inquiridor. A recolha de dados foi feita no domicílio dos indivíduos entre Fevereiro e Abril de 2015.

Os dados colhidos pela metodologia anteriormente descrita, foram processados nos programas Microsoft Excel (Microsoft, Washington, EUA) Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (IBM Corporation, Nova York, EUA) e ainda por um programa de apoio o Google drive (Google Inc. Lisboa, Portugal) para introdução da informação.

A análise estatística foi estritamente descritiva, recorrendo-se à análise uni e bivariada, tendo sido o tratamento da informação do tipo quantitativo. Efetuou-se a análise, recorrendo a medidas de frequência absoluta e proporção. Para se verificar a associação entre variáveis recorreu-se à correlação bivariada do coeficiente de correlação de Spearman sendo estatisticamente significativo ao nível de 0,01. Realizou-se a análise de confiabilidade para verificar a viabilidade e consistência interna das escalas/índice através do alpha de Cronbach, sendo considerada uma melhor consistência os valores mais próximos de 1.

2- RESULTADOS

Os resultados foram analisados de forma a respeitar as dimensões e o seguimento dos quatro instrumentos de colheita de dados aplicados. Os resultados foram separados em quatro conjuntos: caracterização da amostra e do seu estado de saúde, índice de Barthel, escala de resiliência de Connor-Davidson, e escala Motor Activity Log-30.

Durante o período de Fevereiro e Abril de 2015 foram aplicados os instrumentos de colheita de dados a vinte e cinco indivíduos com idades superiores a dezoito anos, não institucionalizados, residentes no concelho de Mogadouro.

A caracterização social e demográfica da população obedeceu à ordem do questionário aplicado. A faixa etária dos 70-80 anos (40%) reuniu o maior número de indivíduos seguido da faixa etária 60-70 anos (24%), ocorrendo portanto uma maior representação dos indivíduos com 60 ou mais anos de idade (média de idades: 68,76 anos). A maior percentagem de indivíduos pertence ao género masculino (60%), e é casado (88%) (Tabela 1).

Tabela 1- Caracterização da amostra segundo a idade, género e estado civil.

		Nº de inquiridos	%
Idade	40-50	3	12
	50-60	2	8
	60-70	6	24
	70-80	10	40
	80-90	4	16
Género	Feminino	10	40
	Masculino	15	60
Estado civil	Casado	22	88
	Viúvo	3	12

No que diz respeito à área de residência os inquiridos pertencem ao meio rural. O agregado familiar é composto maioritariamente por duas pessoas (56%) (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição da amostra segundo o agregado familiar.

Composição do agregado familiar	N.º de indivíduos	%
Um	2	8
Dois	14	56
Três	7	28
Quatro	1	4
Cinco	1	4
Total	25	100

A amostra apresenta baixa escolaridade, com 60% a referir que apenas frequentou o 1º ciclo e 20% que não sabe ler nem escrever (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade.

Escolaridade	N.º indivíduos	%
Não sabe ler nem escrever	5	20
Sabe ler e escrever	1	4
1º ciclo (até ao 4º ano)	15	60
2º ciclo (até ao 9º ano)	2	8
3º ciclo (até ao 12º ano)	2	8
Total	25	100

Dos vinte e cinco indivíduos inquiridos, 13 (52%) ainda se encontram no ativo sendo que 12 (48%) já se encontram reformados. Destes apenas dois indivíduos (8%) sofreram alteração do seu estatuto profissional devido ao AVC (Tabela 4)

Tabela 4- Cruzamento das variáveis profissão no momento do AVC e a alteração do estatuto profissional teve relação direta com o AVC.

Profissão no momento do AVC	A alteração do estatuto profissional teve relação direta com o AVC?					
	Sim		Não		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Agricultor	1	4	2	8	3	12
Assistente operacional	0	0	2	8	2	8
Auxiliar de limpeza	0	0	1	4	1	4
Construtor civil	1	4	0	0	1	4
Doméstica	0	0	2	8	2	8
Eletricista	0	0	1	4	1	4
Empresário	0	0	1	4	1	4
Reformado	0	0	12	48	12	48
Serralheiro	0	0	1	4	1	4
Taxista	0	0	1	4	1	4
Total	2	8	23	92	25	100

Dos indivíduos inquiridos 17 (68%) sofreram AVC isquémico e 8 (32%) sofreram AVC hemorrágico (Tabela 5).

Tabela 5- Distribuição da amostra segundo o tipo de AVC.

Tipo de AVC	Frequência	%
Hemorrágico	8	32
Isquémico	17	68
Total	25	100

Sendo o total da amostra 25 indivíduos, 14 (56%) apresentaram o lado direito como o afetado, sendo este o lado dominante para a mesma percentagem de inquiridos (Tabela 6).

Tabela 6- Distribuição da amostra segundo o lado afetado e a dominância.

Lado afetado		
	N	%
Direito	14	56
Esquerdo	11	44
O lado afetado era o dominante?		
Sim	14	56
Não	11	44
Total	25	100

O AVC ocorreu em média há 49,8 meses (desvio padrão=57,5) (Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição da amostra segundo o tempo de ocorrência de AVC.

Tempo de ocorrência de AVC (meses)				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tempo de ocorrência	1	240	49,8	57,5

Dos inquiridos, 15 (60%) esteve em programa de reabilitação e a média de tempo de frequência é de 38 semanas (Tabela 8). Atualmente não existe nenhum indivíduo a frequentar um programa de reabilitação.

Tabela 8- Distribuição da amostra segundo o tempo de frequência de programa de reabilitação.

Tempo de frequência de programa de reabilitação (semanas)				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Tempo de frequência	1	384	22,8	75,9

Ao questionar os indivíduos sobre a dor sentida no ombro afetado apenas 7 (28%) referiu que sentia dor e destes, 5 afirmaram sentir dor em repouso (Tabela 9).

Tabela 9- Distribuição da amostra segundo a presença de dor no ombro afetado.

Sente dor no ombro afetado?		
	N.º	%
Sim	7	28
Não	18	72
Total	25	100
Se sim		
Movimento	2	28,6
Repouso	5	71,4
Total	7	100

Da totalidade dos inquiridos 24 (96%) admitiu ter outro tipo de patologia¹. A doença hipertensiva é aquela que predomina (26,5%; 17/64), seguida da aterosclerose (20,3%; 13/64) e Diabetes *mellitus* não insulino dependente (15,6%; 10/64). Os episódios depressivos afetam 10,9% (7/64) dos indivíduos (Tabela 10).

Tabela 10- Doenças manifestadas/indicadas pelos inquiridos.

Classificação internacional da doença	N.º de doenças	%
Tumores (Neoplasias)	3	4,6
Diabetes <i>mellitus</i> não insulino dependente	10	15,6
Episódios depressivos	7	10,9
Síndromes vertiginosas em doenças não classificadas em outra parte	1	1,6
Insuficiência cardíaca	5	7,8
Doença hipertensiva	17	26,5
Aterosclerose	13	20,3
Asma	1	1,6
Úlcera gástrica	1	1,6
Varizes dos membros inferiores	1	1,6
Artrite reumatoide	2	3,1
Hiperuricemia	1	1,6
Espondilopatia	1	1,6
Síndrome nefrítica aguda	1	1,6
Total	64	100

¹ Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a saúde (CID-10)(Deliberação nº 131/97 de 27 de julho, Diário da República II Série Nº 166-21/07/1997).

Cada indivíduo que declarou ter outra patologia é portador em média de duas a três doenças em simultâneo (Figura 2). Neste momento todos os indivíduos se encontram submetidos a um regime terapêutico.

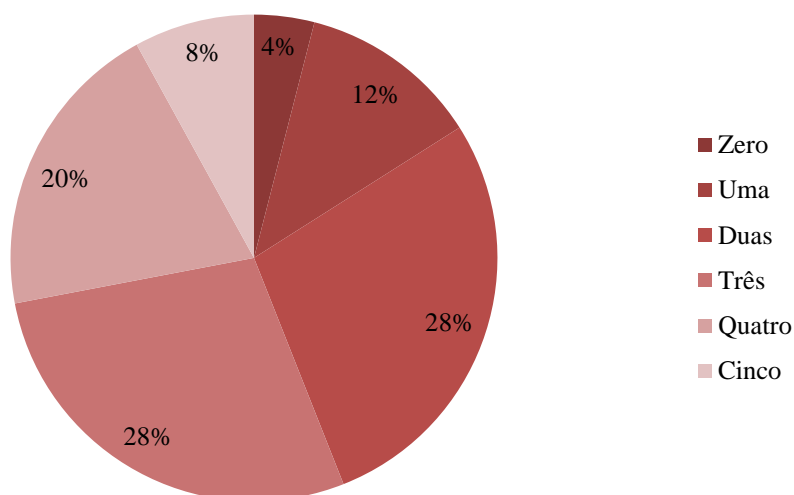


Figura 6- Número de doenças que cada indivíduo é portador.

Relativamente à força de prensão manual verificou-se que o lado afetado apresentava uma média de 31,6 Kpa, com um desvio padrão de 22,2 e o lado não afetado apresentava uma média de 42,8 Kpa, com desvio padrão de 18,9. O valor máximo de força de prensão manual, do lado afetado, foi de 90 Kpa e o valor mínimo de 5 Kpa, enquanto que para o lado não afetado o valor máximo de força de prensão manual foi de 80 Kpa e o valor mínimo de 10 Kpa (Tabela 11).

Tabela 11- Distribuição da amostra segundo a força de prensão manual.

	Força de prensão manual (Kpa)				
	Mínima	Máxima	Média	Mediana	Desvio padrão
Lado afetado	5	90	31,6	30	22,2
Lado não afetado	10	80	42,8	40	18,9

Utilizando o procedimento estatístico de correlação bivariada verificou-se uma relação significativa estatisticamente entre a força de prensão manual do lado afetado e lado

não afetado. Com recurso ao Coeficiente de correlação de Spearman obteve uma correlação significativa ao nível de 0,01 (Tabela 12).

Tabela 12- Coeficiente de correlação de Spearman entre a força de preensão manual do lado afetado e lado não afetado.

Spearman's rho		Força de preensão manual lado não afetado
Força de preensão manual lado afetado	Coeficiente de correlação	0,704**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	Nº de indivíduos	25

**Coeficiente de correlação é significativo ao nível de 0,01 (2-tailed).

Nas atividades de vida diária do índice de Barthel verificou-se que dos 25 inquiridos 6 (24%) necessitavam de ajuda na alimentação, 5 (20%) eram dependentes na higiene, e 4 (16%) necessitavam de ajuda para se vestir (Tabela 13). Relativamente às atividades de vida diária “Defecação” e “ Micção” observa-se que 24 dos indivíduos (96%) são continentemente (Tabela 14).

Tabela 13- Índice de Barthel, avaliação da dependência nas atividades de vida diária.

Atividade de vida diária	N.º de indivíduos independentes	%	N.º de indivíduos com necessidade de ajuda	%	N.º de indivíduos dependentes	%	N.º total de indivíduos	%
Alimentação	19	76	6	24	0	0	25	100
Higiene	20	80	5	20	0	0	25	100
Vestir	21	84	4	16	0	0	25	100
Arranjo pessoal	24	96	1	4	0	0	25	100
Ir à casa de banho	24	96	1	4	0	0	25	100
Transferência cama/cadeira	23	92	2	8	0	0	25	100
Deambulação	25	100	0	0	0	0	25	100
Subir e descer escadas	23	92	2	8	0	0	25	100
Controlo anal	24	96	1	4	0	0	25	100
Controlo vesical	24	96	1	4	0	0	25	100

Realizou-se a análise de consistência interna do índice de Barthel, através do alfa de Cronbach, obtendo-se um valor de 0,758. Ao avaliar-se a autonomia dos indivíduos segundo o índice de Barthel, verificou-se uma média de independência de 91,2 pontos (0-100 pontos), observando-se que 32% apresentou dependência leve (>60 pontos) (Figura 3).

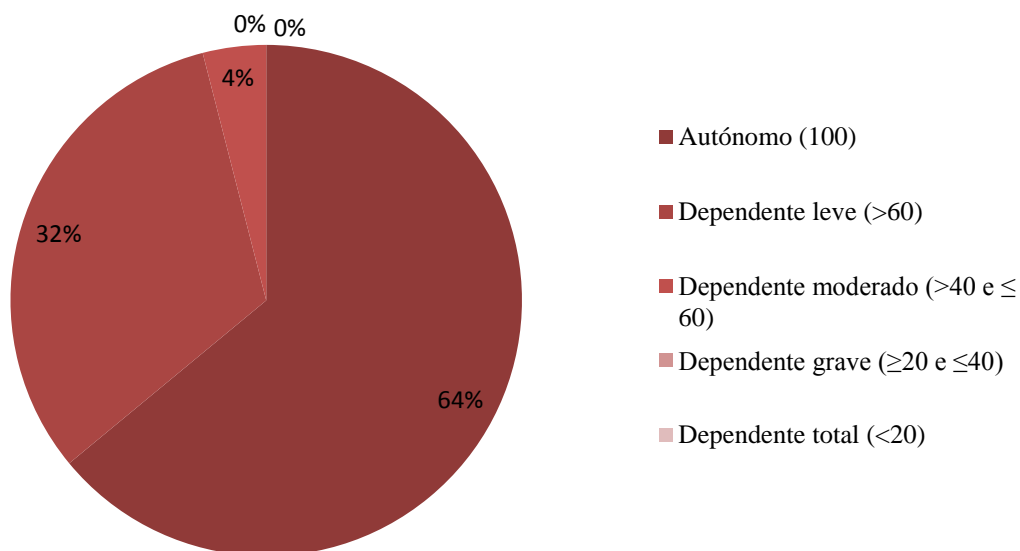


Figura 7- Avaliação da dependência da amostra segundo o índice de Barthel (0-100 pontos).

Ao analisar-se a consistência da escala de resiliência de Connor-Davidson, através do alfa de Cronbach, obteve-se um valor de 0,752. Na análise da escala de Connor-Davidson observou-se uma média de 68,2 pontos (0-100), sendo o valor mínimo encontrado de 39 pontos e o máximo 95 pontos (Tabela 15).

Verificou-se ainda um maior número da afirmação “Não verdadeira” para as situações de “Ao lidar com os problemas da vida às vezes temos de agir por impulso, sem olhar para o porquê” (44%), “Eu gosto de desafios” (44%), seguido de “Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com os problemas” (28%), “Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza (28%) e por último “Ter de lidar com o stress torna-me mais forte” (20%). Quanto à afirmação “Quase sempre verdadeira” obteve-se um maior número de respostas para as situações “Eu tenho pelo menos uma relação próxima e segura que me ajuda quando estou sob stress” (96%), “ Durante momentos de stress/crise eu sei onde procurar ajuda” (96%), “Eu orgulho-me dos sucessos que

alcanço” (92%), “Eu acredito fortemente que a vida tem um sentido” (76%), finalmente “Quando não existem soluções para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar” (64%) (Tabela 16).

Tabela 14- Análise da pontuação atribuída segundo a escala de resiliência de Connor-Davidson.

Pontuação atribuída segundo a escala de Connor-Davidson	N.º de indivíduos	%
39	1	4
43	1	4
49	1	4
50	1	4
53	1	4
54	1	4
58	2	8
61	2	8
65	1	4
66	1	4
68	1	4
72	1	4
73	1	4
75	1	4
77	1	4
78	1	4
80	2	8
83	2	8
92	1	4
95	1	4
Total	25	100
Média		68,2
Mediana		68
Desvio padrão		15,5
Máximo		95
Mínimo		39

Tabela 15- Distribuição da amostra segundo a escala de resiliência de Connor-Davidson.

Critérios	Não verdadeira		Raramente verdadeira		Às vezes verdadeira		Geralmente verdadeira		Quase sempre verdadeira		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças	2	8	3	12	7	28	5	20	8	32	25	100
Eu tenho pelo menos uma relação próxima e segura que me ajuda quando estou sob stress	—	—	—	—	—	—	1	4	24	96	25	100
Quando não existem soluções óbvias para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar	2	8	1	4	4	16	2	8	16	64	25	100
Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida	1	4	—	—	9	36	6	24	9	36	25	100
Os sucessos do passado dão-me confiança para lidar com os novos desafios e dificuldades	3	12	3	12	2	8	3	12	14	56	25	100
Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas	7	28	7	28	5	20	1	4	5	20	25	100
Ter de lidar com o stress torna-me mais forte	5	20	3	12	5	20	3	12	9	36	25	100
Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades	3	12	2	8	5	20	7	28	8	32	25	100
Bem ou mal acredito que a maioria das coisas acontece por uma razão	3	12	4	16	7	28	3	12	8	32	25	100
Eu dou o meu melhor independentemente dos resultados que possa vir a ter	1	4	1	4	4	16	9	36	10	40	25	100
Eu acredito que posso atingir os meus objetivos mesmo que existam obstáculos	1	4	3	12	9	36	10	40	2	8	25	100
Mesmo quando as coisas parecem não ter solução, eu	—	—	2	8	7	28	3	12	13	52	25	100

não desisto												
Durante momentos de stress/crise eu sei onde procurar ajuda	1	4	—	—	—	—	—	—	24	96	25	100
Sob pressão mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza	7	28	2	8	10	40	3	12	3	12	25	100
Eu prefiro liderar na resolução de problemas do que deixar que os outros tomem todas as decisões	—	—	—	—	7	28	5	20	13	52	25	100
Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso	4	16	3	12	5	20	4	16	9	36	25	100
Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida	1	4	3	12	3	12	5	20	13	52	25	100
Eu consigo tomar decisões pouco populares ou difíceis com implicações para outras pessoas, se necessário	3	12	2	8	5	20	2	8	13	52	25	100
Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva	2	8	2	8	10	40	7	28	4	16	25	100
Ao lidar com os problemas da vida às vezes temos que agir por impulso, sem olhar para o porquê	11	44	5	20	5	20	—	—	4	16	25	100
Eu acredito fortemente que a vida tem um sentido	1	4	2	8	1	4	2	8	19	76	25	100
Eu sinto que a minha vida está sob o meu controlo	4	16	3	12	7	28	4	16	7	28	25	100
Eu gosto de desafios	11	44	—	—	2	8	3	12	9	36	25	100
Eu trabalho para atingir os meus objetivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho	—	—	—	—	5	20	8	32	12	48	25	100
Eu orgulho-me dos sucessos que alcanço	—	—	—	—	—	—	2	8	23	92	25	100

Verificou-se uma correlação negativa perfeita entre as variáveis escala de resiliência de Connor-Davidson e o tempo de frequência em programa de reabilitação, isto é se uma das variáveis aumenta a outra diminui (tabela 17).

Tabela 16- Coeficiente de correlação de Spearman entre a escala de resiliência de Connor-Davidson e o tempo de frequência de programa de reabilitação.

Spearman's rho		Escala de resiliência Connor-Davidson
Tempo de frequência em programa de reabilitação	Coeficiente de correlação	-0,670**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N°.	25

**correlação significativa ao nível de 0,01 (2-tailed).

O mesmo teste foi realizado para verificar a correlação entre a variável escala de resiliência de Connor-Davidson e as seguintes variáveis: subescala quantitativa da escala MAL-30, subescala qualitativa da escala MAL-30, tempo de ocorrência de AVC, e o índice de Barthel, no entanto não se observou nenhuma correlação significativamente estatística.

A consistência interna da escala MAL-30 foi analisada através do alfa de cronbach obtendo-se um valor de 0,945 para a subescala quantitativa e um valor de 0,932 para a subescala qualitativa.

Através do coeficiente de correlação de Spearman verificou-se que existe correlação entre as subescalas e os itens que as constituem, obtendo-se valores de $CCS > 0,558$ ($p=0,000$) para todos os itens quer da subescala quantitativa quer da subescala qualitativa (tabela 18).

Tabela 17- Coeficiente de correlação de Spearman entre as subescalas quantitativa e qualitativa da MAL e os trinta itens que as constituem.

Critérios	Quantitativa		Qualitativa	
	p	CCS	p	CCS
Acender a luz no interruptor	0,000	0,884**	0,000	0,884**
Abrir uma gaveta	0,000	0,910**	0,000	0,910**
Retirar uma peça de roupa de uma gaveta	0,000	0,880**	0,000	0,880**
Atender o telefone	0,000	0,956**	0,000	0,956**
Limpar o balcão da cozinha ou outra superfície	0,000	0,954**	0,000	0,954**
Sair do carro (inclui apenas o movimento necessário para se levantar do banco e sair para fora do carro, depois de aberta a porta)	0,000	0,822**	0,000	0,822**
Abrir o frigorífico	0,000	0,954**	0,000	0,954**
Abrir uma porta rodando o puxador	0,000	0,942**	0,000	0,942**
Usar o comando da televisão	0,000	0,929**	0,000	0,929**
Lavar as mãos (inclui ensaboar e enxaguar as mãos mas não ligar a torneira)	0,004	0,558**	0,004	0,558**
Ligar e desligar a água rodando a torneira	0,000	0,918**	0,000	0,918**
Secar as mãos	0,004	0,561**	0,004	0,561**
Calçar as meias	0,000	0,927**	0,000	0,927**
Tirar as meias	0,000	0,935**	0,000	0,935**
Calçar os sapatos (inclui atar os atacadores)	0,000	0,954**	0,000	0,954**
Descalçar os sapatos (inclui desatar os atacadores)	0,000	0,961**	0,000	0,961**
Levantar-se de uma cadeira com braços	0,000	0,855**	0,000	0,855**
Puxar uma cadeira de debaixo da mesa	0,000	0,891**	0,000	0,891**
Puxar uma cadeira para junto da mesa depois de se sentar	0,000	0,914**	0,000	0,914**
Levantar um copo, garrafa, chávena ou jarro (não necessita ter líquido)	0,000	0,839**	0,000	0,839**
Escovar os dentes (não inclui preparar a escova ou escovar dentaduras postiças a não ser que estejam colocadas na boca)	0,000	0,959**	0,000	0,959**
Colocar base (creme hidratante), loção ou espuma da barba na cara	0,000	0,886**	0,000	0,886**
Usar uma chave para abrir uma porta	0,000	0,934**	0,000	0,934**
Escrever num papel (se a mão usada para escrever antes do enfarte é a mais afetada, pontuar, se a mão que não usava para escrever é a mais afetada, assinale apenas N/A e prossiga)	0,000	0,849**	0,000	0,849**
Segurar um objeto na mão (colocá-lo em cima do braço não é aceitável)	0,000	0,817**	0,000	0,817**
Usar um garfo ou uma faca para comer (refere-se ao movimento de levar a comida à boca)	0,000	0,895**	0,000	0,895**
Pentear o cabelo	0,000	0,929**	0,000	0,929**
Levantar uma chávena usando a pega	0,000	0,896**	0,000	0,896**
Abotoar uma camisa	0,000	0,724**	0,000	0,724**
Comer meia sandes ou outra comida com as mãos	0,000	0,925**	0,000	0,925**

**Coeficiente de correlação é significativo ao nível de 0,01 (2-tailed).

Ao analisar-se a subescala quantitativa da MAL-30 verificou-se uma média de 3,5 pontos, sendo o valor máximo encontrado de 5 (48%) e o valor mínimo de 0,16 (4%) (Tabela 19).

Tabela 18- Análise da pontuação atribuída segundo a subescala quantitativa da MAL-30.

Pontuação	N.º indivíduos	%
0,16	1	4
0,28	1	4
0,60	1	4
0,66	1	4
1,14	1	4
1,70	1	4
1,76	1	4
2,21	2	8
2,86	1	4
3,40	1	4
4,65	1	4
4,97	1	4
5	12	48
Total	25	100
Média		3,5
Mediana		4,9
Desvio Padrão		1,9
Máximo		5
Mínimo		0,16

Quanto à análise da subescala qualitativa da MAL-30 obteve-se uma média de 3,3 pontos, sendo o valor máximo encontrado de 5 (44%) e o valor mínimo de 0,30 (4%) (Tabela 20).

Tabela 19- Análise da pontuação atribuída segundo a subescala qualitativa da MAL-30.

Pontuação	N.º indivíduos	%
0,30	1	4
0,41	1	4
0,62	1	4
0,72	1	4
1,07	1	4
1,34	1	4
1,66	1	4
2,20	2	8
2,21	1	4
2,35	1	4
3	1	4
4	1	4
4,38	1	4
5	11	44
Total	25	100
Média		3,3
Mediana		4
Desvio Padrão		1,8
Máximo		5
Mínimo		0,30

Não se verificou uma correlação entre as subescalas quantitativa e qualitativa da MAL-30 e o tempo de frequência em programa de reabilitação, bem como com o tempo de ocorrência do AVC.

3- DISCUSSÃO

Este estudo teve como principal objetivo avaliar a relação entre a quantidade e qualidade do uso do membro superior parético após AVC e a capacidade de resiliência. Visto que a intervenção do enfermeiro de reabilitação deve ser feita de um modo holístico, é fundamental compreender a forma como cada indivíduo enfrenta as mudanças na sua vida, para assim encontrar melhores estratégias em cada processo de reabilitação física e mental.

O estudo realizado foi de natureza exploratório, transversal e correlacional com uma abordagem quantitativa, proporcionando uma visão global da amostra inquirida. Foram utilizados como instrumentos de colheita de dados um questionário sociodemográfico, fundamentado no estudo realizado por Diz, E. em 2012, um dinamómetro de preensão manual (dynateste), o índice de barthel com tradução para a língua portuguesa em 2007 por Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C., a escala Motor Activity Log-30 traduzida para a língua portuguesa em 2012 por Diz, Gomes & Galvão e a escala de resiliência de Connor-Davidson traduzida para a língua portuguesa em 2008 por Faria, J. & Ribeiro, M.

A aceitabilidade do estudo foi satisfatória, embora o tempo dispensado para a aplicação dos instrumentos de colheitas de dados ser aproximadamente de 45 minutos por indivíduo, o que dificultou de um modo geral o aumento do número da amostra. Os aspetos éticos e os princípios de ordem deontológica foram preservados, aceitando a decisão dos indivíduos de não participar ou desistir do estudo.

Os resultados obtidos correspondem a uma descrição de uma amostra de indivíduos residentes no concelho de Mogadouro, pertencente ao distrito de Bragança, com dezoito ou mais anos. Sublinhe-se que o tema do estudo dispõe de poucas referências de comparação dentro da bibliografia consultada.

Os resultados revelaram uma amostra composta por 60% de indivíduos do género masculino, o que vai de encontro às referências consultadas, que referem que a incidência do AVC é 1,3 vezes mais frequente em homens do que em mulheres (Martins, 2006). A média de idades é de 68,76 anos, com 40% dos indivíduos com idades entre os 70 e 80 anos, o que é apoiado por Menoita (2012) que refere que a idade é apontada como o principal fator de risco em que a incidência de AVC é crescente, à

medida que se avança na idade. Tem-se como referência a faixa etária dos 75 anos com 10% mais probabilidade de ocorrência de AVC (Gatens, C. & Musto, M., 2011).

Da amostra, 68% dos indivíduos sofreram AVC isquêmico e 32% AVC hemorrágico, podendo afirmar assim, que estes resultados estão em concordância com as referências consultadas que nos dizem que o AVC isquêmico é o mais frequente representando 85% de todos os AVC's (Leal, 2001). Dos vinte e cinco indivíduos inquiridos, 13 (52%) ainda se encontram no ativo sendo que 12 (48%) já se encontram reformados. Destes apenas dois indivíduos (8%) sofreram alteração do seu estatuto profissional devido ao AVC. Como apontado pela DGS (2001) é a principal causa de incapacidade das pessoas idosas, sendo que como afirma Mesquita (2012), aproximadamente 60% de todos os AVC's ocorridos por ano em Portugal desencadeiam incapacidade em diferentes graus.

Pode-se ainda verificar que 56% da amostra apresenta o lado direito como o lado afetado, obtendo-se a mesma percentagem para a dominância do lado. Autores como Uswatte et al. (2006) e Van Der Lee, J., Beckerman, H., Knol, D., Vet, H. & Bouter, L. (2004) referem nos seus estudos uma maior percentagem de hemiparesia à esquerda e no lado não dominante, enquanto que Hammer & Lindmark (2010) obtiveram maior percentagem de hemiparesia à direita e no lado dominante, pelo que podemos salientar a relatividade dos resultados, devido ao método de amostragem não probabilística, bem como ao reduzido número de elementos da amostra deste estudo.

O AVC ocorreu em média há 49,8 meses, sendo que 60% esteve em programa de reabilitação em média 38 semanas, e 28% sente dor no ombro do lado afetado. 96% dos indivíduos inquiridos apresenta outro tipo de patologias para além do AVC, sendo as mais frequentes a doença hipertensiva (26,5%; 17/64), aterosclerose (20,3%; 13/64), diabetes *mellitus* (15,6%; 10/64) e episódios depressivos (10,9%; 7/64), o que vai de encontro com as referências de Gatens, C. & Musto, M. (2011). Estes resultados são fortalecidos por Santos et al. (2010) que verificaram uma prevalência de 84% de HTA, 63,2% de dislipidemia, 42,4% de diabetes *mellitus*. Até ao presente todos os indivíduos encontram-se em regime terapêutico.

Relativamente à força de prensão manual, verificou-se que o lado afetado apresentava uma média de 31,6 Kpa, com um desvio padrão de 22,2 e o lado não afetado apresentava uma média de 42,8 Kpa, com desvio padrão de 18,9. O valor máximo de força de prensão manual do lado afetado foi de 90 Kpa e o valor mínimo de 5 Kpa, enquanto que para o lado não afetado o valor máximo de força de prensão manual foi

de 80 Kpa e o valor mínimo de 10 Kpa. Utilizando o procedimento estatístico de correlação bivariada verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a força de prensão manual do lado afetado e lado não afetado. Com recurso ao Coeficiente de Correlação de Spearman obteve-se uma correlação significativa ao nível de 0,01. Estes resultados são apoiados pelo estudo de Diz (2012) que verificou também uma diferença estatisticamente significativa na redução da força do lado parético em relação ao não parético (CCS=0,543).

Realizou-se a análise de consistência interna do índice de Barthel através do alfa de Cronbach obtendo-se um valor de 0,758, o que significa uma consistência razoável (o valor de alfa deve ser positivo, variando entre 0 e 1 em que $<0,6$ é considerado muito fraco, $[0,6 - 0,7]$ é fraco, $[0,7 e 0,8]$ é razoável, $[0,8 e 0,9]$ é bom e $>0,9$ é considerado muito bom). Ao avaliar-se a autonomia dos indivíduos segundo o índice de Barthel verificou-se uma média de independência de 91,2 pontos (0-100 pontos), observando-se que 32% apresentou dependência moderada (>40 e ≤ 60 pontos). Estes dados vão contra o que nos diz Martins (2002) de que o AVC é a patologia responsável pelo maior índice de incapacidade e dependência funcional da população adulta portuguesa. Dados da Sociedade Portuguesa de AVC revelam ainda que em 2008 50% dos doentes que sobrevivem a um AVC ficam com limitações graves nas AVD's. Sublinha-se que alguns dos indivíduos residiam sozinhos sem apoio de retaguarda ou viviam com o seu cônjuge que era também portador de patologias incapacitantes, o que mesmo com muitas limitações arranjavam estratégias para a realização das atividades de vida diária o mais autonomamente possível.

Ao analisar-se a consistência interna da escala de resiliência de Connor-Davidson, através do alfa de Cronbach, obteve-se um valor de 0,752. Na análise da mesma observou-se uma média de 68,2 pontos (0-100), sendo que o valor mínimo encontrado foi de 39 pontos e o máximo de 95 pontos. Podemos afirmar que a amostra demonstra uma capacidade de resiliência superior à média de referência (50 pontos). Verificou-se uma correlação negativa perfeita entre as variáveis escala de resiliência de Connor-Davidson e o tempo de frequência em programa de reabilitação, isto é se uma das variáveis aumenta a outra diminui (CCS= -0,670).

A consistência interna da escala MAL-30 foi analisada através do alfa de cronbach obtendo-se um valor de 0,945 para a subescala quantitativa e um valor de 0,932 para a subescala qualitativa. Através do coeficiente de correlação de Spearman verificou-se

que existe correlação entre as subescalas e os itens que as constituem, obtendo-se valores de $CCS \geq 0,558$ ($p=0,000$) para todos os itens quer da subescala quantitativa quer da subescala qualitativa. Estes resultados são corroborados pelo estudo realizado por Diz (2012), que obteve um alfa de Cronbach para a MAL-30 de de 0,974 tanto para a subescala QT como para QL e valores de $CCS > 0,540$ para QT e $CCS > 0,528$ para QL relativamente à correlação entre as subescalas e os 30 itens que as constituem. A subescala quantitativa da MAL-30 mostrou uma média de 3,5 pontos, sendo o valor máximo encontrado de 5 (48%) e o valor mínimo de 0,16 (4%), e a subescala qualitativa da MAL-30 mostrou uma média de 3,3 pontos, sendo o valor máximo encontrado de 5 (44%) e o valor mínimo de 0,30 (4%).

Utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para verificar a correlação entre a variável escala de resiliência de Connor-Davidson e as seguintes variáveis: subescala quantitativa da escala MAL-30, subescala qualitativa da escala MAL-30, tempo de ocorrência de AVC, e o índice de Barthel, no entanto não se observou nenhuma correlação significativamente estatística. Verificou-se também a não existência de correlação entre as subescalas quantitativa e qualitativa da MAL-30 e o tempo de frequência em programa de reabilitação, bem como com o tempo de ocorrência do AVC.

Embora neste estudo não se tenha obtido uma relação estatisticamente significativa entre a resiliência e a escala MAL-30, tem-se conhecimento segundo literatura consultada como o caso de Lee, Y., Yi, E., Choi, W., Lee, B., Cho, S. & Kim, J. (2015) em que os resultados indicaram um aumento significativo dos níveis de resiliência e na função do lado afetado, coordenação e equilíbrio, indicando um efeito positivo sobre o processo de reabilitação, que as pessoas com maior capacidade de resiliência demonstram ter uma melhor reabilitação.

4- CONCLUSÃO

Este estudo permitiu, de uma forma geral, compreender melhor a influência da capacidade de resiliência na reabilitação do membro superior parético após AVC. Podemos afirmar que os objetivos propostos foram alcançados, apesar dos resultados não corresponderem inteiramente às expectativas.

A concluir o AVC é a primeira causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade e dependência (Sá, M. 2009). A Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral refere que 50% dos doentes que sobrevivem a um AVC ficam com limitações nas atividades de vida diária, sendo das taxas mais elevadas da União Europeia.

A hemiplegia é considerada o sinal clássico da doença neurovascular e caracteriza-se pela paralisia de um lado do corpo. O doente tem dificuldade de movimento, o que leva a limitações funcionais e incapacidade, e a perda da independência na vida diária. As alterações de caris primário incluem alterações na força, no tônus muscular, no controlo ou ativação muscular e na sensação, alterações cognitivas, perceptivas, emocionais, e da linguagem (Ryerson, S. D., 2010).

A reabilitação de qualquer tipo, mas neste caso em especial do membro superior, é influenciada drasticamente pela resistência psicológica e emocional de cada um. A forma como a pessoa enfrenta o problema interfere grandemente no modo, rapidez ou sucesso da reabilitação. Se o doente enfrenta uma fase de ansiedade, depressão ou algum distúrbio afetivo, a visão de si próprio e do que o rodeia é tremendamente atingida, bloqueando o avanço na recuperação. Assim os doentes neste estado de ansiedade, depressão ou letargia são tipicamente negativos, de difícil motivação, que concebem pensamentos de não haver razão para o plano de reabilitação, para o progresso e para a esperança de uma recuperação satisfatória. Preveem o futuro de forma extremamente negativa (Langdon, D., 2004).

A resiliência, como refere Masten (2001) é vista como um fenómeno comum, mas altamente complexo de adaptação humana. É esta qualidade que permite crescer e prosperar na adversidade e nos desafios da vida. Pode ser considerada uma característica da personalidade da pessoa e variar com o tempo, idade, género, cultura, ou as próprias vivências de cada um.

Com o presente estudo avaliou-se a relação entre a quantidade e qualidade do uso do membro superior parético após o AVC e a capacidade de resiliência numa amostra de 25 indivíduos, e para isso utilizou-se a escala MAL-30, a escala de resiliência de Connor-Davidson, o índice de Barthel e o dinamómetro.

Verificou-se uma predominância do género masculino (60%) em relação ao feminino e a média de idades foi de 68,76 anos, com 40% dos indivíduos a pertencer ao intervalo dos [70-80] anos. A totalidade da amostra reside em meio rural, sendo que 88% são casados e 12% viúvos. A maioria completou o primeiro ciclo (60%) e 20% não sabe ler nem escrever. Dos 25 indivíduos 52% ainda se encontravam no ativo aquando do AVC, sendo que apenas 8% viu o seu estatuto profissional alterado devido à patologia.

O tipo de AVC mais prevalente foi o isquémico (68%), com predomínio de hemiparesia/hemiplegia à direita (56%). Para 56% dos indivíduos foi o lado dominante que ficou afetado.

No que diz respeito à força de prensão manual, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre o lado afetado e o não afetado.

O índice de Barthel obteve uma consistência interna de 0,758 de alfa de Cronbach, verificando-se uma média de independência de 91,2 pontos. No mesmo sentido a escala de resiliência de Connor-Davidson obteve-se um valor de 0,752. Observou-se ainda uma média de 68,2 pontos (0-100).

Verificou-se uma correlação negativa perfeita entre as variáveis escala de resiliência de Connor-Davidson e o tempo de frequência em programa de reabilitação, isto é se uma das variáveis aumenta a outra diminui ($CCS = -0,670$).

A consistência interna da escala MAL-30 alcançou um valor de 0,945 para a subescala quantitativa e um valor de 0,932 para a subescala qualitativa, e através do coeficiente de correlação de Spearman verificou-se que existe correlação entre as subescalas e os 30 itens que as constituem com $CCS > 0,558$ ($p = 0,000$) para todos os itens quer da subescala quantitativa quer da subescala qualitativa.

A análise dos dados permitiu ainda verificar que não existe correlação entre a escala de resiliência e a subescala quantitativa da escala MAL-30, subescala qualitativa da escala MAL-30, tempo de ocorrência de AVC, e índice de Barthel. Verificou-se também a não existência de correlação entre as subescalas quantitativa e qualitativa da MAL-30 e o tempo de frequência em programa de reabilitação, bem como com o tempo de ocorrência do AVC.

Apesar dos resultados obtidos, com base na pesquisa realizada, acredita-se que a capacidade de resiliência seja um importante instrumento para a superação de eventos traumáticos como o AVC, e que esta influencia os ganhos obtidos na reabilitação do membro superior parético.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alexandre, T.S., Duarte, Y.A., Santos, J.L., & Lebrão, M.L. (2008). Relação entre força de preensão manual e dificuldade no desempenho de atividades básicas de vida

- diária em idosos do município de São Paulo. *Idoso e atividade física*, 5 (24), 178-182. Acedido Janeiro 28, 2015, em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84252405>
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade de vida*, 25, 59-66. Acedido Maio 20, 2015, em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Brooks, R. & Goldstein, S. (2010). *El poder de la resiliencia: cómo superar los problemas y la adversidad*. (1ª ed.) Espanha: Edições Paidós Ibérica. (19;20; 27;310;311).
- Cambier, et al. (2005). *Manual de Neurologia*. Rio de Janeiro: Editora Masson do Brasil.
- Cancela, D.M.G. (2008). *O Acidente Vascular Cerebral: Classificação, Principais Consequências e Reabilitação*. Complemento ao diploma de licenciatura em psicologia. Universidade Lusíada do Porto, Portugal.
- Catret, A. (2007). *Infancia y resiliencia: actitudes y recursos ante el dolor*. Valencia: Brief.
- Diário da República. 2ª série -N.º 166-21 de Julho de 1997. Deliberação n.º 131/97 de 27 de Julho: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).
- Comissões de Ética para a Saúde da Região Norte (2010). Documento Guia sobre a Análise de Projetos de Investigação Clínica por uma Comissão de Ética para a Saúde. ARS Norte.
- Connor, K. & Davidson, J. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 18,76-82. Acedido Setembro 10, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.10113/epdf>
- Connor, K. & Davidson, J. (2015). Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Manual. Unpublished.
- Costa, D. (2003). *Qualidade de vida: Resultados de uma intervenção social*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Faculdade de Medicina, Porto, Portugal.
- Decreto-Lei nº 128/2010 de 3 de Dezembro. Diário da Republica nº 234/2010 – I Série. Ministério da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento.

- Direção Geral da Saúde. (2008). Direção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde: Elementos estatísticos – informação geral [em linha]. Direção Geral da Saúde Web site. Acedido Fevereiro 17, 2014, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2001). Unidades de AVC [em linha]. Direção Geral de Saúde Web site. Acedido Outubro 8, 2014, em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pdf>
- Diz, E. (2012). *Avaliação da quantidade e qualidade do uso do membro superior parético em contexto domiciliário em indivíduos vítimas de AVC através da escala Motor Activity Log*. Tese de Mestrado, Instituto politécnico de Bragança, Portugal.
- Epel, E., McEwen, B. & Ickovics, J. (1998). Embodying psychological thriving: physical thriving in response to stress. *Social Issues*, 54, 301-322. Acedido Fevereiro 7, 2015, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1998.tb01220.x/abstract>
- European Stroke Organization. (2003). European Stroke Initiative and European stroke council [em linha]. European Stroke Organization Web site. Acedido Maio 15, 2014, em <http://www.eso-stroke.org/eso-stroke/strokeinformation/press-releases.html>
- Firmino, H. (2006). *Psicogeriatría*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Ferro, J. (2006). Acidentes vasculares cerebrais. In Ferro, J., & Pimentel, J., *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel. (77-87).
- Fredrickson, B. & Levenson, R. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition & Emotion*, 12, 191–220. Acedido Fevereiro 20, 2015, em <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/026999398379718>
- Gatens, C. & Musto, M. (2011). *Cognição e Comportamento*. In Hoeman, S.P. (4ª ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (558-560). Loures: Lusodidacta.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. & Haybittle, J. (1990). Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *The Lancet*. Acedido Fevereiro 21, 2015, em <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PII0140-6736%2890%2990173-3/abstract>
- Hall, M., Levant, S. & DeFrances, C. (2012). Hospitalization for Stroke in U.S. Hospitals, 95, 1989-2009. Acedido Maio 10, 2015, em <http://www.mnstrokepartnership.net/documents/db95.pdf>

- Hammer, A. & Lindmark, B. (2010). Responsiveness and validity of the Motor Activity Log in patients during the sub-acute phase after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 32, 1184-1193.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta. (558-560).
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2013). Estatísticas Via Verde-AVC [em linha]. Instituto Nacional de Emergência Médica Web site. Acedido Agosto 23, 2014, em http://avc.inem.pt/avc/stats_avc_site/stats.asp
- Kelly-Hayes, M. (2000). Avaliação Funcional. In Hoeman, S.P. (2ª ed.). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. (161-171). Loures: Lusociência.
- Langdon, D.W. (2004). Problemas neuro-psicológicos e respetivas soluções. In Edwards, S. (2ª ed.). *Fisioterapia Neurológica*. (90-94). Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Leal, F. (2001). Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. In Padilha, J. et al. *Enfermagem em Neurologia*. (131-151) Coimbra: Formasau.
- Lee, Y., Yi, E., Choi, W., Lee, B., Cho, S. & Kim, J. (2015). A study on the effect of self bedside exercise program on resilience and activities of daily living for patients with hemiplegia. *Journal of Exercise Rehabilitation*. 11,30-35. Acedido Abril 30, 2015, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378346/>
- Luthar, S. & Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. In Glantz, M. & Johnson, J., *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (129-160). New York: Plenum Publishers.
- Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional Evolution: The Barthel index. *Ed. Med. J.* 61-65.
- Martins, M. (2002). *Uma crise Acidental na Família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau
- Martins, T. (2006). Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formasau.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychological Association*. Acedido Janeiro 5, 2015, em <http://psycnet.apa.org/journals/amp/56/3/227/>

- Meneghetti, C. et al. (2010). Terapia de restrição e indução ao movimento no paciente com AVC: relato de caso. 18, 18-23. Acedido Novembro 7, 2015, em <http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1801/248%20relato%20de%20caso.pdf>
- Mesquita, A.C. (2012). Prefácio. In Menoita, E. *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Mossey, J. Mutran, E., Knott, K. & Craik, R. (1989). Determinants of recovery 12 months after hip fracture: the importance of psychosocial factors. *American Journal of Public Health*. 79: 279-286. Acedido Fevereiro 15, 2015, em <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.79.3.279>
- Ostir, G., Berges, I., Ottenbacher, M., Graham, J. & Ottenbacher, K. (2008). Positive emotion following a stroke. *J Rehabil Med*. Acedido Fevereiro 15, 2015 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408382/pdf/nihms-48979.pdf>
- Ostir, G., Markides, K., Black, S. & Goodwin, J. (2000). Emotional Wellbeing predicts subsequent functional independence and survival. American Geriatrics Society. Acedido Fevereiro 16, 2015 em <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2000-03744-002>
- Providência, R., Gonçalves, L. & Ferreira, M. (2013). Mortalidade cerebrovascular em Portugal: estaremos a colocar demasiada ênfase na hipertensão e a negligenciar a fibrilhação auricular?. 32, 905-913. Acedido Novembro 7, 2015, em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2174204913002766>
- Puig, G. & Rubio, J. (2011). *Manual de resiliencia aplicada*. (1ª ed.). España: Editorial Gedisa S.A. (81-89;93-99;147-164;169-183;187-194;265-277).
- Ricardo, R. (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*. Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.
- Reed, G., Kemeny, M., Taylor, S., Wang, H. & Visscher, B. (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychol*. 13, 299-307. Acedido Fevereiro 21, 2015, em <http://psycnet.apa.org/journals/hea/13/4/299/>
- Rojas, L. (2010). *Superar la adversidade: El poder de la resiliência*. Madrid: España.
- Ryerson, S.D. (2010). Hemiplegia. In Umphred, D.A. (5ª ed.). *Reabilitação Neurológica*. (769-792). Brasil: Elsevier Editora Lda.
- Saliba, V.A. (2009) Tradução e Adaptação Transcultural da Escala Motor Activity Log para Avaliação da Quantidade e Qualidade de Uso do Membro Superior de Hemiplégicos. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte

- Saliba, V., Magalhães, L., Faria, C., Laurentino, G., Cassiano, J. & Teixeira-Salmela, L. (2011). Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento Motor Activity Log. 30, 262-71. Acedido Maio 10, 2015, em <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v30n3/v30n3a11.pdf>
- Sarre, S., Redlich, C., Tinker, A., Sadler, E., Bhalla, A. & McKeivitt, C. (2014). A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: lessons for the study of resilience. *Disabil Rehabil.* Acedido Janeiro 17, 2015, em <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2013.814724>
- Sá, M. (2009). AVC: Primeira causa de morte em Portugal. 6, 12-19. Acedido Julho 2, 2014, em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1258/2/12-19_FCS_06_-2.pdf
- Siebert, A. (2007). *La resiliência: Construir en la adversidade*. Barcelona: Alienta.
- Silva, M. et al. (2005). Resiliência e promoção da saúde. In *Enfermagem*. Florianópolis: (s.n)
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (2008). AVC [em linha]. Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral Web site. Acedido Julho 2, 2014, em <http://www.spavc.org/engine.php?cat=1>
- Sória, D., Santoro, D., Souza, I., Menezes, M. & Moreira, M. (2006). A Resiliência como Objeto de Investigação na Enfermagem e em outras áreas: uma revisão. 10: 547-551. Acedido Dezembro 12, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a26.pdf>
- Stephoe, A., Wardle, J. & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory processes. 102, 6508-6512. Acedido Abril 13, 2015, em <http://www.pnas.org/content/102/18/6508.short>
- Taub, E., McCulloch, K., Uswatte, G., & Morris, D. (2004). *Upper extremity Motor Activity Log [Manual]*. Unpublished.
- Tugade, M. & Fredrickson, B. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Personality an Social Psychology*. Acedido Fevereiro 15, 2015, em <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2004-10747-009>
- Tusaie, K. & Dyer, J. (2004). Resilience: a historical review of the construct. *Holistic Nursing Practice*. Acedido Janeiro 12, 2015, em http://journals.lww.com/hnpjjournal/Abstract/2004/01000/Resilience__A_Historical_Review_of_the_Construct.2.aspx
- Umphred, D.A. (2009). *Reabilitação Neurológica*. Rio de Janeiro: Elsevier

- Van Der Lee, J., Beckerman, H., Knol, D., Vet, H. & Bouter, L. (2004). Clinimetric Properties of the Motor Activity Log for the Assessment of Arm use in Hemiparetic Patients. *Stroke*, 35, 1410-1414.
- Ventura, M. (2002). Independência funcional em doentes com AVC: influência do hemisfério afetado. 9, 31-40.
- World Health Organization (2013). Stroke, Cerebrovascular accident health topic [em linha]. World Health Organization Web site. Acedido Junho 21, 2014, em http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- World Health Organization (2014). The Atlas of Heart Disease and Stroke – Global Burden of Stroke. World Health Organization Web site. Acedido Junho 21, 2014, em http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/

ANEXOS

Anexo I: Inquérito por questionário.

1 – Sexo	
Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>
2 – Idade	—
3 – Residência	
Rural	<input type="checkbox"/>
Urbano	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
4 – Agregado familiar	
<hr/>	
5 – Escolaridade	
Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>
1º Ciclo (até ao 4º ano)	<input type="checkbox"/>
2º Ciclo (até ao 9º ano)	<input type="checkbox"/>
3º Ciclo (até ao 12º ano)	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior	<input type="checkbox"/>
6 – Profissão no momento do AVC	
<hr/>	
7 – Profissão actual	
<hr/>	
8 – A alteração do estatuto profissional teve relação directa com o AVC?	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
9 – Tipo de AVC	
<hr/>	
10 – Lado afectado	
<hr/>	
11 – O lado afectado era o dominante?	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
12 – Há quanto tempo ocorreu o AVC	---
13 – Esteve em programa de reabilitação?	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Quanto tempo	_____
14 – Está em programa de reabilitação?	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Há quanto tempo	_____
15- Sente dor no ombro afectado?	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
15.1 - Se sim:	
Repouso	<input type="checkbox"/>
Movimento	<input type="checkbox"/>
16 - Tem outras doenças?	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Quais	_____
17 – Toma medicação?	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Qual	_____
18 – Força de preensão manual	
Lado afectado	_____
Lado não afectado	_____

Anexo II: 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

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

Anexo III: Versão portuguesa da escala MAL-30.

Motor Activity Log Versão Portuguesa

Nome _____ Data _____ Visita _____ Examinador _____

Escala de Valores Escala de Sucesso

1.Acender a luz no interruptor	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
2.Abrir uma gaveta	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
3.Retirar uma peça de roupa de uma gaveta	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
4.Atender o telefone	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
5.Limpar o balcão da cozinha ou outra superfície	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
6.Sair do carro (inclui apenas o movimento necessário para se levantar do banco e sair para fora do carro, depois de aberta a porta)	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
7.Abrir o frigorífico	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
8.Abrir uma porta rodando o puxador	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
9.Usar o comando da Televisão	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
10.Lavar as mãos (inclui ensaboar e enxaguar as mãos mas não ligar a torneira)	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____

11.Ligar e desligar a água rodando a torneira	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____
12.Secar as mãos	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____
13.Calçar as meias	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____
14.Tirar as meias	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____
15.Calçar os sapatos (inclui atar os atacadores)	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____
16.Descalçar os sapatos (inclui desatar os atacadores)	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____
17.Levantar-se de uma cadeira com braços	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____
18.Puxar uma cadeira de debaixo da mesa	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____
19.Puxar uma cadeira para junto da mesa depois de se sentar	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____
20.Levantar um copo, garrafa, chávena ou jarro (não necessita ter líquido)	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____
21.Escovar os dentes (não inclui preparar a escova ou escovar dentaduras postiças a não ser que estejam colocadas na boca)	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____
22.Colocar base, (creme hidratante) loção ou espuma da barba na cara	_____	_____	se não, porquê?(usar código)_____
			Comentários _____

23. Usar uma chave para abrir uma porta	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
24. Escrever num papel (se a mão usada para escrever antes do enfarte é a mais afectada, pontuar, se a mão que não usava para escrever é a mais afectada, assinale apenas N/A e prossiga)	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
25. Segurar um objecto na mão (colocá-lo em cima do braço não é aceitável)	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
26. Usar um garfo ou uma faca para comer (refere-se ao movimento de levar a comida à boca)	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
27. Pentear o cabelo	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
28. Levantar uma chávena usando a pega	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
29. Abotoar uma camisa	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____
30. Comer meia sandes ou outra comida com as mãos	_____	_____	se não, porquê?(usar código) _____ Comentários _____

Códigos para registar ausência de resposta:

1. "Usei o braço não afectado inteiramente". (escrever 0)
2. "Outra pessoa fez isso por mim". (escrever 0)
3. "Nunca realizo essa tarefa, com ou sem ajuda de outra pessoa, porque é impossível". Por exemplo, pentear o cabelo para pessoas calvas. (escrever N/A e não considerar)
4. "Às vezes realizo essa tarefa, mas não tive oportunidade de o fazer desde a última vez que respondi a estas perguntas. (Considerar a última classificação para essa actividade)
5. Hemiparesia da mão não-dominante (apenas aplicável ao nº24; escrever N/A e não considerar)

Escala de valores	Escala de sucesso
0 – Não usei o braço mais fraco (não usado)	0 – O braço mais fraco não foi usado para essa actividade (nunca)
0.5	0.5
1 – Ocasionalmente usei o braço mais fraco, mas muito raramente (muito raramente)	1 – O braço mais fraco moveu-se durante a actividade, mas não ajudou a completá-la (muito pobre)
1.5	1.5
2 – Algumas vezes usei o braço mais fraco, mas a maior parte das vezes realizei a tarefa com o braço mais forte (raramente)	2 – O braço mais fraco foi de alguma utilidade na realização da tarefa, mas foi necessária a ajuda do braço mais forte, caso contrário o movimento era muito lento e difícil (pobre)
2.5	2.5
3 – Usei o meu braço mais fraco metade do que usava antes do enfarte (metade pré-AVC)	3 – O braço mais fraco foi usado para a tarefa pretendida mas os movimentos foram lentos ou feitos com algum esforço (razoável)
3.5	3.5
4 – Usei o meu braço mais fraco quase tanto como antes do enfarte (3/4 pré-AVC)	4 – Os movimentos do braço mais fraco foram quase normais, mas não tão rápidos e precisos como normalmente (quase normal)
4.5	4.5
5 – Usei o meu braço mais fraco tanto como antes do enfarte (igual ao pré-AVC)	5 – A capacidade para usar o braço mais fraco para essa tarefa foi tão boa como antes do enfarte (normal)

Anexo IV: Autorização da utilização da versão portuguesa da escala MAL-30.

Olá boa noite Enf. Joana

Tem a minha autorização para utilizar a versão Portuguesa da MAL

Bom trabalho

Ao dispor

Elisabete Diz

Anexo V: Versão portuguesa da escala de resiliência de Connor-Davidson.

POR FAVOR COMPLETE COM CANETA PRETA.

**Connor-Davidson - Escala de Resiliência
(CD-RISC)**

iniciais do nome data / / visita

idade estado civil casado(a) separado (a) viúvo(a) solteiro(a) divorciado(a) protocolo número

SEXO

masculino feminino caucasiana asiática africana outra

raça ou origem étnica

Por favor indique até que ponto concorda com as seguintes afirmações enquanto se aplicam à sua realidade e a si neste último mês. Se alguma destas situações não ocorreu recentemente, responda de acordo com o que pensa que teria sentido caso tivessem ocorrido.

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
1 Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2 Eu tenho pelo menos uma relação próxima e segura que me ajuda quando estou sob stress.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3 Quando não existem soluções óbvias para os meus problemas, por vezes o destino ou Deus podem ajudar.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4 Eu consigo lidar com qualquer coisa que aconteça na minha vida.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5 Os sucessos do passado dão-me confiança para lidar com os novos desafios e dificuldades.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6 Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7 Ter de lidar com o stress toma-me mais forte.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8 Tenho tendência para recuperar rapidamente depois de períodos com doença, ferimentos ou outras dificuldades.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9 Bem ou Mal, acredito que a maioria das coisas acontece por uma razão.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10 Eu dou o meu melhor independentemente dos resultados que possa vir a ter.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11 Eu acredito que posso atingir os meus objectivos, mesmo que existam obstáculos.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12 Mesmo quando as coisas parecem não ter solução, eu não desisto.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

iniciais do nome

data / /

visita

	não verdadeira	raramente verdadeira	às vezes verdadeira	geralmente verdadeira	quase sempre verdadeira
13 Durante momentos de stress / crise, eu sei onde procurar ajuda.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14 Sob pressão, mantenho-me focado(a) e a pensar com clareza.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
15 Eu prefiro liderar na resolução de problemas, do que deixar que os outros tomem todas as decisões.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16 Eu não sou facilmente desencorajado(a) pelo insucesso.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
17 Eu penso em mim como uma pessoa forte ao lidar com os desafios e dificuldades da vida.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
18 Eu consigo tomar decisões pouco populares ou difíceis com implicações para outras pessoas, se necessário.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
19 Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20 Ao lidar com os problemas da vida, às vezes temos que agir por impulso, sem olhar para o porquê.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
21 Eu acredito fortemente que a vida tem um sentido.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
22 Eu sinto que a minha vida está sob o meu controlo.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
23 Eu gosto de desafios.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
24 Eu trabalho para atingir os meus objectivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
25 Eu orgulho-me dos sucessos que alcanço.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida de nenhuma forma, ou por qualquer meio, electrónico ou mecânico, incluindo fotocópia, ou por qualquer sistema de armazenamento ou recuperação de informação, sem permissão por escrito de Dr. Davidson: Box 3812, Duke University Medical Center, Durham NC 27710; e-mail: david011@mc.duke.edu.

Anexo VI: Autorização da utilização da versão portuguesa da escala de resiliência de Connor-Davidson.

Dear Joana:

Thank you for your interest in the CD-RISC, which I would be glad to provide. If you can kindly complete and return the two forms, and send payment of the \$30 user fee, then we can forward the CD-RISC (Portuguese) and user's manual right away. Please let me know if you have any questions.

Kind regards,

Jonathan Davidson