

**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Reabilitação funcional após Acidente Vascular Cerebral: resultados de uma  
Unidade de Convalescença**

**Liliana Marisa Coimbra Veiga**

Relatório de estágio/trabalho de Projeto, apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança -  
Instituto Politécnico de Bragança, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de  
Reabilitação

Orientadora: Professora Doutora Maria José Gomes

Bragança, maio de 2015

## RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral é uma das principais causas de mortalidade e morbidade em todo mundo, responsável pela perda de capacidades, quer física quer cognitiva, tendo desta forma grande repercussão na qualidade de vida dos indivíduos. Face a esta problemática, surge a necessidade de ser discutido o processo de reabilitação funcional do doente após ocorrência do AVC. Realizamos um estudo retrospectivo de abordagem quantitativa, de carácter exploratório e descritivo numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 162 participantes com uma média de idades de  $73,6 \pm 10,6$  anos, maioritariamente mulheres (53,1%), com o diagnóstico de AVC que realizaram programa de reabilitação na Unidade de convalescença.

O objetivo principal do estudo consistiu em ser avaliado o grau de dependência nas atividades de vida diária (AVD) dos participantes que sofreram AVC, no momento da admissão na Unidade de Convalescença e no momento da alta clínica, segundo o Índice de Barthel.

Relativamente aos resultados obtidos, salientamos que o participante mais novo tinha 30 anos e o mais velho 90 anos, a maioria dos pacientes sofreu AVC isquémico (84,6%), o subtipo mais comum foi o LACI (37%). Os AVC's hemorrágicos representaram cerca de 15,4% da nossa amostra, o fator de risco mais comum foi a HTA, sendo a HTA associada a FA (47,5%), os dois principais fatores de risco da nossa população. No final do programa de reabilitação cerca de 62,3% dos participantes eram autónomos na satisfação das AVD, o grau de dependência da nossa população sofreu diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação ( $p < 0,05$ ). Nos diferentes tipos de AVC, as AVD mais afetadas foram a eliminação urinária e intestinal e as que melhor responderam ao programa de reabilitação foram as relacionadas com a mobilidade: as transferências e o subir/descer escadas. Verificamos que a idade se correlaciona negativamente com todas as AVD e que as AVD se correlacionam positivamente ( $r > 0$ ) entre si. Através do teste t para amostras emparelhadas, verificou-se que existe uma melhoria significativa nos níveis médios das AVD, desde o momento da admissão até ao momento da alta clínica. Esta conclusão verifica-se quer ao nível das AVD em particular, quer no grau de dependência em geral

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral, Atividades de vida diária, dependência, reabilitação funcional

## **Abstract**

The Stroke is one of the main causes of mortality and morbidity worldwide, responsible for the loss of abilities, physical and mental, that lead to major repercussions in the individual's quality of life. In view of this issue, the need for discussion arises, concerning the functional rehabilitation process of the patient in the aftermath of a Stroke. This is a study conducted in retrospect, from a quantitative approach, in an exploratory and descriptive manner. In a non-probabilistically convenience sample, consisted of 162 participants with an average age of 73,6  $\pm$ 10,6 years, containing a higher percentage of women (53,1%). All subjects were stroke patients and part of the rehabilitation program in the Convalescence Unit.

The main objective of the study was to analyse the evolution of the dependency degree on activities of daily living of participants suffering from stroke, from the moment of their admission into the Convalescence Unit to the moment of clinical discharge, using the Barthel Index.

The ages of the participants ranged from 30 to 90 years, with the majority suffering from Ischemic stroke (84,6%), and the most common sub type was LACI (37%). Hemorrhagic stroke patients represented close to 15,4% of the sample, with HTA as the predominant risk factor. HTA in association with FA (47,5%) is the main combination of risk factors in the sample. At the end of the rehabilitation program, about 62,3% of participants were autonomous in the context of activities of daily life. There is statistical evidence ( $p$ -value  $<$  0,05) of different degrees of dependence for each moment, admission and discharge. In different types of strokes, the most affected activities of daily life were the bowel and bladder control, and the most responsive to the rehabilitation process were those related to mobility: the transfers and stair climbing. The study has also concluded that there is a negative correlation between age and all activities of daily life, and there is also a positive correlation within the different activities of daily life. The mean comparison T test conducted on related samples for each activities of daily life, comparing degrees of dependence in discharge and admission, revealed a significant improvement in patients from admission to discharge, in each activities of daily life and in the overall dependence.

**Key-Words:** Stroke, Activities of Daily Life, Dependence, Rehabilitation

## **Agradecimentos**

Esta dissertação é fruto de múltiplas interacções que permitiram trocas profundas e desafiadoras. Desta forma, quero deixar o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a sua realização:

À Professora Doutora Maria José Gomes, minha orientadora, pelo carinho, apoio e disponibilidade demonstrados

À coordenadora da Unidade de Convalescença Dr<sup>a</sup> Teresa Ramos e Dr<sup>a</sup> Lisete

A equipa de enfermagem de reabilitação da Unidade de Convalescença pelo seu carinho, disponibilidade e paciência

À Raquel Mourão pela amizade e ajuda preciosa

Aos colegas de mestrado que mais diretamente me ouviram e apoiaram

Aos meus amigos por compreenderem a minha falta de disponibilidade

## **Abreviaturas, siglas e símbolos**

ABVD - Atividades básicas de vida diárias

AIT - Acidente Isquémico transitório

AIVD - Atividades Instrumentais de vida diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

DGS - Direcção Geral de Saúde

ESSa - Escola Superior de Saúde de Bragança

et al. - e outros

HDL - lipoproteína de alta densidade

HTA - Hipertensão arterial

INE - Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

INSA - Instituto nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

LACI - enfarte lacunar

LDL - lipoproteína de baixa densidade

n - participantes

OCSP - Oxfordshire Community Stroke Project

OMS - Organização mundial de saúde

p. - página

PACI - enfarte parcial da circulação anterior

POCI - enfarte da circulação posterior

SPSS - Statistical Pack for Social Sciences

TACI - enfarte total da circulação anterior

U.L.S. - Unidade Local de Saúde

WHO - World Health Organization

% - Percentagem

## Índice Geral

|  |    |
|--|----|
| Introdução .....   | 1  |
| Parte I – Enquadramento Teórico .....  | 3  |
| 1. O Acidente Vascular Cerebral .....  | 4  |
| 2. Epidemiologia do AVC.....   | 4  |
| 3. Fatores de Risco Vascular.....  | 6  |
| 3.1. Fatores de risco vascular modificáveis e não modificáveis.....            | 6  |
| 3.1.1. Fatores de risco vascular modificáveis.....                             | 7  |
| 3.1.2. Fatores de risco vascular não modificáveis.....                         | 9  |
| 4. Classificação do Acidente Vascular Cerebral.....                            | 11 |
| 4.1. Classificação clínica de Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP)..... | 11 |
| 5. Atividades de Vida Diária.....  | 13 |
| 5.1. Dependência nas Atividades de Vida Diária após AVC .....                  | 14 |
| 6. Reabilitação do doente com Acidente vascular Cerebral .....                 | 15 |
| 6.1. Unidade de Convalescença.....   | 17 |
| 6.2. Avaliação Funcional do doente com AVC .....                               | 19 |
| 6.3. Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação .....                           | 20 |
| 7. Prevenção Secundária do AVC e Reinserção Social .....                       | 21 |
| Parte II – Enquadramento Metodológico .....                                    | 23 |
| 1. Metodologia.....  | 24 |
| 1.1. Questão de Investigação .....   | 24 |
| 1.2. Objetivos do estudo .....   | 24 |
| 1.3. Tipo de estudo .....  | 25 |
| 1.4. Amostra .....   | 25 |
| 1.5. Critérios de inclusão e exclusão .....                                    | 25 |

|  |    |
|--|----|
| 1.6. Instrumentos de colheita de dados.....  | 26 |
| 1.7. Questões Éticas.....  | 26 |
| 1.8. Procedimentos estatísticos.....   | 26 |
| 2. Apresentação dos Resultados.....  | 27 |
| 3. Discussão dos resultados.....   | 44 |
| 4. Conclusões.....   | 49 |
| Referências Bibliográficas.....  | 51 |
| Anexos.....  | 59 |
| Anexo I - Pedido de autorização formal à Comissão de ética da U.L.S. - Nordeste para recolha de dados.....     | 60 |
| Anexo II - Pedido de autorização formal à Coordenadora da Unidade de Convalescença para recolha de dados.....  | 62 |
| Anexo III - Escala de avaliação Funcional - Índice de Barthel.....   | 64 |
| Anexo IV - Teste T para amostras emparelhadas, para comparar a média da dependência na alta e na admissão..... | 66 |

## Índice de Gráficos

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1 - Representação gráfica da variável alimentação.....                         | 31 |
| Gráfico 2 - Representação gráfica da variável higiene pessoal .....                    | 32 |
| Gráfico 3 - Representação gráfica da variável controlo vesical .....                   | 32 |
| Gráfico 4 - Representação gráfica da variável controlo anal .....                      | 33 |
| Gráfico 5 - Representação gráfica da variável transferência .....                      | 33 |
| Gráfico 6 - Representação gráfica da variável Mobilidade/Deslocação .....              | 34 |
| Gráfico 7 - Representação gráfica da variável utilização da sanita (W.C.) .....        | 34 |
| Gráfico 8 - Representação gráfica da variável vestir-se .....                          | 35 |
| Gráfico 9 - Representação gráfica da variável Banho .....                              | 35 |
| Gráfico 10 - Representação gráfica da variável Subir/Descer escadas .....              | 36 |
| Gráfico 11 - Caraterização dos fatores de risco dos participantes .....                | 36 |
| Gráfico 12 - Evolução do Grau de dependência da amostra desde admissão até a alta..... | 37 |
| Gráfico 13 - Caraterização da dependência nas AVD para AVC Hemorrágico.....            | 38 |
| Gráfico 14 - Caraterização da dependência nas AVD para LACI.....                       | 38 |
| Gráfico 15 - Caraterização da dependência nas AVD para PACI .....                      | 39 |
| Gráfico 16 - Caraterização da dependência nas AVD para TACI.....                       | 39 |
| Gráfico 17 - Caraterização da dependência nas AVD para POCI .....                      | 40 |

## Índice de Tabelas

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 - Participantes distribuídos por género.....                               | 27 |
| Tabela 2 - Descritivas obtidas para a variável idade.....                           | 27 |
| Tabela 3 - Distribuição da amostra por diagnóstico .....                            | 28 |
| Tabela 4 - Distribuição da variável idade no género feminino por faixa etária.....  | 29 |
| Tabela 5 - Distribuição da variável idade no género masculino por faixa etária..... | 30 |
| Tabela 6 - Coeficientes de Correlação de Pearson das variáveis na Admissão .....    | 42 |
| Tabela 7 - Coeficientes de Correlação de Pearson das variáveis na Alta .....        | 43 |

## Índice de Quadros

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 - Enfartes neurovasculares da OCSP .....  | 12 |
| Quadro 2 - Teste t para amostras emparelhadas (comparação entre os dois momentos de avaliação) ..... | 41 |

## **Introdução**

A realização deste trabalho de investigação pretende dar resposta a uma exigência curricular no âmbito da disciplina de estágio II/trabalho de projecto integrada no curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. A temática escolhida pela investigadora deve-se ao gosto e interesse pessoal pela patologia acidente vascular cerebral (AVC) e todo o processo de reabilitação envolvente. Para concretização deste trabalho foram consultados registos realizados pela equipa de enfermagem e médica, dos quais o índice de Barthel e o diário clínico dos participantes. Foi então desenvolvido o projecto de investigação subordinado ao tema: “Reabilitação funcional após AVC: resultados de uma Unidade de Convalescência”.

Sendo o AVC uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo mundo, responsável pela perda de capacidades, quer física quer cognitiva, tendo desta forma grande repercussão na qualidade de vida dos utentes, surge a necessidade de ser discutido o processo de reabilitação do doente após ocorrência do AVC.

A investigadora considerou após reflexão a seguinte questão orientadora do trabalho: Existe evolução do grau de dependência nas AVD dos participantes que sofreram AVC, ao longo do internamento na Unidade de Convalescência?

É objectivo principal deste trabalho avaliar o grau de dependência nas atividades de vida diária (AVD) dos participantes que sofreram AVC, no momento da admissão na Unidade de Convalescência e no momento da alta clínica, segundo o índice de Barthel.

Como objetivos secundários consideramos:

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos participantes no estudo;
- Identificar alguns fatores de risco dos participantes;
- Identificar as AVD mais afetadas dos participantes no estudo segundo o Índice de Barthel;
- Relacionar as AVD mais afetadas com o tipo de AVC;

- Verificar se existem diferenças nos resultados dos valores do Índice de Barthel.

Pretende-se com este trabalho desenvolver competências também a nível científico de forma a contribuir para o levantamento de dados acerca do grau de dependência na realização das AVD após a ocorrência de AVC, em indivíduos internados na Unidade de Convalescença de Macedo de Cavaleiros, construindo desta forma uma perspectiva da realidade existente no distrito de Bragança.

Para cumprimento dos objetivos, foi apresentado um pedido de autorização formal para recolha dos dados à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde (U.L.S.) do Nordeste.-Nordeste, bem como a coordenadora da Unidade de Convalescença, o qual obteve resposta positiva. A recolha de dados foi efetuada durante o mês de Março de 2014.

Trata-se de um estudo retrospectivo, exploratório, descritivo e transversal, que se reporta a um espaço temporal compreendido entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2013.

A população do estudo é constituída por indivíduos que tenham sofrido AVC isquémico ou hemorrágico há menos de 3 meses, e se encontrem em programa de reabilitação na Unidade de Convalescença de Macedo de Cavaleiros por um período máximo de 30 dias consecutivos, salvo alguns casos de prorrogação, durante um período temporal compreendido entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2013. A amostra é constituída por 162 indivíduos.

A necessidade de prorrogação do programa de reabilitação surge sempre que esgotado o prazo de internamento fixado, e se não foram atingidos os objetivos terapêuticos inicialmente definidos. Em reunião semanal é realizada avaliação funcional pela equipa multidisciplinar e estabelecida a necessidade da prorrogação para benefício do utente.

A estrutura do trabalho encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte reporta-se ao enquadramento teórico, que inclui: uma breve definição de AVC, epidemiologia do AVC, fatores de risco, classificação do AVC, atividades de vida diária, reabilitação após AVC, prevenção secundária e reinserção social após AVC. A segunda parte descreve a metodologia utilizada, apresentação e discussão dos resultados obtidos e uma breve conclusão.

## **Parte I – Enquadramento Teórico**

## **1. O Acidente Vascular Cerebral**

É uma síndrome neurológica aguda, causada por ruptura do abastecimento sanguíneo cerebral (Faralli, Bigoni, Mauro, Rossi, & Carulli, 2013), cerca de um cidadão em cada cinco terá um AVC em algum momento da sua vida, sendo que 80% dos acidentes vasculares cerebrais são isquémicos e 20% são hemorrágicos e mais de um quarto dos pacientes com AVC tem menos de 65 anos (Knecht, Hesse, & Oster, 2011).

O AVC é a terceira causa de morte e uma das principais causas de incapacidade adquirida em adultos (Faralli et al., 2013). Em 2013 segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE], o AVC foi responsável por 11,5% do total das mortes ocorridas no país.

A Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015), define AVC como a interrupção do fornecimento de sangue ao cérebro, normalmente provocada pela rutura de um vaso ou pelo seu bloqueio por um trombo; o aporte de oxigénio e nutrientes é interrompido, provocando danos no tecido cerebral.

## **2. Epidemiologia do AVC**

Atualmente a população mundial assume um processo de envelhecimento sociodemográfico, no qual a faixa etária de idosos relativamente aos demais cresce gradualmente, surge uma nova epidemiologia, um novo perfil de morbidade e mortalidade associado a um aumento significativo da prevalência de doenças crónicas, destacando-se entre elas o AVC (Monteiro et al., 2013).

O AVC é um problema de saúde mundial comum e incapacitante (Faralli et al., 2013). A incapacidade a longo prazo causada pelo AVC é um problema comum em todos os países e a sua incidência aumenta significativamente com o avançar da idade (Opara & Jaracz, 2010).

Em muitos países da América Latina o AVC é a principal causa de morte, sendo considerado o maior problema de saúde pública no Brasil. Estudos epidemiológicos mostram elevada taxa de mortalidade e alta prevalência de sequelas em sobreviventes. Nos Estados Unidos os custos dos cuidados realizados a pessoas com incapacidades causadas pelo AVC foi estimado em 18,8 bilhões de dólares (Copstein, Fernandes & Bastos, 2013).

O INE e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA] em 2009, referindo-se a dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, referem que no conjunto das doenças cardiovasculares o AVC surge como a primeira causa de mortalidade e morbidade em Portugal.

“O impacto do AVC na sociedade tem sido crescente, pelo aumento da sua prevalência na população, devido à maior sobrevivência e ao aumento da população idosa (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2001), e pela incapacidade que provoca. Estima-se que a sua incidência seja de 1 a 2 por 1.000 habitantes por ano, e que após AVC, cerca de 70% dos utentes apresentam incapacidade, dos quais 24% com um nível de inaptidão muito grave, com base no Índice de Barthel (DGS, 2001), e com grande impacto nos vários domínios relativos ao utente” (Nunes, S., Pereira, C., Silva, M., 2005, p.4).

Nos últimos 20 anos, estudos relatam uma diminuição da incidência do AVC em países desenvolvidos que se deve a melhoria no conhecimento e controlo dos fatores de risco e a qualidade dos serviços de saúde (Copstein et al., 2013). A incidência do AVC é de cerca de um milhão por ano na União Europeia e os sobreviventes sofrem vários défices neurológicos e motores (Belda-Lois et al., 2011).

### **3. Fatores de Risco Vascular**

“Um factor de risco é qualquer atributo, característica ou a exposição de um indivíduo que aumenta a probabilidade de desenvolver uma doença ou lesão” (WHO, 2014).

A implementação de estratégias preventivas eficazes requer um conhecimento preciso dos fatores de risco para a ocorrência do AVC (von Sarnowski et al., 2013). “A detecção e o tratamento precoce dos fatores de risco podem prevenir o acidente vascular cerebral” (Djelilovic-Vranic et al., 2013).

Mais de metade dos indivíduos que sofreram AVC tem um fator de risco que não foi diagnosticado previamente, nesse sentido devem ser realizadas campanhas para detetar os fatores de risco e evitar o aparecimento e recorrência do AVC (Jimenez-Caballero, Lopez-Espuela, Portilla-Cuenca, Jimenez-Gracia, & Casado-Naranjo, 2013).

Os diferentes fatores de risco influenciam de forma diferente a ocorrência de AVC isquémico ou hemorrágico, havendo no entanto fatores de risco que predispõem o paciente aos dois tipos de AVC. A ocorrência do AVC isquémico está associada aos seguintes fatores de risco: idade, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo e fibrilhação auricular; a hemorragia intracerebral está associada a hipertensão arterial e uso de anticoagulantes orais e a hemorragia subaracnoídea ao tabagismo, álcool e hipertensão arterial (Copstein, Fernandes, & Bastos, 2013). Novos fatores de risco, modificáveis ou não, podem surgir de acordo com as particularidades do país em causa e da sua população, fatores socioeconómicos podem representar novos riscos para a ocorrência de diferentes tipos de AVC. A implementação de estratégias de saúde adequadas, bem como a prevenção e gestão dos fatores de risco torna-se fundamental (Copstein et al., 2013).

#### **3.1.Fatores de risco vascular modificáveis e não modificáveis**

Os fatores de risco vascular dividem-se em modificáveis e não modificáveis, são um conjunto de fatores individuais sobre os quais se pode atuar e modificar e um conjunto de fatores

não modificáveis, não passíveis de intervenção que também contribuem para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, entre as quais o AVC. A identificação desses fatores de risco é um passo crucial para determinar o risco de AVC (Grysiewicz, Thomas, & Pandey, 2008).

O controlo dos fatores de risco modificáveis, tais como: a hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia e fibrilhação auricular é essencial na prevenção da ocorrência de AVC (Jimenez-Caballero et al., 2013). “O tratamento adequado de fatores de risco potencialmente modificáveis (...), pode contribuir para evitar a ocorrência de AVC isquémico em pessoas muito idosas”(Arboix et al., 2006).

### **3.1.1. Fatores de risco vascular modificáveis**

#### **Hipertensão Arterial**

A hipertensão arterial (HTA) é o fator de risco modificável mais comum na ocorrência de AVC (Volpe & Dedhiya, 2006), com maior prevalência em ambos os acidentes vasculares isquémicos e hemorrágicos (Brea, Laclaustra, Martorell, & Pedragosa, 2013), mais frequentemente identificado em estudos (Copstein et al., 2013), responsável por mais de metade das mortes por AVC em todo Mundo (Tibazarwa & Damasceno, 2014).

Em Portugal, segundo dados estatísticos do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2014), a HTA surge como o principal fator de risco associado a ocorrência de AVC.

#### **Tabagismo**

O tabagismo é um fator de risco para todo o tipo de AVC, embora a população em geral e os sistemas de saúde estejam conscientes dos riscos associados ao consumo de tabaco, a prevalência do seu uso mantêm-se inalterada. Fumar diminui o fluxo sanguíneo cerebral, o que aumenta o risco da formação de coágulos e risco de posterior AVC (Shah & Cole, 2010).

Existe uma forte relação dose-resposta entre tabagismo e risco de AVC, ou seja quanto maior o número de cigarros/dia consumidos maior o risco de ocorrer o AVC (Tanne, Yaari, &

Goldbourt, 1998), fumar duplica o risco de sofrer um AVC isquémico (Ali, Smith, Bhatt, Fonarow, & Schwamm, 2013).

### Diabetes Mellitus

A diabetes afeta cerca de 330 milhões de pessoas em todo mundo e tem uma incidência de quase 40 % de doenças cardiovasculares, contribuindo de forma significativa para as principais causas de morte, entre elas o acidente vascular cerebral (Wang & Reusch, 2012).

A intervenção individual no controlo da diabetes tem-se mostrado benéfica, o aumento da atividade física em pacientes diabéticos reduz o risco de doença cardiovascular (Wang & Reusch, 2012).

### Fibrilhação auricular

A fibrilhação auricular (FA) está associada a maior risco tromboembólico. A combinação de alguns fatores, como a idade avançada, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, eventos cerebrovasculares anteriores, diabetes mellitus, o género feminino e doenças vasculares determinam um aumento do risco de AVC em doentes com FA. O uso de anticoagulantes orais tradicionais, pode ter alguma eficácia na prevenção do risco tromboembólico em doentes com FA (Abrignani & Colivicchi, 2013).

### Dislipidemia

Evidências atuais, sugerem que a hipertrigliceridemia está relacionada com um risco aumentado de doença cardiovascular, particularmente se os níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL) estão baixos e os níveis de lipoproteína de baixa densidade (LDL) estão elevados (Lisak, Demarin, Trkanjec, & Basic-Kes, 2013).

### Alcoolismo

O consumo de álcool em excesso está associado ao aumento do risco de AVC isquémico e hemorrágico (Ikehara et al., 2013), existindo maior risco da ocorrência de hemorragia intracerebral e subaracnóideia (Schwarz & Wetterling, 2002) e aumento da mortalidade (Ikehara et al., 2008). Já o seu consumo leve a moderado, ou seja igual ou inferior a dois copos de

álcool por dia não aumenta o risco de AVC (Iso et al., 2004), podendo mesmo ter um efeito protector (Daniel & Bereczki, 2004).

#### Obesidade

A obesidade por si só pode atuar como um fator de risco independente na ocorrência de AVC ou influenciar o aparecimento de outros fatores de risco como a HTA, diabetes, dislipidémia e doença cardíaca (Boden-Albala & Sacco, 2000).

#### Sedentarismo

A atividade física é benéfica na prevenção do AVC e na correcção de muitos dos fatores de risco vasculares (Menoita, E.C., 2012). A inatividade física e um estilo de vida sedentário estão relacionados com o desenvolvimento de fatores de risco para ocorrência ou agravamento de doenças cardiovasculares (English, Manns, Tucak, & Bernhardt, 2014; Silva, da Silva, da Silva, Souza, & Tomasi, 2010).

“ A inatividade física tem sido identificada como o quarto principal fator de risco para a mortalidade global, causando um número estimado de 3,2 milhões de mortes em todo o mundo” (WHO, 2014).

### **3.1.2. Fatores de risco vascular não modificáveis**

#### Raça

“Certos grupos étnicos têm maior risco de ter um AVC que outros. A título de exemplo: pessoas da África Ocidental e das Caraíbas têm o dobro do risco de ter um AVC em relação a uma pessoa caucasiana” (Menoita, E.C., 2012, p.11); ou seja pessoas de raça negra apresentam maior risco para a ocorrência de AVC (Aycock et al., 2014; Lessmann, De Conto, Ramos, Borenstein, & Meirelles, 2011; Sundquist, Winkleby, & Pudaric, 2001), sendo as taxas de mortalidade devida ao AVC mais elevadas em pessoas negras (Howard, 2013).

## Idade

A idade é o maior fator de risco para a ocorrência de AVC, após os 55 anos de idade, a taxa do AVC aumenta para mais do dobro em homens e mulheres (Liu & McCullough, 2012). “Os idosos têm uma maior incidência de AVC que os pacientes mais jovens” (Knecht, Hesse, & Oster, 2011) sendo que um terço dos AVC ocorre em pessoas com idade igual ou superior a 80 anos (Ly & Maquet, 2014).

## Gênero

A relação entre o gênero e AVC permanece controversa, visto que as variáveis biológicas que afetam cada um dos gêneros ao longo do ciclo de vida, atuam de forma diferente em cada um dos gêneros, assumindo no entanto um peso semelhante como fatores de risco (Ossou-Nguiet et al., 2014). Segundo Arboix et al., (2011), as mulheres diferem dos homens na distribuição dos fatores de risco, essas diferenças podem estar relacionadas com anatomia funcional ou plasticidade do cérebro. Para Liu & McCullough, (2012), as mulheres idosas não só têm maior incidência do AVC, como tem uma recuperação mais lenta que os homens da mesma idade, maior morbidade e mortalidade.

## Fatores Genéticos

A história familiar de AVC, especialmente os familiares mais próximos está fortemente associada ao risco aumentado de ocorrência de AVC, fatores genéticos partilhados pela família, estilo de vida cultural e ambiental bem como a interação entre eles desempenha um papel importante na ocorrência de AVC (Kayaba, 2008).

Pode dizer-se que o risco cardiovascular é contínuo e multifatorial, dependendo essencialmente do número de fatores de risco presentes (Perdigão, C., 2011). A associação dos vários fatores de risco aumenta a probabilidade da ocorrência de AVC, os profissionais de Saúde devem sensibilizar a população para o conhecimento da relação entre os vários fatores de risco que cada pessoa tem, de forma a poderem intervir na sua prevenção (Boden-Albala & Sacco, 2000; Yang et al., 2013).

A modificação dos fatores de risco deve ser aplicada a todos os doentes, no entanto é necessária a realização de uma avaliação individual para poder ser elaborado um plano de intervenção adequado (Gibbon, Gibson, Lightbody, Radford, & Watkins, 2012).

#### **4. Classificação do Acidente Vascular Cerebral**

Existem dois tipos principais de AVC: o enfarte cerebral e a hemorragia cerebral. No enfarte, também denominado AVC isquémico, o déficit neurológico é resultante da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral, podendo ter como causa uma trombose, quando um coágulo se forma numa artéria principal do cérebro e o obstrói (trombo), uma embolia, quando o trombo se forma noutra artéria ou no coração e se solta (êmbolo) indo obstruir uma artéria cerebral, ou quando o bloqueio ocorre numa pequena artéria dentro do cérebro (por espessamento das paredes até oclusão), denominado de enfarte lacunar. Na hemorragia cerebral, ou AVC hemorrágico, a causa pode ser o rompimento de uma artéria dentro do cérebro provocando um sangramento, conhecida por hemorragia intracerebral, ou de uma artéria da superfície do cérebro, rompendo para o espaço entre o cérebro e o crânio, chamada hemorragia subaracnoídea (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC], 2015).

De acordo com Sacco (2002), citado por Mansur (2005,p.13): “De um modo geral, o AVC isquémico é três a quatro vezes mais frequente que o hemorrágico, constituindo 70 a 80% dos AVC’, as hemorragias intracerebrais são responsáveis por 10 a 30% dos casos e a hemorragia subaracnoídea por um terço até 50% da hemorragia intracerebral”.

##### **4.1. Classificação clínica de Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP)**

Em 1991, Bamford et al., propôs um método simples de categorização de pacientes com AVC isquémico agudo com base num estudo populacional inserido na classificação de OCSP (Tei et al., 2000). É um método de classificação simples e rápido do AVC isquémico agudo,

baseado exclusivamente em sinais e sintomas, esta classificação prevê também o local e tamanho do enfarte na tomografia computadorizada, bem como o prognóstico e recuperação funcional (Paci, Nannetti, D'Ippolito, & Lombardi, 2011). Esta classificação categoriza síndromes de AVC em quatro subtipos clínicos (Asdaghi et al., 2011): enfarte lacunar (LACI); enfarte parcial da circulação anterior (PACI); enfarte total da circulação anterior (TACI) e enfarte da circulação Posterior (POCI).

### Quadro 1 - Enfartes neurovasculares da OCSP

| Enfarte | Características Clínicas  |
|---------|---|
| LACI    | Défice motor e/ou sensitivo e<br>Sem alterações de novo das funções superiores<br>Sem alterações de novo dos campos visuais   |
| PACI    | Duas das seguintes alterações:<br>- disfunção superior<br>- hemianópsia homónima<br>- défice motor/sensorial ou<br>- disfunção superior isolada<br>- défice motor mais restrito que no LACI |
| TACI    | Défice superior<br>Hemianópsia homónima<br>Défice motor/sensorial   |
| POCI    | Paresias de pares craneanos/défice motor contralateral<br>Disfunção cerebelosa<br>Hemianópsia homónima isolada<br>Défice motor/sensitivo bilateral  |

Fonte: (adaptado de Bamford et al., 1991)

Segundo um estudo realizado por Lauretani et al., (2010), o subtipo TACI exige mais dias de reabilitação que qualquer outro de acordo com os critérios de OCSP.

Esta classificação é usada na Unidade de Convalescença onde o estudo foi realizado, no entanto o seu uso ainda não surge de forma homogénea, devido ao facto dos doentes com o

diagnóstico de AVC serem provenientes de diversos serviços onde esta classificação ainda não está implementada.

## **5. Atividades de Vida Diária**

As atividades de vida diária (AVD) fazem parte do cotidiano do indivíduo, sendo atividades de auto-cuidado que satisfazem as necessidades e exigências de vida do indivíduo no seu dia-a-dia. “O autocuidado é reconhecido como uma habilidade humana, sendo que a sua execução está diretamente ligada às condições que cada indivíduo possui para auto cuidar-se” (Lessmann et al., 2011).

Segundo o parecer nº12/2011 do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, o termo AVD é definido como um: “conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades ou tarefas podem ser subdivididas em dois grupos: cuidado pessoal ou atividades básicas de vida diárias (ABVD); atividades domésticas e comunitárias ou atividades instrumentais de vida diária (AIVD)”.

“As AVD são as tarefas que um indivíduo necessita realizar para cuidar de si, tais como: tomar banho, vestir-se, ir ao W.C., andar, comer, transferir-se, posicionar-se e ter continência urinária e fecal. As AIVD são as habilidades do indivíduo para administrar o ambiente em que vive e inclui as seguintes acções: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicação, fazer compras e utilizar os meios de transporte” (Costa, E. C., Nakatani, A.Y. K., Bachion, M. M., 2006).

O treino das AVD é fundamental nos programas de reabilitação, o objectivo principal é proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de independência funcional possível (MCEER, 2011).

### **5.1. Dependência nas Atividades de Vida Diária após AVC**

Após a ocorrência do AVC o indivíduo manifesta alterações na satisfação das diversas AVD, a sua independência está comprometida e necessita da prestação de cuidados por terceiros, tal situação não afeta apenas o próprio indivíduo, mas toda família e meio envolvente. Para a pessoa representa uma diminuição da sua autonomia, incapacidade de satisfazer o seu auto-cuidado, atividades de lazer e limitação econômica. Para a família existe uma alteração de papéis, necessidade de cuidados e problemas econômicos. Para a sociedade existe diminuição da produtividade, alteração do papel social do indivíduo e aumento da utilização dos serviços de saúde (Menoita, E. C., 2012). O principal objetivo da pessoa que sofreu AVC é recuperar a marcha e independência na realização das AVD (Belda-Lois et al., 2011).

“As sequelas de um AVC implicam sempre algum grau de dependência. Cerca de 30 a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após o AVC são impedidos de voltar ao trabalho e necessitam algum tipo de ajuda no desempenho das atividades de vida diária, seja ela parcial ou total. A perda de autonomia entre adultos e a sua consequente dependência é outra forma de expressão da gravidade das incapacidades resultantes do AVC” (Paixão Teixeira & Silva, 2009, p.2). Após um programa de reabilitação aproximadamente 50% dos pacientes que sofreram AVC são parcialmente dependentes nas AVD (Belda-Lois et al., 2011).

Após hospitalização, cerca de 80% dos pacientes volta para casa e pelo menos metade deles precisam de ajuda permanente ou temporária no domicílio. Esta ajuda é fornecida normalmente por elementos da família, o cônjuge ou um filho, estes cuidadores ajudam o paciente na realização de cuidados pessoais básicos ou seja na realização das atividades diárias e prestam apoio emocional (Opara & Jaracz, 2010).

## **6. Reabilitação do doente com Acidente vascular Cerebral**

É um processo centrado no doente e orientado por objetivos, que se inicia no dia após o AVC, com a finalidade de melhorar a funcionalidade e atingir o maior nível de independência possível, física e psicologicamente, mas também social e economicamente (DGS, 2011).

“A reabilitação de pessoas com deficiência é um processo destinado a permitir-lhes alcançar e manter os seus níveis funcionais físicos, sensoriais, intelectuais, psicológicos e sociais ideais. A reabilitação proporciona às pessoas com deficiência as ferramentas que elas precisam para alcançar a independência e autodeterminação” (WHO, 2014).

Deve ser elaborado um plano terapêutico de reabilitação de carácter individual de acordo com as necessidades do doente onde são definidos objectivos específicos, de forma a serem maximizadas as suas potencialidades. O plano de reabilitação é elaborado por uma equipa de saúde multidisciplinar e estabelecida uma relação racional e efectiva com o doente/família e cuidador informal. O envolvimento precoce do doente/família deve ser privilegiado em todo o processo de reabilitação e serem informados sobre os objectivos de todo o programa por forma a aumentar a sua participação activa.

A mobilização precoce do doente permite uma melhor recuperação funcional, desde que esteja estabilizado hemodinamicamente, as mobilizações e transferências repetidas diminuem o comprometimento funcional do doente. O treino repetido do membro afetado permite ganhar força, coordenação e velocidade de forma a integrar a sua função nas AVD do paciente (Knecht et al., 2011).

Alguns fatores podem interferir no processo de reabilitação do doente, dos quais o medo de cair, podendo contribuir para a redução da independência funcional e qualidade de vida em indivíduos pós-AVC. A gestão desses fatores deve ser incluída no processo de avaliação do doente (Monteiro et al., 2013).

Segundo Carvalhido e Pontes, (2009, p. 143), “a reabilitação em pessoas que sofreram um AVC é vital para as ajudar a readquirir a função física, psicossocial e profissional. Isto irá permitir aos utentes que sejam participantes produtivos da vida familiar e comunitária. A função ótima atingível para um paciente com AVC depende de vários fatores, tais como o grau de recuperação neurológica, a prevenção de complicações secundárias, da capacidade individual de aprender novas habilidades, do tempo de espera da reabilitação após o surgimento do AVC e da perseverança em atingir os objetivos a curto e a longo prazos”. Ainda segundo estes autores, “A reabilitação deve incidir ao nível das atividades de vida diária, na motricidade, como transferências, propulsão de cadeiras de rodas, equilíbrio e deambulação, na comunicação, na deglutição, nos défices cognitivos e nas relações sociais. Este processo deve aproveitar a capacidade máxima das funções da pessoa, de modo a permitir que esta se adapte à vida de relação com o meio”.

“O local, a extensão e a natureza do AVC, são os principais determinantes da recuperação funcional. Geralmente a recuperação é prejudicada pelo envolvimento de grandes extensões de matéria branca e danos de desconexão do hipocampo, uma estrutura que desempenha um papel importante na aprendizagem e reaprendizagem das funções neurológicas” (Knecht et al., 2011).

A restauração de funções após AVC é um processo complexo que envolve recuperação espontânea e os efeitos da intervenção terapêutica (Belda-Lois et al., 2011). As intervenções de reabilitação e a sua intensidade são fatores importantes na maximização da capacidade funcional do doente (Rosenberg & Popelka, 2000).

A adaptação à incapacidade física após AVC é um processo de colaboração entre o utente, família e profissionais de saúde. Essa colaboração não se limita aos ambientes hospitalares e deve prosseguir durante toda a trajetória da doença. O AVC constitui, então, um desafio tanto pelo impacto social, quanto pelas repercussões na vida das pessoas. O estar ou ser portador de incapacidade física compromete o próprio indivíduo e os que o rodeiam, especialmente a família.

Assume por isso grande importância a reabilitação, no sentido de ajudar o utente a readquirir capacidades perdidas e tornar-se novamente independente nas suas AVD (Silva, 2010). O AVC

não afeta só a saúde física do doente, tem também impacto sobre a saúde psicológica do doente e em muitos outros aspetos da sua vida, os sobreviventes de AVC requerem uma intervenção especializada na fase de reabilitação e recuperação (Gibbon et al., 2012).

Os objetivos funcionais vão sendo alterados com o processo de reabilitação, sendo adaptados às potencialidades que o indivíduo vai adquirindo a nível da recuperação neurológica, estabilidade clínica, tolerância e habilidade. Inicialmente os objetivos centram-se no autocuidado, mobilidade, comunicação e cognição, sendo que mais tarde são acrescentados objetivos psicossociais e profissionais.

Então, e segundo Ferreira e Marques (2011, p.10), “A recuperação funcional do utente com AVC, varia de pessoa para pessoa, não esquecendo que esta recuperação pode continuar meses ou anos. Pesquisas vieram contrariar o que se pensava, historicamente, que a recuperação da função motora após o AVC, estaria completa depois de 3 a 6 meses do início. Uma metanálise veio demonstrar que a reabilitação após a alta clínica, no primeiro ano após o evento, reduz o risco de agravamento funcional e melhora as atividades de vida diária.”

Avaliação dos fatores sociais e familiares deve ser incluída no plano de reabilitação: devem ser consideradas as características da habitação do doente, a existência de barreiras arquitectónicas e as acessibilidades do meio envolvente. É importante a realização de ensinamentos ao doente/família durante todo o processo de reabilitação de forma a estes estarem preparados para a reintegração/readaptação na comunidade.

### **6.1.Unidade de Convalescença**

A Unidade de Convalescença em estudo encontra-se inserida na U.L.S. do Nordeste - Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros, recebe pacientes que sofreram AVC entre outros, que estejam numa situação de dependência e perda de autonomia e que necessitem realizar programa de tratamento e reabilitação por um período máximo de 30 dias consecutivos. A prestação de cuidados é realizada por uma equipa de saúde multidisciplinar que reúne pelo

menos uma vez por semana para intercâmbio de informações acerca do plano de reabilitação individual de cada doente. Os cuidados de saúde são prestados 24 horas por dia.

A unidade de Convalescença segundo o art.º 13º do Decreto-Lei, 101/2006 de 6 de Junho, define-se como uma unidade de: “internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico, e têm por finalidade “estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos (...)”, e como principais objectivos: “promover a reabilitação e a independência dos utentes; contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos; evitar a permanência desnecessária nos serviços dos hospitais de agudos; otimizar a utilização de unidades de internamento de média e longa duração” (Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2012b).

A reabilitação atua como forma de readquirir capacidades e habilidades antigas, significa muito mais do que reaprender a andar, vestir-se ou transferir-se. O indivíduo descobre uma nova realidade, um processo único e individual em que o enfermeiro colabora na resposta a estas novas necessidades na vertente física, psíquica e social (Lessmann et al., 2011).

Desta forma, reveste-se de especial importância o seguimento do indivíduo que sofreu um AVC e a sua reabilitação, após a alta clínica do internamento de agudos. Em Portugal a resposta a esta problemática é dada pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na forma das Unidades de Convalescença e Unidades de Média Duração e Reabilitação. Existem também alguns centros de recuperação especializados, como o Centro de Medicina de reabilitação de Alcoitão, Centro de Medicina de reabilitação do Sul em São Brás de Alportel, centro de Medicina de reabilitação da região centro - Rovisco Pais e o recente Centro de Reabilitação do Norte - Dr. Ferreira Alves.

## 6.2.Avaliação Funcional do doente com AVC

A utilização de escalas para avaliação da evolução clínica do indivíduo permite uma abordagem sistemática dos doentes que frequentam os programas de reabilitação. O índice de Barthel é um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica e na investigação.

O índice de Barthel é utilizada para avaliar o nível de independência do sujeito relativamente à realização de dez AVD básicas, de forma a poder ser quantificada a alteração funcional após reabilitação (Duffy, Gajree, Langhorne, Stott, & Quinn, 2013). Tem por objetivo medir a função física que se centra no auto-cuidado e mobilidade básica. (Santos et al, 2005, p.138).

Na Unidade de Convalescença é utilizada o índice de Barthel de forma a ser monitorizada a capacidade funcional dos idosos no âmbito dos programas de reabilitação no desempenho das AVD. É efetuada avaliação funcional no momento da admissão, após sete dias e no momento da alta clínica do doente através do Índice de Barthel e atribuída uma pontuação de 0-100 pontos de acordo com o grau de dependência, sendo que 0 corresponde à máxima dependência e 100 corresponde à independência total na realização das AVD.

“No contexto clínico, o índice de Barthel dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total, mas também a partir das pontuações parciais para cada actividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades. Dois indivíduos com a mesma pontuação global necessitam de cuidados diferenciados de acordo com as atividades para as quais demonstram maior incapacidade” (Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A., Pinto, C., 2007, p.61).

Araújo et al. (2007), desenvolveram um estudo em Portugal, cujo objectivo era avaliar as capacidades psicométricas do índice de Barthel, os resultados revelaram que é um instrumento com um nível de fidelidade elevado, cujo alfa de Cronbach é de 0,96, apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre  $r=0,66$  e  $r=0,93$ . Estes resultados permitem-nos definir o índice de Barthel como um instrumento fiável, de avaliação objectiva.

### **6.3. Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação**

O enfermeiro de reabilitação assume uma posição de destaque dentro da equipa multidisciplinar, sendo de extrema importância o seu contributo na reabilitação/recuperação do indivíduo que sofreu AVC. Intervenções complexas e diversificadas são realizadas pelo enfermeiro de reabilitação com objetivos bem definidos e direccionados para atingirem a máxima independência e reajuste do doente que sofreu AVC. Na Unidade de Convalescença, o enfermeiro de reabilitação tem uma participação ativa no programa de reabilitação do paciente segundo um plano de cuidados ajustado as suas necessidades particulares.

A especialização dos profissionais de saúde na área de reabilitação, especialmente os enfermeiros, constitui uma mais-valia na recuperação do doente, pois as suas intervenções são baseadas em conhecimentos fundamentados e aptidões técnicas cada vez mais aperfeiçoadas (Menoita, E.C., 2012; McGinnes, Easton, Williams, & Neville, 2010). É fundamental a participação do enfermeiro nas atividades de reabilitação, promoção da independência na realização dos autocuidados e melhoria da qualidade de vida do doente que sofreu AVC (Lessmann et al., 2011).

Segundo o regulamento nº125/2011, o Colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação, define como competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo da vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e ainda maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

## **7. Prevenção Secundária do AVC e Reinserção Social**

Reintegrar o indivíduo no ambiente familiar e social é um desafio que envolve todas as pessoas inseridas no processo de reabilitação. A prevenção secundária deve ser tarefa de toda a equipa multidisciplinar que acompanha o doente em todo o processo de reabilitação nas suas diferentes áreas e locais de atuação. As estratégias de intervenção devem basear-se nas alterações do estilo de vida, vigilância e tratamento dos fatores de risco. A responsabilidade deverá começar no próprio cidadão.

É importante a implementação de programas educacionais de forma a aumentar a consciencialização da população para o AVC, essa consciencialização depende do conhecimento sobre fatores demográficos, sócio-culturais e conhecimento individual sobre os sinais de alerta do AVC (SPAVC,2015).

Estima-se que a prevenção secundária ideal pode reduzir a incidência de eventos vasculares recorrentes em 80%, no entanto adesão dos doentes a prevenção secundária é muitas vezes insuficiente. As medidas de prevenção secundária devem ser iniciadas ainda em ambiente hospitalar e ter continuidade após alta clínica em meio comunitário (Segundo Hackam e Spence, 2007, citado por Gibbon et al., 2012).

O enfermeiro de reabilitação deve estar sensibilizado para ajudar o doente a prevenir a recorrência do AVC, particularmente na orientação e avaliação dos fatores de risco e mudanças de estilo de vida.

“A modificação do fator de risco é um aspecto importante na prevenção de AVC (...) isto inclui modificações no estilo de vida e implementação de diferentes modalidades terapêuticas”(Kurukulasuriya, Govindarajan, & Sowers, 2006).

Defende-se uma prevenção cardiovascular baseada na avaliação global do risco, com vista a implementação de medidas individuais coerentes e eficazes em detrimento do controlo individual de cada fator de risco (Perdigão, C.,2011).

De acordo com Bangalore et al., (2014), os doentes que sofreram AVC não aderem muito a medidas de prevenção secundária, pondo em causa e oportunidade de reduzir o risco de recidiva de AVC.

A actividade física regular de intensidade moderada, como caminhar, andar de bicicleta ou praticar desportos, tem benefícios significativos para a saúde, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares (WHO, 2014). O exercício físico é especialmente eficaz em doentes idosos na prevenção secundária do AVC (Knecht et al., 2011) é recomendada a prática diária de pelo menos 30 minutos de atividade física de intensidade moderada (Boden-Albala & Sacco, 2000).

Após o período de reabilitação inicia-se o processo de reintegração dos utentes no seu meio de vida e de preferência em condições de maior autonomia e independência possíveis (Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, 2012b). Uma reabilitação adequada, ajuda o doente a prevenir a ocorrência de um novo AVC, o regresso a atividade laboral e redução dos problemas psicológicos (Gibbon et al., 2012).

O regresso ao trabalho é um acontecimento importante na vida da pessoa que sofreu AVC, sendo um passo fundamental para a sua recuperação (Hackett, Glozier, Jan, & Lindley, 2012). O retorno ao trabalho após AVC torna-se numa condição quase imposta, um dos principais objetivos após recuperação e readaptação funcional, uma vez que cada vez mais ocorre em pessoas com idade inferior ou igual a 65 anos que ainda desempenham a sua atividade laboral, particularmente devido ao aumento crescente da idade para a reforma (Pearn & O'Connor, 2013). No regresso a atividade laboral, deve ser negociado se necessário com a entidade empregadora um papel diferente, com responsabilidades diferentes, exploradas todas as opções.

O enfermeiro de reabilitação deve estar sensibilizado para a necessidade de reabilitação profissional, procurar soluções para combinar habilidades e limitações dos sobreviventes de AVC em resposta as exigências do mercado de trabalho, de acordo com avaliação individual e cuidadosa do individuo.

## **Parte II – Enquadramento Metodológico**

## **1. Metodologia**

Neste capítulo são descritos os procedimentos realizados nas diferentes etapas do estudo. Referimo-nos aos objetivos, tipo de estudo, amostra, critérios de inclusão e exclusão, às variáveis, aos instrumentos de colheita de dados, às técnicas utilizadas na análise de dados e às considerações éticas.

Após autorização favorável por parte da Comissão de Ética da ULSE- Nordeste (anexo I) e da Coordenadora da Unidade de Convalescença (anexo II), foi realizada a recolha de dados através da base de dados – Índice de Barthel, existente na Unidade de Convalescença, correspondente ao período de internamento dos doentes.

O local do estudo seleccionado foi a Unidade de Convalescença da Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros, pertencente à U.L.S. - Nordeste. A escolha do local, deve-se ao fato de ser um serviço acessível e próximo do local de trabalho da investigadora, o interesse pela patologia AVC e todo o processo de reabilitação envolvente proporcionaram a escolha do tema de investigação, assim como a eventual oportunidade de serem apresentados os resultados da investigação em revistas e posters de carácter científico e aplicação dos resultados na melhoria dos cuidados de enfermagem realizados pelos enfermeiros de reabilitação.

### **1.1. Questão de Investigação**

Existe evolução do grau de dependência nas AVD dos participantes que sofreram AVC, ao longo do internamento na Unidade de Convalescença?

### **1.2. Objetivos do estudo**

Objetivo Principal

- Avaliar o grau de dependência nas AVD dos participantes que sofreram AVC, no momento da admissão na Unidade de Convalescença e no momento da alta clínica, segundo o Índice de Barthel.

### Objetivos secundários

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos participantes no estudo;
- Identificar alguns fatores de risco dos participantes;
- Identificar as AVD mais afetadas dos participantes no estudo segundo o Índice de Barthel;
- Relacionar as AVD mais afetadas com o tipo de AVC;
- Verificar se existem diferenças nos resultados dos valores do Índice de Barthel.

### **1.3.Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo retrospectivo, de abordagem quantitativa, de carácter exploratório e descritivo.

### **1.4.Amostra**

Amostra é constituída por doentes com o diagnóstico de AVC isquémico ou hemorrágico, diagnosticados há menos de 3 meses, em programa de reabilitação na Unidade de Convalescência de Macedo de Cavaleiros que estiveram hospitalizados por um período máximo de 30 dias consecutivos, durante o período compreendido entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2013. Assim, a amostra caracteriza-se como não probabilística por conveniência.

### **1.5.Critérios de inclusão e exclusão**

Como critérios de inclusão na amostra considerámos todos os pacientes que sofreram AVC há menos de 3 meses e internados na Unidade de Convalescência de Macedo de Cavaleiros.

Foram excluídos do estudo os pacientes do foro ortopédico e cirúrgico, doentes com sequelas de AVC anteriores ou outra patologia que condicionasse os resultados do estudo e doentes que sofreram agudização do seu estado clínico durante o período de reabilitação.

Depois da análise da base de dados fornecida pela Unidade de Convalescença, onde constava a informação de 175 doentes com o diagnóstico de AVC e após aplicados os critérios de inclusão/exclusão a amostra ficou constituída por 162 participantes.

### **1.6. Instrumentos de colheita de dados**

A escolha do instrumento de colheita de dado prende-se com a necessidade da utilização de uma escala de fácil leitura e interpretação. Foi escolhido o índice de Barthel existente na Unidade de Convalescença devido ao fato das suas propriedades psicométricas nos permitirem obter dados precisos. A investigadora consultou o índice de Barthel (anexo III) num único momento, foram também consultados os processos clínicos dos participantes onde constam os dados clínicos e sociodemográficos dos participantes do nosso estudo.

### **1.7. Questões Éticas**

Durante todo o processo de investigação foram tidos em conta os aspectos éticos, foi salvaguardada a identidade dos participantes envolvidos no estudo, mantida a sua privacidade e confidencialidade.

### **1.8. Procedimentos estatísticos**

Para análise e interpretação os dados após a colheita dos mesmos recorreu-se ao programa informático para análise estatística Statistical Pack for Social Sciences (SPSS) - para Windows na versão 22, apresentando-se a estatística descritiva e inferencial. No estudo da comparação entre grupos, recorreu-se à aplicação do Teste t de Student para amostras emparelhadas, para comparação entre cada um dos momentos de avaliação, bem como a prova de Pearson para o estudo das correlações entre as variáveis. Os resultados estatísticos foram analisados e comentados para um intervalo de confiança de 95% e valor de significância de 0.05.

## 2. Apresentação dos Resultados

### *Caracterização da amostra*

Na tabela 1 apresentam-se os resultados do estudo relativamente ao género dos participantes. Observa-se que amostra se encontra constituída maioritariamente por mulheres (53,1%).

**Tabela 1 - Participantes distribuídos por género**

|           | n   | %     |
|-----------|-----|-------|
| Sexo      |     |       |
| Feminino  | 86  | 53.1  |
| Masculino | 76  | 46.9  |
| Total     | 162 | 100.0 |
| (n=162)   |     |       |

Observando as estatísticas descritivas para a variável idade (Tabela 2), observa-se que as mulheres são ligeiramente mais velhas que os homens ( $74,0 \pm 11,4$  anos versus  $73,2 \pm 9,7$  anos). As idades variaram desde os 30 anos (participante mais jovem) até aos 90 anos (participante mais velho).

**Tabela 2 - Descritivas obtidas para a variável idade**

| Sexo      | Média | n   | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|-----------|-------|-----|---------------|--------|--------|
| Feminino  | 74,0  | 86  | 11,4          | 30     | 88     |
| Masculino | 73,3  | 76  | 9,7           | 52     | 90     |
| Total     | 73,6  | 162 | 10,6          | 30     | 90     |

Na tabela 3 apresentamos a caracterização dos participantes no que diz respeito ao diagnóstico. Podemos afirmar que a maioria dos participantes sofreu AVC isquémico (84,6%), desses o LACI aparece como o mais frequente com 37,0% (N=60) dos participantes, seguido do PACI com 26,5% (N=43) dos participantes. Relativamente ao AVC hemorrágico, representa 15,4% (N=25) dos AVC's.

**Tabela 3 - Distribuição da amostra por diagnóstico**

|                 | n   | %    |
|-----------------|-----|------|
| Diagnóstico     |     |      |
| AVC Hemorrágico | 25  | 15,4 |
| LACI            | 60  | 37,0 |
| PACI            | 43  | 26,5 |
| POCI            | 23  | 14,2 |
| TACI            | 11  | 6,9  |
| Total           | 162 | 100  |

Na tabela 4, apresentam-se os resultados relativamente a variável idade dos participantes do género feminino. Observamos que a média de idade é de 74 anos. Denota-se que o AVC nos participantes do género feminino da nossa amostra ocorre em idades mais precoces, iniciando-se no grupo etário dos 30-34 anos de idade, representando 1,2% da nossa amostra. No entanto, a maior parte dos AVC's ocorre em idades mais avançadas, atingindo predominantemente as mulheres mais velhas, sendo o grupo etário mais atingido o dos 75-79 anos de idade, representando 23,3% do total da nossa amostra.

**Tabela 4 - Distribuição da variável idade no género feminino por faixa etária**

| <b>Género Feminino</b> |           |            |
|------------------------|-----------|------------|
| <b>Faixa Etária</b>    | <b>n</b>  | <b>%</b>   |
| 30-34                  | 1         | 1,2        |
| 35-39                  | 0         | 0,0        |
| 40-44                  | 1         | 1,2        |
| 45-49                  | 3         | 3,5        |
| 50-54                  | 2         | 2,3        |
| 55-59                  | 3         | 3,5        |
| 60-64                  | 5         | 5,8        |
| 65-69                  | 5         | 5,8        |
| 70-74                  | 17        | 19,8       |
| 75-79                  | 20        | 23,3       |
| 80-84                  | 15        | 17,4       |
| 85 ou mais             | 14        | 16,2       |
| <b>Total</b>           | <b>86</b> | <b>100</b> |

Na tabela 5, observamos que o AVC no género masculino se inicia em idades mais avançadas, com início no grupo etário dos 50-54 anos, representando 3,9% da nossa amostra. A média de idades é de 73 anos de idade, e tal como no género feminino os AVC's ocorrem em idades mais avançadas, sendo o grupo etário dos 80-84 anos o mais atingido, representando 23,7% da população masculina.

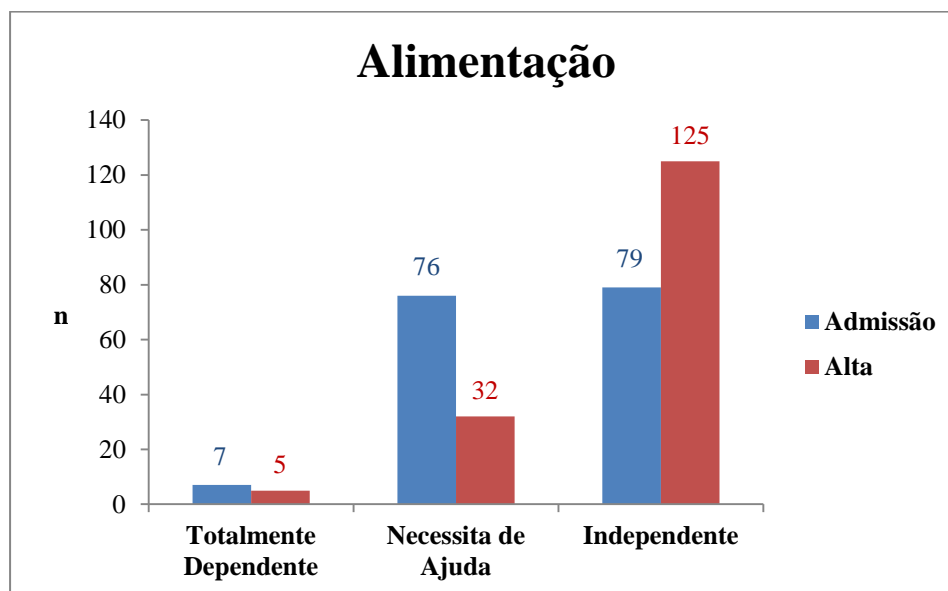
**Tabela 5 - Distribuição da variável idade no género masculino por faixa etária**

| <b>Género Masculino</b> |           |            |
|-------------------------|-----------|------------|
| <b>Faixa Etária</b>     | <b>n</b>  | <b>%</b>   |
| 30-34                   | 0         | 0,0        |
| 35-39                   | 0         | 0,0        |
| 40-44                   | 0         | 0,0        |
| 45-49                   | 0         | 0,0        |
| 50-54                   | 3         | 4,0        |
| 55-59                   | 9         | 11,8       |
| 60-64                   | 2         | 2,6        |
| 65-69                   | 8         | 10,5       |
| 70-74                   | 13        | 17,1       |
| 75-79                   | 16        | 21,1       |
| 80-84                   | 18        | 23,7       |
| 85 ou mais              | 7         | 9,2        |
| <b>Total</b>            | <b>76</b> | <b>100</b> |

Nos gráficos subsequentes observamos a evolução dos participantes relativamente a satisfação das diferentes AVD com base no Índice de Barthel. Em todas as AVD comparando os dois momentos de avaliação (anexo IV), podemos afirmar que ocorreram diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,00$ ), entre o momento da admissão e o momento da alta clínica, para um nível de significância de 5%.

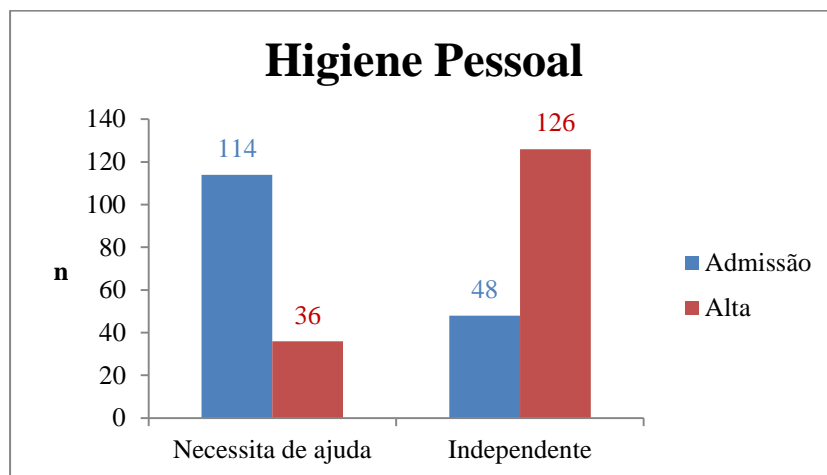
Analisando o gráfico 1, relativo a variável alimentação, observamos que na admissão a maioria dos participantes necessitava de ajuda (46,9%) ou eram independentes (48,8%) neste auto-cuidado. No momento da alta os participantes independentes passaram para 77,2% ( $n=125$ ) e o participantes a necessitarem de ajuda diminuíram para 19,8% ( $n=32$ ). Logo observa-se uma melhoria significativa neste autocuidado.

**Gráfico 1 - Representação gráfica da variável alimentação**



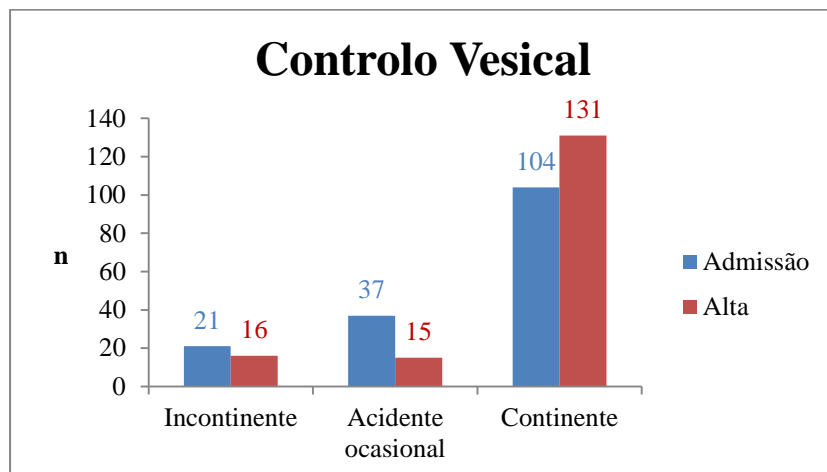
Relativamente ao autocuidado higiene pessoal (gráfico 2) observamos que o número de participantes a necessitarem de ajuda passou de 70,4% (n=114) no momento da admissão para 22,2% (n=36) no momento da alta e o número de participantes independentes aumentou de 29,6% (n=48) para 77,8% (n=126).

**Gráfico 2 - Representação gráfica da variável higiene pessoal**



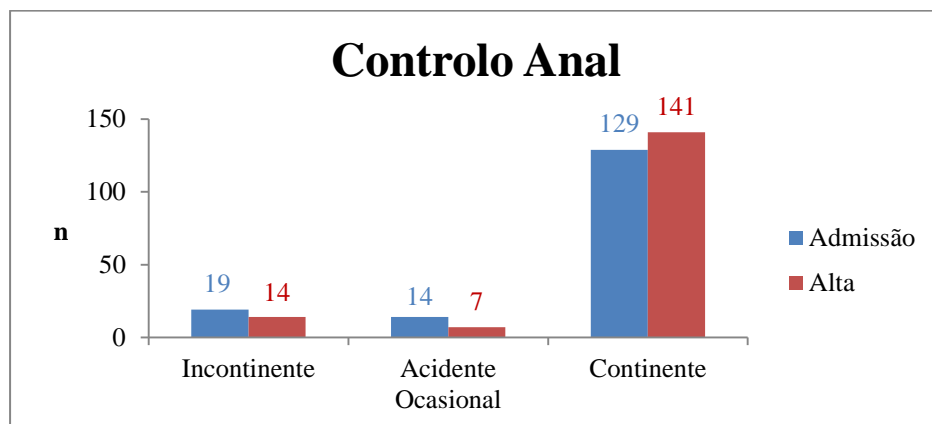
No controlo vesical (gráfico 3) verificamos que o número de participantes incontinentes passou de 13,0% (n=21) para 9,9% (n=16) e o número de participantes continententes aumentou de 64,2% (n=104) para 80,9% (n=131) no momento da alta.

**Gráfico 3 - Representação gráfica da variável controlo vesical**



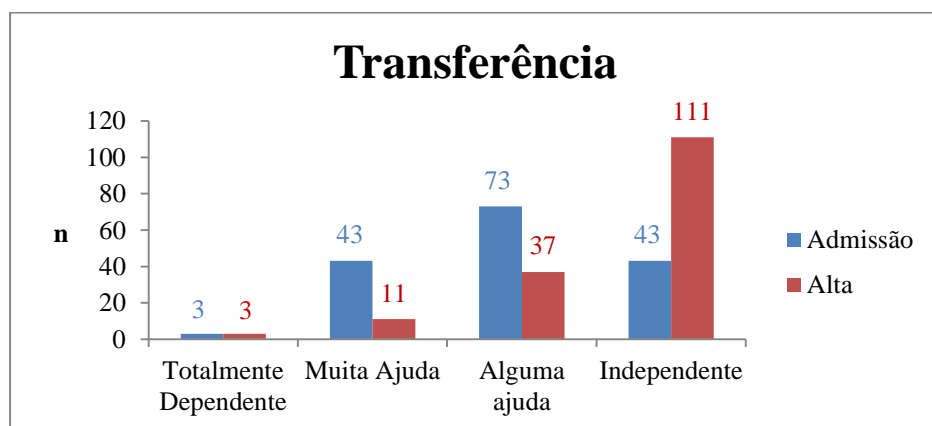
No autocuidado controlo anal (gráfico 4) podemos observar que houve diminuição do número de participantes incontinentes de 11,7% (n=19) para 8,6% (n=14) e aumento do número de participantes continententes de 79,6% (n=129) para 87,0% (n=141), longo houve evolução e diminuição do grau de dependência na satisfação desta AVD.

**Gráfico 4 - Representação gráfica da variável controlo anal**



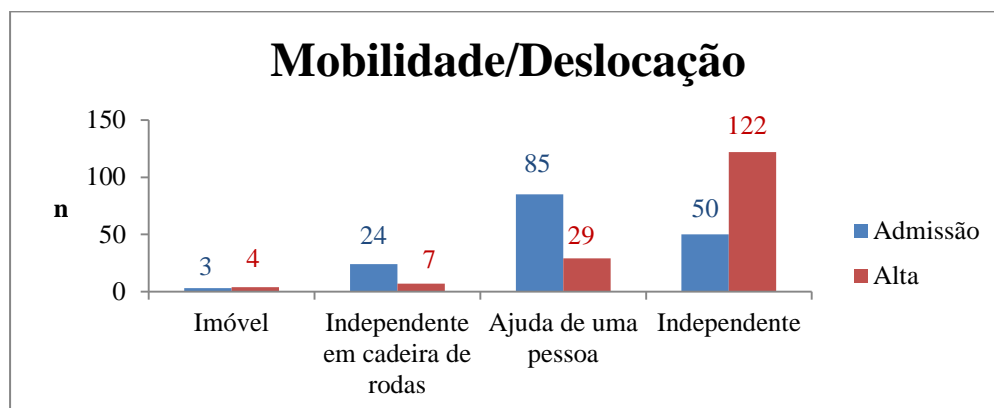
Na transferência (gráfico5), observa-se que o número de participantes dependentes se manteve desde admissão até a alta 1,9% (n=3), os participantes independentes aumentaram de 26,5% (n=43) para 68,5% (n=111).

**Gráfico 5 - Representação gráfica da variável transferência**



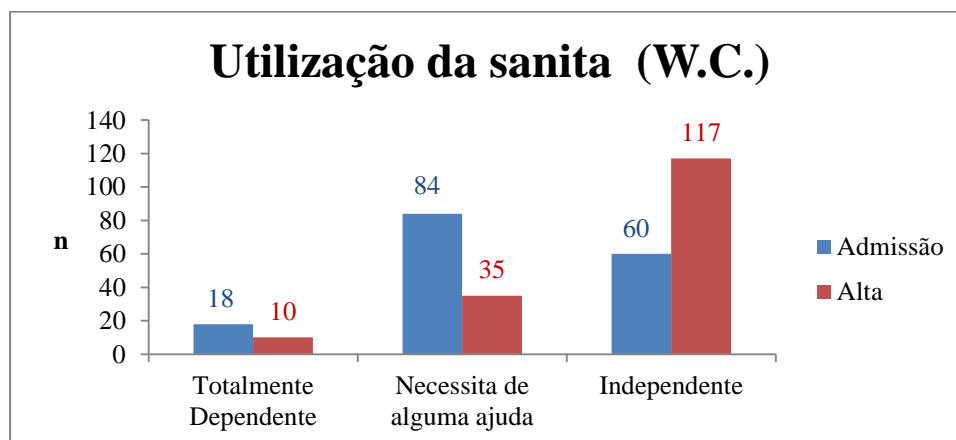
Na mobilidade/deslocação (gráfico 6), observamos que a maioria dos participantes necessitava de ajuda na admissão 52,5% (n= 85) e no momento da alta grande parte dos participantes 75,3% (n=122) passaram a ser independentes na mobilidade/deslocação.

**Gráfico 6 - Representação gráfica da variável Mobilidade/Deslocação**



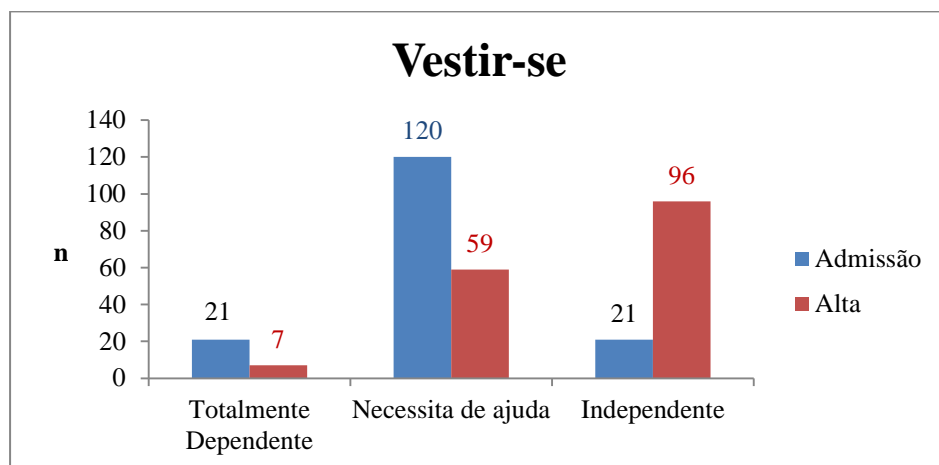
No gráfico 7 observamos que a utilização da sanita (W.C.) sofreu ganhos significativos desde admissão até a alta clínica em todos os graus de dependência, destacando-se os participantes que necessitavam de alguma ajuda de 51,9% (n=84) para 21,6% (n=35) e os participantes independentes aumentaram de 37,0% (n= 60) para 72,2% (n=117).

**Gráfico 7 - Representação gráfica da variável utilização da sanita (W.C.)**



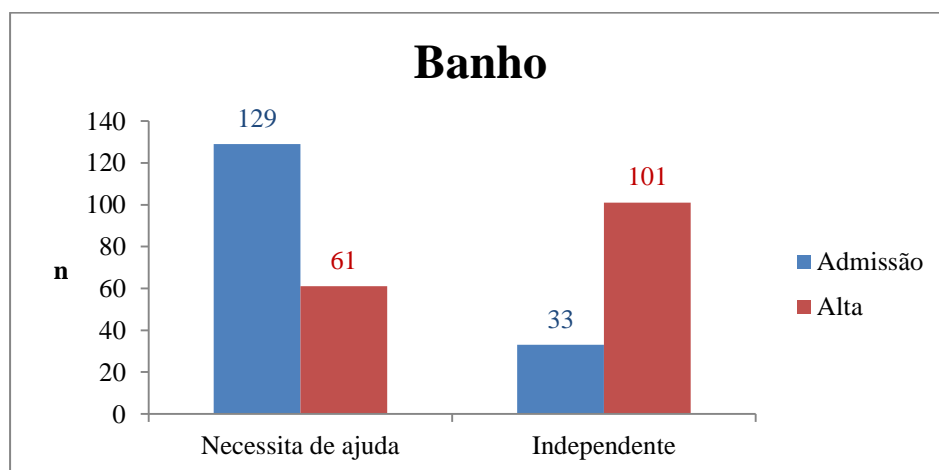
No autocuidado vestir-se na admissão a maioria necessitava de ajuda para se vestir/despir 74,1% (n=120) passando no momento da alta a maioria dos participantes a independentes 59,3% (n=96).

**Gráfico 8 - Representação gráfica da variável vestir-se**



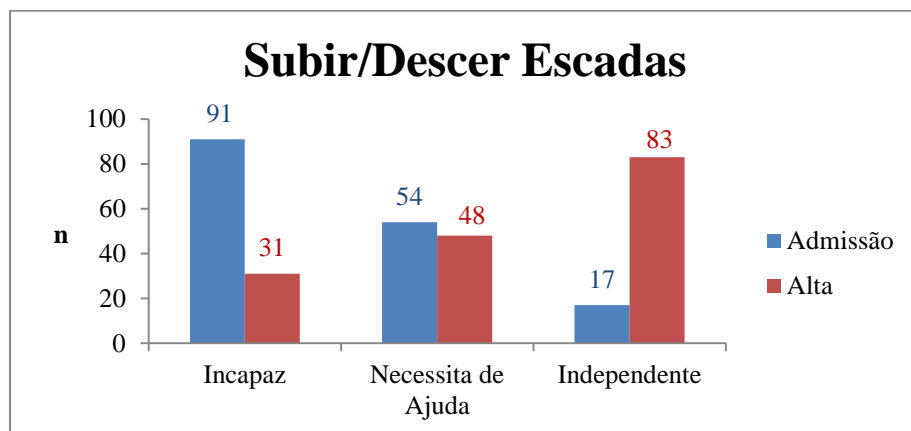
O gráfico 9 mostra que no momento da admissão 79,6% (n=129) dos participantes necessitavam de ajuda no banho, passando no momento da alta clínica para 37,7% (n=61). Em relação aos participantes independentes no banho, no momento da alta representavam cerca de 62,3% (n=101) da nossa amostra.

**Gráfico 9 - Representação gráfica da variável Banho**



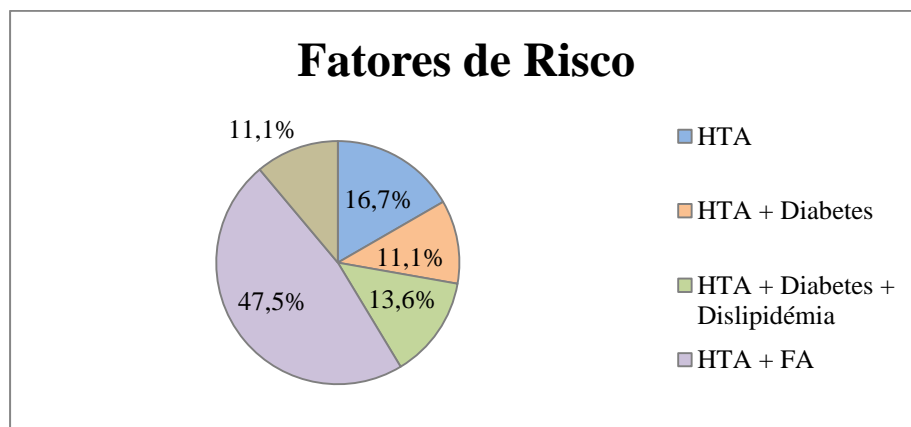
No autocuidado subir/descer escadas (gráfico 10) observamos que no momento da admissão a maioria dos participantes era incapaz de subir e descer escadas 56,2% (n=91). Na alta clínica o maior ganho ocorreu no número de participantes independente, passando de 10,5% (n=17) para 51,3% (n=83).

**Gráfico 10 - Representação gráfica da variável Subir/Descer escadas**



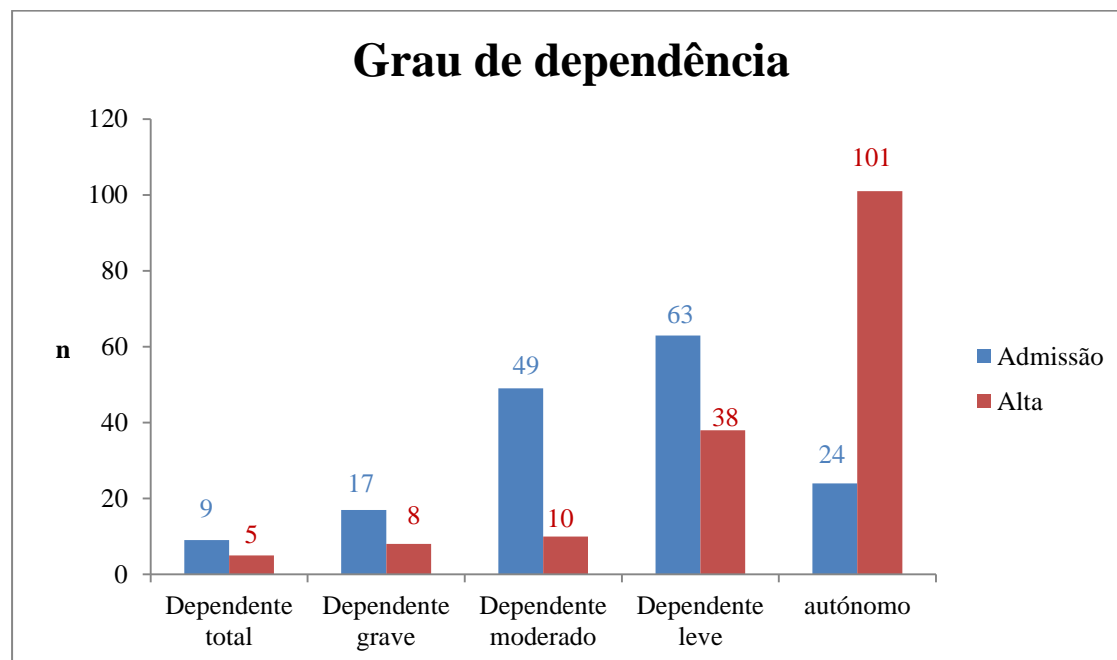
Verificamos que o fator de risco (gráfico 11) com maior incidência é a HTA, representando a sua associação com FA 47,5% (n=77) da nossa amostra. Fatores de risco como a diabetes e a diabetes associada a dislipidemia tem uma incidência muito semelhante na nossa amostra. Do total dos participantes 11,1% (n=18) não apresentavam fatores de risco.

**Gráfico 11 - Caracterização dos fatores de risco dos participantes**



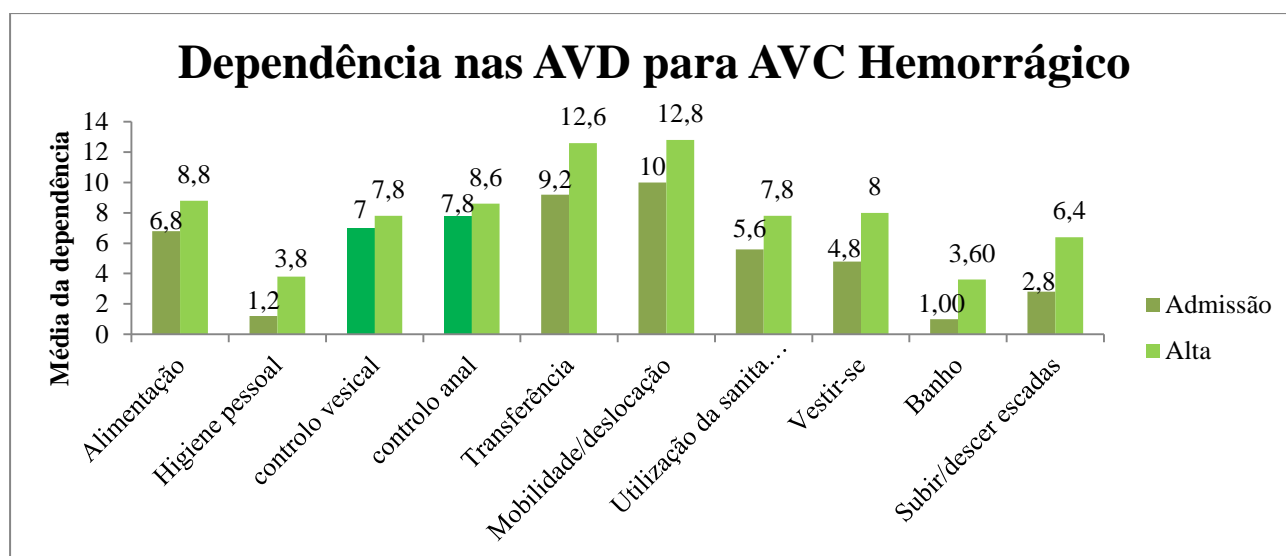
O gráfico 12, representa esquematicamente as diferenças observadas no grau de dependência da amostra desde o momento da admissão até alta, sendo visível entre os dois momentos de avaliação, um aumento do grau de independência da amostra. No final do internamento 62,3% (N= 101) dos 162 participantes eram autónomos na satisfação das AVD.

**Gráfico 12 - Evolução do Grau de dependência da amostra desde admissão até a alta**



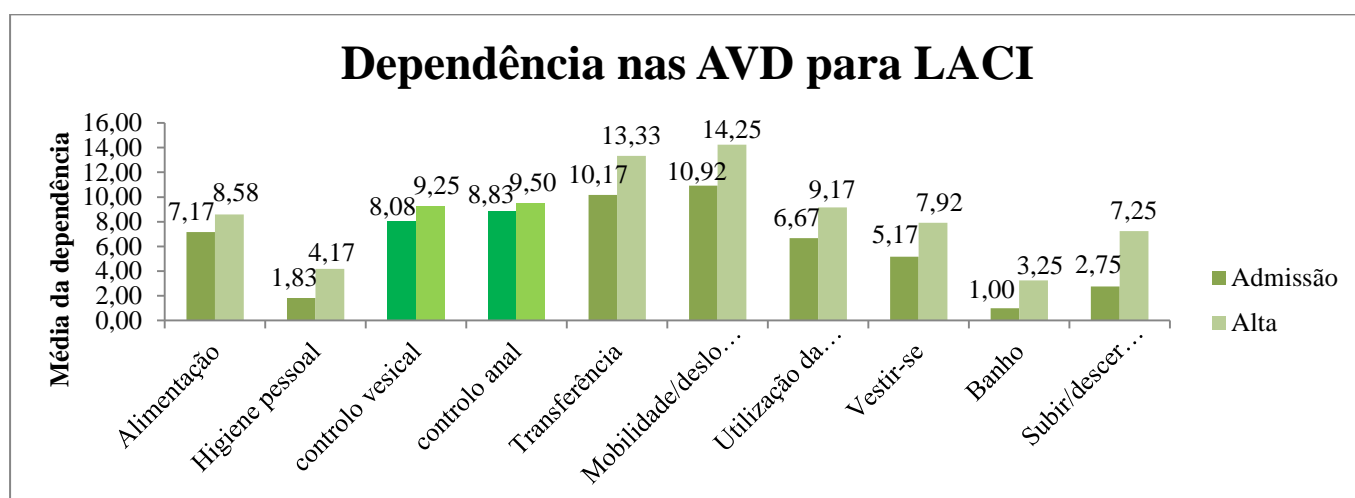
Podemos observar que as AVD mais afectadas no AVC hemorrágico (gráfico 13) e que sofreram menor evolução ao longo do período de internamento foram o controlo vesical e o controlo anal. As AVD que mais evoluíram ao longo do período de reabilitação foram a transferência, vestir/despir e subir/descer escadas, tendo as restantes AVD uma evolução muito semelhante.

Gráfico 13 - Caracterização da dependência nas AVD para AVC Hemorrágico



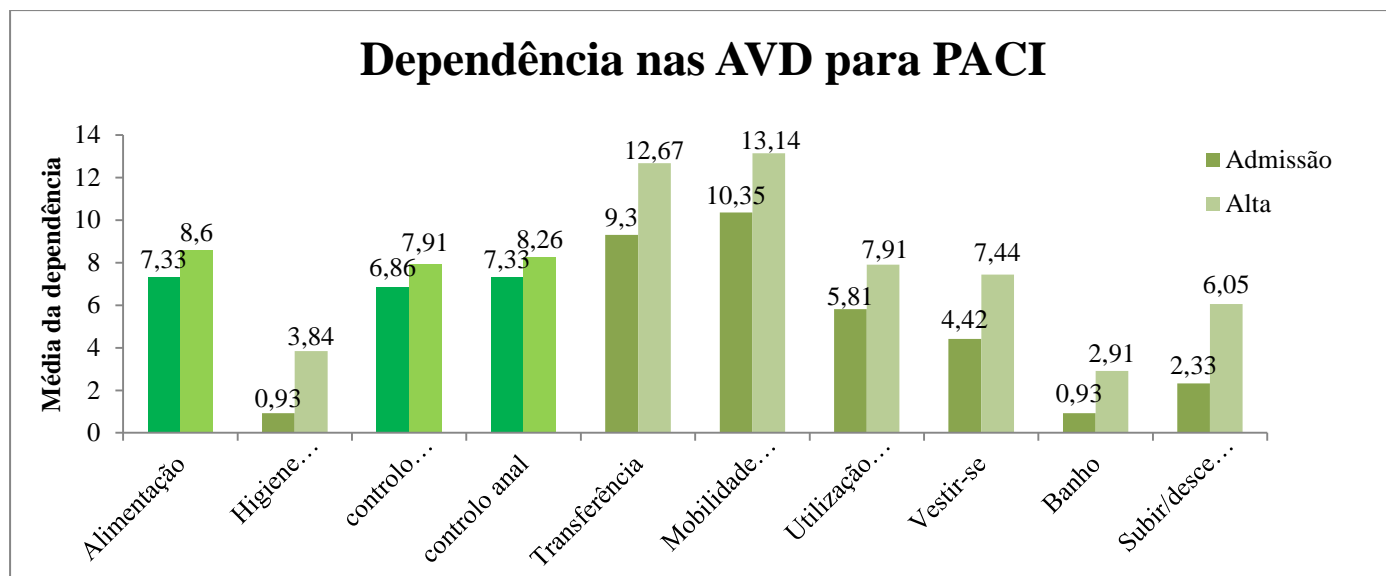
Analisando o gráfico 14, podemos observar que no LACI as AVD dos participantes mais afetadas e que sofreram menor evolução ao longo do período de internamento foram a controlo vesical e o controlo anal. As AVD dos participantes com LACI que mais evoluíram foram subir/descer escadas, seguida da mobilidade/deslocação e transferência.

Gráfico 14 - Caracterização da dependência nas AVD para LACI



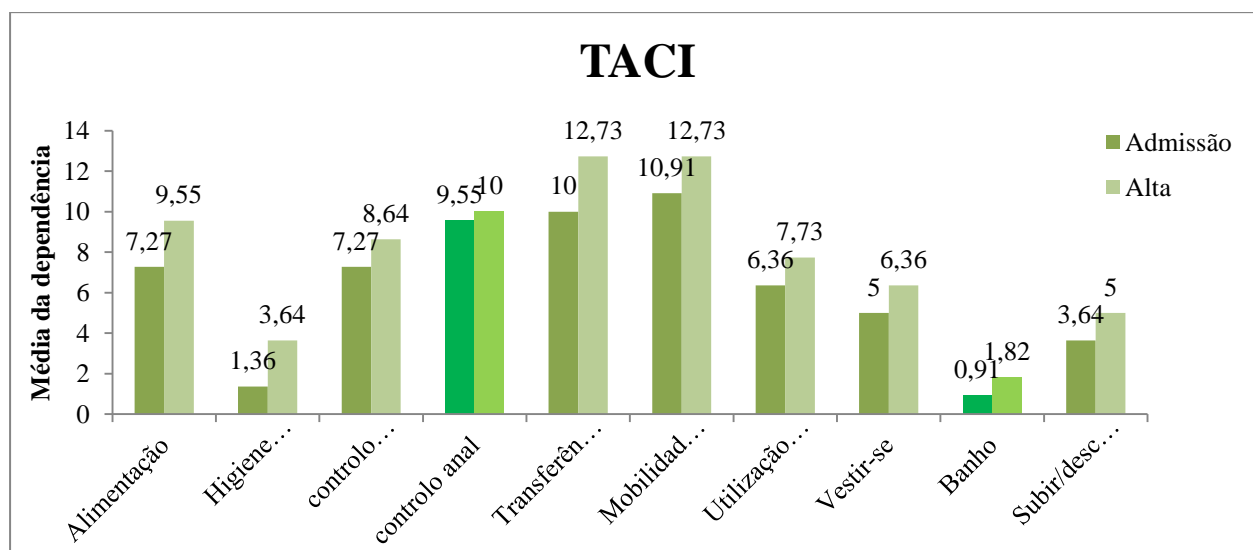
Para o diagnóstico PACI (gráfico 15), as AVD dos participantes mais afectadas foram o controlo anal, seguido do controlo vesical e por último a alimentação. As que evoluíram mais favoravelmente foram subir/descer escadas, transferência e vestir/despirm.

Gráfico 15 - Caracterização da dependência nas AVD para PACI



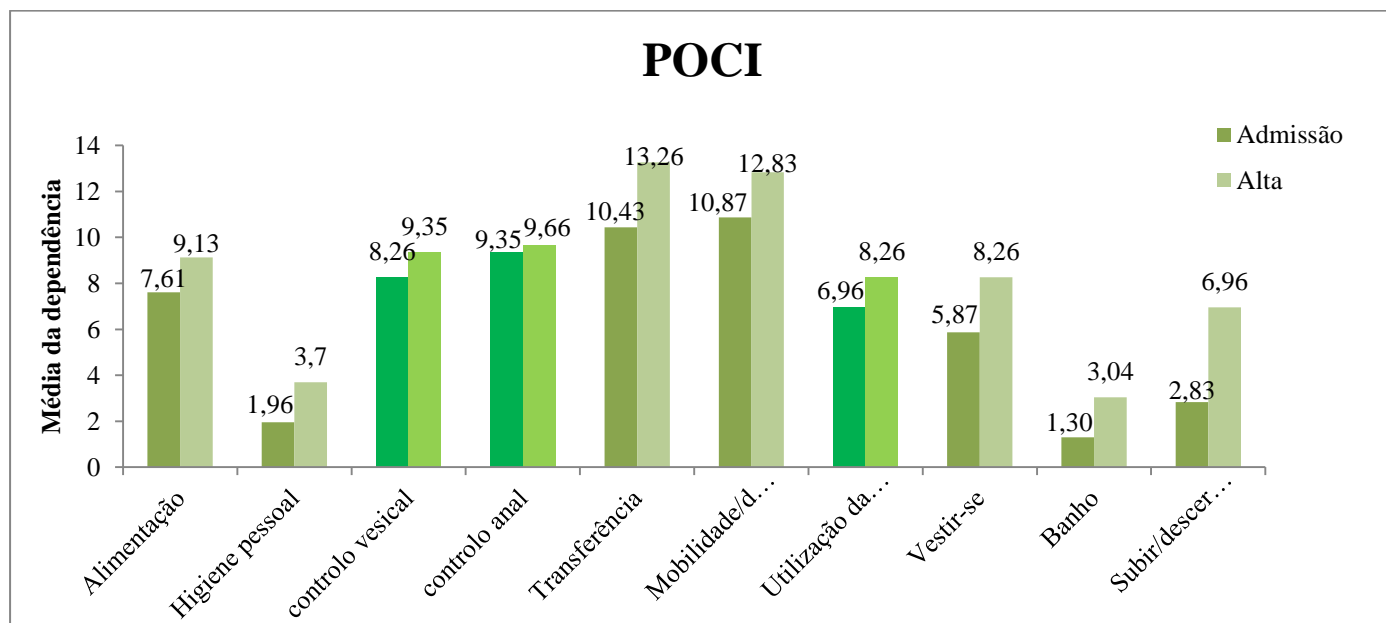
Analisando o gráfico 16, correspondente ao diagnóstico TACI, podemos observar que as AVD dos participantes mais afetadas são o controlo anal seguido do banho. As AVD que responderam melhor a reabilitação foram a transferência, alimentação e a higiene pessoal.

Gráfico 16 - Caracterização da dependência nas AVD para TACI



Observamos que para o POCI (gráfico 17) as AVD mais afectadas e que sofreram menor evolução foram o controlo anal e controlo vesical seguidas da utilização da sanita (W.C.). As AVD que melhor responderam ao processo de reabilitação foram o subir/descer escadas, transferência e o vestir/despir.

**Gráfico 17 - Caraterização da dependência nas AVD para POCI**



Foi realizado o Teste t para amostras emparelhadas, de modo a verificarmos as melhorias observadas na amostra nos dois momentos de avaliação, após comparação dos registos das AVD na admissão e alta procedeu-se ao teste de comparação da média. Para um nível de significância de 5%, podemos concluir que existe uma melhoria significativa nos níveis médios das AVD, desde o momento da admissão até ao momento da alta clínica. Esta conclusão verifica-se quer ao nível das AVD em particular, quer no grau de dependência em geral.

**Quadro 2 - Teste t para amostras emparelhadas (comparação entre os dois momentos de avaliação)**

|         |  | Paired Differences |                |                 |   |         | t       | df  | Sig. (2-tailed) |
|---------|--|--------------------|----------------|-----------------|---|---------|---------|-----|-----------------|
|         |  | Mean               | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference |         |         |     |                 |
|         |  |                    |                |                 | Lower                                     | Upper   |         |     |                 |
| Pair 1  | Alimentação na Entrada - Alimentação na Alta                           | -1,543             | 2,571          | ,202            | -1,942                                    | -1,144  | -7,640  | 161 | ,000            |
| Pair 2  | Higiene na Entrada - Higiene na Alta                                   | -2,438             | 2,507          | ,197            | -2,827                                    | -2,049  | -12,379 | 161 | ,000            |
| Pair 3  | Incontinência Urinária na Entrada - Incontinência Urinária na Alta     | -1,080             | 2,475          | ,194            | -1,464                                    | -,696   | -5,556  | 161 | ,000            |
| Pair 4  | Incontinência Intestinal na Entrada - Incontinência Intestinal na Alta | -,679              | 2,584          | ,203            | -1,080                                    | -,278   | -3,344  | 161 | ,001            |
| Pair 5  | Transporte na Entrada - Transporte na Alta                             | -3,179             | 3,379          | ,265            | -3,703                                    | -2,655  | -11,976 | 161 | ,000            |
| Pair 6  | Mobilidade na Entrada - Mobilidade na Alta                             | -2,809             | 3,049          | ,240            | -3,282                                    | -2,336  | -11,723 | 161 | ,000            |
| Pair 7  | W.C. na Entrada - W.C. na Alta   | -2,099             | 2,827          | ,222            | -2,537                                    | -1,660  | -9,450  | 161 | ,000            |
| Pair 8  | Vestir na Entrada - Vestir na Alta                                     | -2,747             | 2,789          | ,219            | -3,180                                    | -2,314  | -12,534 | 161 | ,000            |
| Pair 9  | Banho na Entrada - Banho na Alta                                       | -2,068             | 2,532          | ,199            | -2,461                                    | -1,675  | -10,395 | 161 | ,000            |
| Pair 10 | Subir/Descer na Entrada - Subir/Descer na Alta                         | -3,889             | 3,568          | ,280            | -4,443                                    | -3,335  | -13,871 | 161 | ,000            |
| Pair 11 | Total na Entrada - Total na Alta                                       | -22,531            | 16,813         | 1,321           | -25,140                                   | -19,922 | -17,056 | 161 | ,000            |

Tabela 6 - Coeficientes de Correlação de Pearson das variáveis na Admissão

|                                   |  | Idade                  | Alimentação na Entrada | Higiene na Entrada    | Continência Urinária na Entrada | Continência Intestinal na Entrada | Transferências na Entrada | Mobilidade/Deslocação na Entrada | Utilização do W.C. na Entrada | Vestir/despir na Entrada | Banho na Entrada      | Subir/Descer na Entrada |
|-----------------------------------|--|------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|-------------------------|
| Alimentação na Entrada            | Correlação de Pearson<br>Valor de p<br>n | -,188*<br>,017<br>162  |                        |                       |                                 |                                   |                           |                                  |                               |                          |                       |                         |
| Higiene na Entrada                | Correlação de Pearson<br>Valor de p<br>n | -,201*<br>,010<br>162  | ,507**<br>,000<br>162  |                       |                                 |                                   |                           |                                  |                               |                          |                       |                         |
| Continência Urinária na Entrada   | Correlação de Pearson<br>Valor de p<br>n | -,335**<br>,000<br>162 | ,511**<br>,000<br>162  | ,406**<br>,000<br>162 |                                 |                                   |                           |                                  |                               |                          |                       |                         |
| Continência Intestinal na Entrada | Correlação de Pearson<br>Valor de p<br>n | -,243**<br>,002<br>162 | ,494**<br>,000<br>162  | ,310**<br>,000<br>162 | ,857**<br>,000<br>162           |                                   |                           |                                  |                               |                          |                       |                         |
| Transferências na Entrada         | Correlação de Pearson<br>Valor de p<br>n | -,247**<br>,002<br>162 | ,491**<br>,000<br>162  | ,553**<br>,000<br>162 | ,613**<br>,000<br>162           | ,568**<br>,000<br>162             |                           |                                  |                               |                          |                       |                         |
| Mobilidade/Deslocação na Entrada  | Correlação de Pearson<br>Valor de p<br>n | -,279**<br>,000<br>162 | ,493**<br>,000<br>162  | ,529**<br>,000<br>162 | ,575**<br>,000<br>162           | ,491**<br>,000<br>162             | ,827**<br>,000<br>162     |                                  |                               |                          |                       |                         |
| Utilização do W.C. na Entrada     | Correlação de Pearson<br>Valor de p<br>n | -,266**<br>,001<br>162 | ,554**<br>,000<br>162  | ,600**<br>,000<br>162 | ,719**<br>,000<br>162           | ,677**<br>,000<br>162             | ,698**<br>,000<br>162     | ,745**<br>,000<br>162            |                               |                          |                       |                         |
| Vestir/despir na Entrada          | Correlação de Pearson<br>Valor de p<br>n | -,360**<br>,000<br>162 | ,441**<br>,000<br>162  | ,504**<br>,000<br>162 | ,561**<br>,000<br>162           | ,595**<br>,000<br>162             | ,515**<br>,000<br>162     | ,473**<br>,000<br>162            | ,640**<br>,000<br>162         |                          |                       |                         |
| Banho na Entrada                  | Correlação de Pearson<br>Valor de p<br>n | -,316**<br>,000<br>162 | ,327**<br>,000<br>162  | ,511**<br>,000<br>162 | ,303**<br>,000<br>162           | ,219**<br>,005<br>162             | ,419**<br>,000<br>162     | ,468**<br>,000<br>162            | ,463**<br>,000<br>162         | ,602**<br>,000<br>162    |                       |                         |
| Subir/Descer na Entrada           | Correlação de Pearson<br>Valor de p<br>n | -,158*<br>,044<br>162  | ,472**<br>,000<br>162  | ,498**<br>,000<br>162 | ,408**<br>,000<br>162           | ,329**<br>,000<br>162             | ,602**<br>,000<br>162     | ,624**<br>,000<br>162            | ,612**<br>,000<br>162         | ,448**<br>,000<br>162    | ,568**<br>,000<br>162 |                         |
| Total na Entrada                  | Correlação de Pearson<br>Valor de p<br>n | -,335**<br>,000<br>162 | ,692**<br>,000<br>162  | ,685**<br>,000<br>162 | ,804**<br>,000<br>162           | ,751**<br>,000<br>162             | ,848**<br>,000<br>162     | ,836**<br>,000<br>162            | ,889**<br>,000<br>162         | ,738**<br>,000<br>162    | ,600**<br>,000<br>162 | ,730**<br>,000<br>162   |

A correlação é significativa para  $p < 0,01$ A correlação é significativa para  $p < 0,05$

Tabela 7 - Coeficientes de Correlação de Pearson das variáveis na Alta

|                                |                       | Idade do Paciente | Alimentação na Alta | Higiene na Alta | Continência Urinária na Alta | Continência Intestinal na Alta | Transferências na Alta | Mobilidade/Deslocação na Alta | Utilização do W.C. na Alta | Vestir/despir na Alta | Banho na Alta | Subir/Descer na Alta |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------|---------------------|-----------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------|----------------------|
| Alimentação na Alta            | Correlação de Pearson | -,107             |                     |                 |                              |                                |                        |                               |                            |                       |               |                      |
|                                | Valor de p            | ,174              |                     |                 |                              |                                |                        |                               |                            |                       |               |                      |
| Higiene na Alta                | Correlação de Pearson | -,339**           | ,488**              |                 |                              |                                |                        |                               |                            |                       |               |                      |
|                                | Valor de p            | ,000              | ,000                |                 |                              |                                |                        |                               |                            |                       |               |                      |
| Continencia Urinária na Alta   | Correlação de Pearson | -,243**           | ,418**              | ,614**          |                              |                                |                        |                               |                            |                       |               |                      |
|                                | Valor de p            | ,002              | ,000                | ,000            |                              |                                |                        |                               |                            |                       |               |                      |
| Continencia Intestinal na Alta | Correlação de Pearson | -,206**           | ,381**              | ,491**          | ,845**                       |                                |                        |                               |                            |                       |               |                      |
|                                | Valor de p            | ,008              | ,000                | ,000            | ,000                         |                                |                        |                               |                            |                       |               |                      |
| Transferências na Alta         | Correlação de Pearson | -,312**           | ,440**              | ,689**          | ,717**                       | ,600**                         |                        |                               |                            |                       |               |                      |
|                                | Valor de p            | ,000              | ,000                | ,000            | ,000                         | ,000                           |                        |                               |                            |                       |               |                      |
| Mobilidade/Deslocação na Alta  | Correlação de Pearson | -,247**           | ,512**              | ,697**          | ,730**                       | ,639**                         | ,858**                 |                               |                            |                       |               |                      |
|                                | Valor de p            | ,002              | ,000                | ,000            | ,000                         | ,000                           | ,000                   |                               |                            |                       |               |                      |
| Utilização do W.C. na Alta     | Correlação de Pearson | -,309**           | ,443**              | ,725**          | ,778**                       | ,705**                         | ,718**                 | ,793**                        |                            |                       |               |                      |
|                                | Valor de p            | ,000              | ,000                | ,000            | ,000                         | ,000                           | ,000                   | ,000                          |                            |                       |               |                      |
| Vestir/despir na Alta          | Correlação de Pearson | -,395**           | ,437**              | ,641**          | ,621**                       | ,498**                         | ,746**                 | ,629**                        | ,706**                     |                       |               |                      |
|                                | Valor de p            | ,000              | ,000                | ,000            | ,000                         | ,000                           | ,000                   | ,000                          | ,000                       |                       |               |                      |
| Banho na Alta                  | Correlação de Pearson | -,400**           | ,288**              | ,636**          | ,491**                       | ,368**                         | ,664**                 | ,560**                        | ,621**                     | ,785**                |               |                      |
|                                | Valor de p            | ,000              | ,000                | ,000            | ,000                         | ,000                           | ,000                   | ,000                          | ,000                       | ,000                  |               |                      |
| Subir/Descer na Alta           | Correlação de Pearson | -,340**           | ,338**              | ,572**          | ,553**                       | ,415**                         | ,739**                 | ,689**                        | ,632**                     | ,659**                | ,628**        |                      |
|                                | Valor de p            | ,000              | ,000                | ,000            | ,000                         | ,000                           | ,000                   | ,000                          | ,000                       | ,000                  | ,000          |                      |
| Total na Alta                  | Correlação de Pearson | -,361**           | ,572**              | ,800**          | ,844**                       | ,738**                         | ,902**                 | ,892**                        | ,886**                     | ,836**                | ,747**        | ,797**               |
|                                | Valor de p            | ,000              | ,000                | ,000            | ,000                         | ,000                           | ,000                   | ,000                          | ,000                       | ,000                  | ,000          | ,000                 |
|                                | n                     | 162               | 162                 | 162             | 162                          | 162                            | 162                    | 162                           | 162                        | 162                   | 162           | 162                  |

A correlação é significativa para  $p < 0,01$ A correlação é significativa para  $p < 0,05$

Procedeu-se ao teste de Correlação de Pearson, para medirmos o grau de correlação entre as variáveis no momento da admissão e no momento da alta clínica, de forma a verificarmos a existência ou não de uma correlação linear entre a idade dos participantes e as AVD, bem como entre as diferentes AVD, para um nível de significância de 5%. Concluímos que existem várias correlações entre as variáveis estudadas, contudo os coeficientes de correlação de Pearson foram analisados de forma independentemente para determinarmos o quão significativa é essa correlação.

Na admissão (tabela 4), existe correlação positiva ( $r > 0$ ) entre todas as AVD, logo podemos concluir que o aumento de uma dificuldade é acompanhado pelo aumento das restantes. As correlações mais fortes observam-se entre a incontinência urinária e intestinal ( $r = 0,857$ ) e entre a mobilidade/deslocação e transferências ( $r = 0,827$ ). É possível também concluir que todas as AVD têm uma correlação positiva com o grau de dependência total, sendo que as AVD que mais contribuem para o nível de dependência são as transferências ( $r = 0,848$ ), a mobilidade/deslocação ( $r = 0,836$ ) e a utilização do W.C. ( $r = 0,889$ ). Todas as AVD, bem como o total, apresentam uma correlação negativa com a idade, indicando que os níveis de independência baixam com o aumento da idade, mas os fatores de correlação estão todos abaixo de 0,5, indicando uma correlação pouco significativa.

Na alta (tabela 5), existe correlação positiva ( $r > 0$ ) entre todas as AVD, podemos concluir que o aumento de uma dificuldade é acompanhado pelo aumento das restantes. As correlações mais fortes são entre a incontinência urinária e intestinal ( $r = 0,845$ ) e entre a mobilidade e as transferências ( $r = 0,858$ ), mantendo-se a observação feita no momento da entrada. É possível concluirmos que todas as AVD têm uma correlação positiva com o nível de dependência total, sendo que as AVD que mais contribuem para o nível de dependência são as transferências ( $r = 0,902$ ) e a mobilidade/deslocação ( $r = 0,892$ ). Observa-se ainda, que na alta as restantes AVD tem uma correlação mais forte com o total do que na admissão. Todas as AVD, bem como o total, apresentam uma correlação negativa com a idade, indicando que os níveis de independência baixam com o aumento da idade, mas os fatores de correlação estão todos abaixo de 0,5, indicando uma correlação pouco significativa.

### 3. Discussão dos resultados

Após análise dos resultados obtidos, tendo em conta a literatura e o enquadramento temático, segue-se a discussão dos mesmos, na tentativa de compreendermos melhor a reabilitação funcional dos participantes no estudo que realizaram programa de reabilitação na Unidade de Convalescença.

O primeiro ponto de reflexão do nosso estudo assenta no facto da nossa amostra ser constituída maioritariamente por mulheres 53.1% (N= 86). A literatura realça que mais de metade dos casos de AVC ocorre em mulheres, ou seja 60% das mortes relacionadas com AVC são mulheres (Ennen & Beamon, 2012). Cada vez mais as mulheres superam os homens na população idosa, período de maior risco de AVC (Roy-O'Reilly & McCullough, 2014); essas diferenças devem-se em parte à perda de estrogénios na menopausa e consequente aumento da vulnerabilidade ao AVC (Koellhoffer & McCullough, 2013; Wilson, 2013). O AVC tem maior efeito sobre as mulheres, devido ao facto das mulheres terem maior recorrência de AVC que os homens (Caso et al., 2010). Observou-se ainda, que as mulheres, não só eram maioritárias, como também eram ligeiramente mais velhas que os homens ( $74,0 \pm 11,4$  anos versus  $73,2 \pm 9,7$  anos). Dados do INE (2013), confirmam que o AVC ocorre em médias de idade no homem inferiores as da mulher.

O maior número de mulheres, pode ser também explicado pelo facto da esperança média de vida ser mais elevada para o género feminino (Caso et al., 2010; Wilson, 2013). As mulheres vivem em média 4-7 anos mais que os homens, estas diferenças podem estar relacionadas com fatores hormonais e genéticos. Os homens são frequentemente mais expostos a riscos profissionais, podendo fatores ambientais e sócio económicos ter algum peso. Estudos realizados sugerem que no ano de 2050 os homens viverão tanto como as mulheres (Ginter & Simko, 2013).

Ly & Maquet (2014), realçam que para além das mulheres apresentarem maior prevalência do AVC, o risco de AVC aumenta com a idade, sendo que um terço dos AVC's ocorre em pessoas muito idosas.

Dos 162 participantes que constituem amostra, o mais novo tinha 30 anos e o mais velho 90 anos, com uma média de idade nas mulheres de 74 anos e nos homens de 73 anos. Média inferior foi obtida por um estudo realizado por (Vasiliadis & Zikic, 2014), em que a média de idades rondava os 70 anos.

No género feminino (tabela 4), observamos que a média de idades do AVC foi de 74 anos, e que a idade mínima se concentra no grupo etário dos 30-34 anos, representando 1,2%, contudo concluímos também que o AVC se concentra em idades mais avançadas, sendo o grupo etário dos 75-79 anos o mais afectado, representando 23,3% da nossa amostra feminina. A maioria dos estudos por nós consultados, verifica que o AVC atinge predominantemente as mulheres mais velhas, no entanto os fatores de risco que contribuem para o aparecimento do AVC muitas vezes iniciam-se em mulheres jovens (Gill, 2015).

Quanto a amostra do género masculino (tabela 5), o participante mais jovem encontra-se no grupo etário dos 50-54 anos, representando 3,9% da amostra masculina. A média de idades corresponde a 73 anos, e tal como no género feminino, o AVC tem maior incidência nos grupos etários mais elevados. Podemos observar que o grupo etário dos 80-84 anos foi o mais atingido, representando 23,7% da amostra masculina.

Apenas 35,8% dos participantes apresentam idades inferiores a 65 anos (17,4% do género feminino e 18,4% do género masculino), destacando-se portanto a população idosa. “ Os idosos têm uma maior incidência de AVC que os pacientes mais jovens” (Knecht et al., 2011).

No que diz respeito ao diagnóstico, a grande maioria dos participantes sofreu AVC isquémico (84,6%). Resultados semelhantes foram obtidos num estudo realizado por Knecht et al., (2011), onde afirmam que cerca de 80% dos AVC's são isquémicos e 20% são hemorrágicos. Dos AVC's isquémicos (tabela 3), o LACI foi o subtipo mais frequente, representando 37,0%. Embora a literatura consultada sobre os subtipos de AVC seja escassa, segundo um estudo levado a cabo por Turin et al., (2010), de todos os subtipos, o LACI é o mais frequente, o que vai de encontro aos resultados do nosso estudo.

O fator de risco mais representativo da nossa amostra foi a HTA (gráfico 11), a sua associação com a FA representa 47,5% (n=77) do total da amostra. A diabetes e sua associação com a dislipidémia surgem também de forma significativa. Dos 162 participantes 11,1% (n=18)

não apresentavam fatores de risco conhecidos. Estes resultados corroboram com estudos clínicos, que indicam que a FA está intimamente relacionada com a HTA. Sendo que a HTA pode facilitar o aparecimento e a persistência da FA ((Ly & Maquet, 2014). Vários autores defendem que a HTA é o fator de risco modificável mais comum (Volpe & Dedhiya, 2006) e o mais importante (Onwuchekwa, Onwuchekwa, & Asekomeh, 2009).

Em relação as AVD, representadas do gráfico 1 ao gráfico 10, observamos que todos os participantes mostraram melhorias significativas no seu desempenho, desde a admissão até ao momento da alta, logo houve diminuição do grau de dependência e conseqüente aumento de independência e reabilitação funcional durante o período de reabilitação na Unidade de Convalescença. Concluímos ainda, que do universo dos 162 participantes no momento da alta: 77,2% eram autónomos na alimentação, 77,8% eram independentes na higiene pessoal, na transferência e mobilidade cerca de 68,5% vs.75,3% eram independentes, na utilização da sanita (W.C.) cerca de 72,2% eram independentes, em relação ao controlo vesical 80,9% eram continentes e no controlo anal cerca de 87,1%. Ainda relativamente as AVD no momento da alta, observamos que os participantes evoluíram menos no vestir/despír em que 59,3% eram independentes, 62,3% eram independentes no banho e 51,2% eram independentes no subir/descer escadas. Resultados idênticos foram obtidos por um estudo realizado por Liberal, R.M.S. (2012), em que obteve resultados positivos na comparação das AVD dos participantes nos diferentes momentos de avaliação.

Estes resultados levam-nos a dizer, que de acordo ao descrito pelo Colégio da especialidade de Enfermagem de reabilitação (2011), o treino das AVD é fundamental nos programas de reabilitação, em que o objectivo principal é proporcionar à pessoa a oportunidade de adquirir o máximo de independência funcional possível.

No grau de dependência da amostra (gráfico 12), verifica-se melhoria em todos os graus de dependência durante o período de reabilitação. No final do internamento 62,3% (N=101) dos 162 participantes seriam autónomos na satisfação das suas AVD. Face a estes resultados, corroborando com o autor Liberal, R.M.S., (2012) podemos afirmar que o paradigma de reabilitação instalado na Unidade de Convalescença em que a reabilitação e readaptação funcional são objetivo principal dos doentes durante os 30 dias de reabilitação se afirma como benéfico. Um programa de reabilitação intenso nos doentes que sofreram AVC é a chave para

uma convalescença de sucesso (Rosenberg & Popelka, 2000). Ainda segundo Belda-Lois et al., (2011), a restauração de funções após AVC é um processo complexo que envolve a recuperação espontânea e os efeitos das intervenções terapêuticas, em que os objetivos principais do doente que sofreu AVC incluem a possibilidade de caminhar de forma independente e a realização autônoma das AVD.

Nos diferentes tipos de AVC, as AVD mais afetadas foram o controlo vesical e anal, a exceção do TACI que para além do controlo anal o banho foi a segunda AVD mais afetada. As AVD que melhor responderam a reabilitação foram a transferência em todos os tipos de AVC, o subir/descer escadas em todos a exceção do TACI, o vestir/despir no AVC hemorrágico, PACI e POCI. No LACI destacou-se a mobilidade/deslocação e no TACI a alimentação e higiene pessoal.

Face as principais dificuldades encontradas nas AVD dos participantes do nosso estudo que sofreram diferentes subtipos de AVC isquémico e hemorrágico, não encontramos literatura suficiente que fosse de encontro a estes resultados. Contudo segundo um estudo realizado por Lauretani et al., (2010), o subtipo TACI exige mais dias de reabilitação que qualquer outro de acordo com os critérios de OCSP.

Na comparação da média da admissão com a média da alta (quadro 2), verificamos que existem diferenças significativas ( $p=0,000$ ) entre os dois momentos de avaliação, sugestivos de melhoria funcional da amostra. Por último, observamos através das correlações de Pearson que existem várias correlações entre as AVD, bem como entre a idade e as AVD nos dois momentos de avaliação (tabela 6 e 7). Verificamos que as diferentes AVD se correlacionam positivamente entre si ( $r > 0$ ), sendo que o aumento de uma dificuldade é acompanhado pelas restantes. Verificamos também que todas as AVD tem uma correlação positiva com o grau de dependência total. Estes resultados demonstram que os indivíduos mais velhos sofreram maior dependência após AVC e respondem pior ao programa de reabilitação, ficando mais dependentes. Em relação as AVD, podemos afirmar que se influenciam mutuamente, sendo que uma dificuldade numa AVD faz-se acompanhar de outras.

Em relação a idade podemos concluir que tem uma correlação negativa ( $r < 0$ ) com todas as AVD, o que significa que com o aumento da idade aumenta o grau de dependência, no entanto

essa correlação é pouco significativa. Observa-se ainda que no momento da alta as AVD tem uma correlação mais forte com o total do que na admissão.

## 4. Conclusões

Em Portugal, o AVC é uma das principais causas de morte na actualidade, sendo que as incapacidades que provoca tem grande impacto na saúde do individuo e na sua família. A reabilitação funcional após AVC é um processo que exige rigor e dedicação. O enfermeiro de reabilitação surge como pilar fundamental na readaptação funcional do individuo e sua reintegração na sociedade.

O objetivo geral deste estudo pretendia avaliar o grau de dependência nas AVD dos participantes que sofreram AVC, no momento da admissão na Unidade de Convalescência e no momento da alta clínica, segundo a escala de Barthel. Pensamos que os resultados obtidos na presente investigação, respondem claramente a este objetivo, bem como aos objetivos secundários inicialmente definidos.

Verificamos que a nossa amostra é constituída maioritariamente por mulheres 53.1% (N=86). As mulheres, não só eram maioritárias, como também eram ligeiramente mais velhas que os homens ( $74,0 \pm 11,4$  anos versus  $73,2 \pm 9,7$  anos). O participante mais novo tinha 30 anos e o mais velho 90 anos, com uma média de idade nas mulheres de 74 anos e nos homens de 73 anos.

No género feminino a faixa etária dos 75-79 anos foi a mais afectada, representando 23,3%. Quanto a amostra masculina, a faixa etária dos 80-84 anos foi a mais atingida, representando 23,7% da amostra.

O tipo de AVC com maior incidência foi o isquémico (84,6%), destes, o LACI foi o subtipo mais frequente, representando 37,0%.

HTA foi o fator de risco mais representativo da nossa amostra, sendo que a sua associação com a FA representa 47,5% (n=77) do total da amostra.

Em relação as AVD, observamos que todos os participantes obtiveram melhorias significativas no seu desempenho de todas elas, desde a admissão até ao momento da alta, logo o grau de dependência dos participantes reduziu significativamente. No final do internamento 62,3% (N=101) dos 162 participantes seriam independentes na satisfação das suas AVD.

As AVD afetadas variaram nos diferentes tipos de AVC, contudo na nossa amostra, de um modo geral, os participantes apresentaram mais dependência no controlo vesical e anal e maior independência na realização da transferência e no subir/descer escadas.

Estes ganhos provavelmente adquiriram maior expressão, devido a existência de enfermeiros de reabilitação e a sua intervenção precoce, por forma a serem minimizadas e até mesmo eliminadas as alterações que esta patologia provoca no paciente, família e sociedade.

Com base nos resultados obtidos no estudo, acreditamos que o índice de Barthel é um instrumento de avaliação útil e fidedigno da realidade existente na unidade de Convalescença. A utilização do Índice de Barthel permitiu observar resultados sugestivos de alterações significativas no grau de dependência dos participantes.

A unidade de convalescença é uma mais valia na reabilitação deste tipo de doentes. Os programas de reabilitação implementados são adequados as necessidades dos pacientes afetados pelo AVC.

Por último, acreditamos que relativamente a reabilitação funcional deste tipo de doentes, ainda muito há por ser pesquisado, novos estudos deverão ser realizados no sentido de ser aprimorada a prática da reabilitação prestada pelos enfermeiros especialistas.

## Referências Bibliográficas

- Abrignani, M. G., & Colivicchi, F. (2013). [Thromboembolic and hemorrhagic risk stratification in patients with atrial fibrillation. Part I: the thromboembolic risk]. *Monaldi Arch Chest Dis*, 80(2), 60-65.
- Ali, S. F., Smith, E. E., Bhatt, D. L., Fonarow, G. C., & Schwamm, L. H. (2013). Paradoxical association of smoking with in-hospital mortality among patients admitted with acute ischemic stroke. *J Am Heart Assoc*, 2(3), e000171. doi: 10.1161/jaha.113.000171
- Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A., Pinto, C., (2007), *Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Qualidade de Vida. vol.25, nº2, 59-66 Julho/Dezembro. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Retirado de <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Arboix, A., Miguel, M., Ciscar, E., Garcia-Eroles, L., Massons, J., & Balcells, M. (2006). Cardiovascular risk factors in patients aged 85 or older with ischemic stroke. *Clin Neurol Neurosurg*, 108(7), 638-643. doi: 10.1016/j.clineuro.2005.10.010
- Asdaghi, N., Jeerakathil, T., Hameed, B., Saini, M., McCombe, J. A., Shuaib, A., . . . Butcher, K. (2011). Oxfordshire community stroke project classification poorly differentiates small cortical and subcortical infarcts. *Stroke*, 42(8), 2143-2148. doi: 10.1161/strokeaha.111.613752
- Aycock, D. M., Kirkendoll, K. D., Coleman, K. C., Clark, P. C., Albright, K. C., & Alexandrov, A. W. (2014). Family History of Stroke Among African Americans and Its Association With Risk Factors, Knowledge, Perceptions, and Exercise. *J Cardiovasc Nurs*. doi: 10.1097/jcn.0000000000000125
- Bamford, J., Sandercock, P., Dennis, M., Burn, J., & Warlow, C. (1991). Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet*, 337(8756), 1521-1526.
- Bangalore, S., Schwamm, L., Smith, E. E., Singh, I. M., Liang, L., Fonarow, G. C., & Bhatt, D. L. (2014). Secondary Prevention after Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. *Am J Med*. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.03.011
- Belda-Lois, J. M., Mena-del Horno, S., Bermejo-Bosch, I., Moreno, J. C., Pons, J. L., Farina, D., . . . Rea, M. (2011). Rehabilitation of gait after stroke: a review towards a top-down approach. *J Neuroeng Rehabil*, 8, 66. doi: 10.1186/1743-0003-8-66
- Boden-Albala, B., & Sacco, R. L. (2000). Lifestyle factors and stroke risk: exercise, alcohol, diet, obesity, smoking, drug use, and stress. *Curr Atheroscler Rep*, 2(2), 160-166.
- Brea, A., Laclaustra, M., Martorell, E., & Pedragosa, A. (2013). [Epidemiology of cerebrovascular disease in Spain]. *Clin Investig Arterioscler*, 25(5), 211-217. doi: 10.1016/j.arteri.2013.10.006

- Carvalhido, T. & Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram Acidente Vascular Cerebral, *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, Porto: Edições da Universidade Fernando Pessoa, 140-150. Retirado de [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1278/2/140-150\\_FCS\\_06\\_-23.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1278/2/140-150_FCS_06_-23.pdf)
- Costa, E.C., Nakatani, A. Y.K., Bachion, M.M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades Instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enferm*, 19(1): 43-8.
- Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social, (2012b), retirado de <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/constituicao/internamento/Paginas/UnidadesdeConvalescenca.aspx>
- Caso, V., Paciaroni, M., Agnelli, G., Corea, F., Ageno, W., Alberti, A., . . . Silvestrelli, G. (2010). Gender differences in patients with acute ischemic stroke. *Womens Health (Lond Engl)*, 6(1), 51-57. doi: 10.2217/whe.09.82
- Copstein, L., Fernandes, J. G., & Bastos, G. A. (2013). Prevalence and risk factors for stroke in a population of Southern Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*, 71(5), 294-300.
- Daniel, S., & Bereczki, D. (2004). Alcohol as a risk factor for hemorrhagic stroke. *Ideggyogy Sz*, 57(7-8), 247-256.
- Djelilovic-Vranic, J., Alajbegovic, A., Zelija-Asimi, V., Niksic, M., Tiric-Campara, M., Salcic, S., & Celo, A. (2013). Predilection role diabetes mellitus and dyslipidemia in the onset of ischemic stroke. *Med Arh*, 67(2), 120-123.
- Duffy, L., Gajree, S., Langhorne, P., Stott, D. J., & Quinn, T. J. (2013). Reliability (inter-rater agreement) of the Barthel Index for assessment of stroke survivors: systematic review and meta-analysis. *Stroke*, 44(2), 462-468. doi: 10.1161/strokeaha.112.678615
- English, C., Manns, P. J., Tucak, C., & Bernhardt, J. (2014). Physical activity and sedentary behaviors in people with stroke living in the community: a systematic review. *Phys Ther*, 94(2), 185-196. doi: 10.2522/ptj.20130175
- Ennen, K. A., & Beamon, E. R. (2012). Women and stroke knowledge: influence of age, race, residence location, and marital status. *Health Care Women Int*, 33(10), 922-942. doi: 10.1080/07399332.2012.673662
- Faralli, A., Bigoni, M., Mauro, A., Rossi, F., & Carulli, D. (2013). Noninvasive strategies to promote functional recovery after stroke. *Neural Plast*, 2013, 854597. doi: 10.1155/2013/854597

- Ferreira, A. & Marques, J. (2011), Fase Aguda do AVC isquémico: A importância da Neuroproteção e da Reabilitação Precoce, *Revista Enfermeiro*, do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Portimão. Retirado de [http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22428/AVC\\_isquemico\\_Fase\\_aguda\\_final.pdf](http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22428/AVC_isquemico_Fase_aguda_final.pdf)
- George, F.H. (2011), Norma da Direcção Geral da Saúde [NDGS]. Acidente Vascular cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Retirado de file:///C:/Users/bruno/Downloads/i016752%20(1).pdf
- Gibbon, B., Gibson, J., Lightbody, C. E., Radford, K., & Watkins, C. (2012). Promoting rehabilitation for stroke survivors. *Nurs Times*, 108(47), 12-15.
- Gill, S. K. (2015). Cardiovascular Risk Factors and Disease in Women. *Med Clin North Am*, 99(3), 535-552. doi: 10.1016/j.mcna.2015.01.007
- Ginter, E., & Simko, V. (2013). Women live longer than men. *Bratisl Lek Listy*, 114(2), 45-49.
- Grysiewicz, R. A., Thomas, K., & Pandey, D. K. (2008). Epidemiology of ischemic and hemorrhagic stroke: incidence, prevalence, mortality, and risk factors *Neurol Clin* (Vol. 26, pp. 871-895, vii). United States.
- Hackett, M. L., Glozier, N., Jan, S., & Lindley, R. (2012). Returning to paid employment after stroke: the Psychosocial Outcomes In Stroke (POISE) cohort study. *PLoS One*, 7(7), e41795. doi: 10.1371/journal.pone.0041795
- Howard, V. J. (2013). Reasons underlying racial differences in stroke incidence and mortality. *Stroke*, 44(6 Suppl 1), S126-128. doi: 10.1161/strokeaha.111.000691
- INEM. (2014). *Estatísticas via Verde de AVC*. Instituto Nacional de Emergência Médica. Retirado de [http://avc.inem.pt/avc/stats\\_avc\\_site/stats.asp?stat=19&CODU=&DISTRITO=&MES=&ANO=2014](http://avc.inem.pt/avc/stats_avc_site/stats.asp?stat=19&CODU=&DISTRITO=&MES=&ANO=2014)
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2013) *Causas de morte 2013 - Portugal*, Lisboa. Retirado de: file:///C:/Users/user/Downloads/26Causas%20Morte\_2013.pdf
- Instituto Nacional de Estatística, I.P., e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (2009), *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*, Lisboa: INE, I.P. e INSA, I.P. Retirado de: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=69365215&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=69365215&PUBLICACOESmodo=2).
- Ikehara, S., Iso, H., Toyoshima, H., Date, C., Yamamoto, A., Kikuchi, S., . . . Tamakoshi, A. (2008). Alcohol consumption and mortality from stroke and coronary heart disease

- among Japanese men and women: the Japan collaborative cohort study. *Stroke*, 39(11), 2936-2942. doi: 10.1161/strokeaha.108.520288
- Ikehara, S., Iso, H., Yamagishi, K., Kokubo, Y., Saito, I., Yatsuya, H., . . . Tsugane, S. (2013). Alcohol consumption and risk of stroke and coronary heart disease among Japanese women: the Japan Public Health Center-based prospective study. *Prev Med*, 57(5), 505-510. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.07.003
- Iso, H., Baba, S., Mannami, T., Sasaki, S., Okada, K., Konishi, M., & Tsugane, S. (2004). Alcohol consumption and risk of stroke among middle-aged men: the JPHC Study Cohort I *Stroke* (Vol. 35, pp. 1124-1129). United States.
- Jimenez-Caballero, P. E., Lopez-Espuela, F., Portilla-Cuenca, J. C., Jimenez-Gracia, M. A., & Casado-Naranjo, I. (2013). [Detection of vascular risk factors and unknown atrial fibrillation in patients hospitalised in the stroke unit]. *Rev Neurol*, 56(9), 464-470.
- Kayaba, K. (2008). Family history of stroke: an old and still unproven risk factor *Hypertens Res* (Vol. 31, pp. 1489-1490). Japan.
- Knecht, S., Hesse, S., & Oster, P. (2011). Rehabilitation after stroke. *Dtsch Arztebl Int*, 108(36), 600-606. doi: 10.3238/arztebl.2011.0600
- Koellhoffer, E. C., & McCullough, L. D. (2013). The effects of estrogen in ischemic stroke. *Transl Stroke Res*, 4(4), 390-401. doi: 10.1007/s12975-012-0230-5
- Kurukulasuriya, L. R., Govindarajan, G., & Sowers, J. (2006). Stroke prevention in diabetes and obesity. *Expert Rev Cardiovasc Ther*, 4(4), 487-502. doi: 10.1586/14779072.4.4.487
- Lauretani, F., Saccavini, M., Zaccaria, B., Agosti, M., Zampolini, M., & Franceschini, M. (2010). Rehabilitation in patients affected by different types of stroke. A one-year follow-up study. *Eur J Phys Rehabil Med*, 46(4), 511-516.
- Lessmann, J. C., De Conto, F., Ramos, G., Borenstein, M. S., & Meirelles, B. H. (2011). [Nursing activities in self-care and rehabilitation of patients who suffered stroke]. *Rev Bras Enferm*, 64(1), 198-202.
- Liberal, R.M.S. (2012). *Análise da promoção da autonomia dos utentes da Unidade de Convalescença da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade de Macedo de Cavaleiros*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Lisak, M., Demarin, V., Trkanjec, Z., & Basic-Kes, V. (2013). Hypertriglyceridemia as a possible independent risk factor for stroke. *Acta Clin Croat*, 52(4), 458-463.
- Liu, F., & McCullough, L. D. (2012). Interactions between age, sex, and hormones in experimental ischemic stroke. *Neurochem Int*, 61(8), 1255-1265. doi: 10.1016/j.neuint.2012.10.003

- Ly, J., & Maquet, P. (2014). [Stroke and aging]. *Rev Med Liege*, 69(5-6), 315-317.
- Mansur, K. (2005). *O que sabe o cidadão sobre o Acidente Vascular Cerebral: Inquérito numa população urbana*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22149/2/Dissertao%20O%20que%20sabe%20o%20cidado%20sobre%20o%20Acidente%20Vascular%20Cerebral%20Kathrine%20Feuchard%20Mansur.pdf>
- McGinnes, A., Easton, S., Williams, J., & Neville, J. (2010). The role of the community stroke rehabilitation nurse. *Br J Nurs*, 19(16), 1033-1038. doi: 10.12968/bjon.2010.19.16.78193
- Menoita, E. C. (2012) *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Monteiro, R. B., Laurentino, G. E., Melo, P. G., Cabral, D. L., Correa, J. C., & Teixeira-Salmela, L. F. (2013). [Fear of falling and the relationship with the measure of functional independence and quality of life in post-Cerebral Vascular Accident (Stroke) victims]. *Cien Saude Colet*, 18(7), 2017-2027.
- Nunes, S., Pereira, C. & Silva, M.G. (2005). Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. *Revista ESSFisiOnline Vol.1, N°3*, Setúbal. Retirado de <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/01/evolucao-funcional-pos-ave.pdf>
- Onwuchekwa, A. C., Onwuchekwa, R. C., & Asekomeh, E. G. (2009). Stroke in young Nigerian adults *J Vasc Nurs* (Vol. 27, pp. 98-102). United States.
- Opara, J. A., & Jaracz, K. (2010). Quality of life of post-stroke patients and their caregivers. *J Med Life*, 3(3), 216-220.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) Parecer nº12/2011 sobre Atividades de Vida Diária, Solicitado pelo Colégio da Especialidade de enfermagem de Reabilitação em assembleia do mesmo, a 18 de Setembro de 2010. Retirado de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12\\_MCEER\\_18\\_11\\_2011\\_ActividadesVidaDiaria\\_AVD.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf)
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015). Retirado de [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/)
- Ossou-Nguet, P. M., Gombet, T. R., Ossil Ampion, M., Otiobanda, G. F., Obondzo-Aloba, K., & Bandzouzi-Ndamba, B. (2014). [Gender and stroke in Brazzaville]. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 62(1), 78-82. doi: 10.1016/j.respe.2013.09.004
- Paci, M., Nannetti, L., D'Ippolito, P., & Lombardi, B. (2011). Outcomes from ischemic stroke

- subtypes classified by the Oxfordshire Community Stroke Project: a systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*, 47(1), 19-23.
- Paixão Teixeira, C. & Silva, L.D. (2009) As incapacidades físicas de pacientes com Acidente Vascular Cerebral: ações de enfermagem. *Revista Enfermeria Global*, N° 15, 1-12, Murcia: Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia.
- Pearn, J., & O'Connor, R. J. (2013). Community stroke rehabilitation helps patients return to work. *Practitioner*, 257(1764), 23-27, 22-23.
- Perdigão, C., *Risco Cardiovascular global: fatores de risco*. Revista factores de risco, N°20 JAN-MAR 2011 Pág.58-61. Retirado: <http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/314.pdf>
- Portugal, (2011). Regulamento n.º 125/2011. Regulamento das competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (D.R. 2ª Série, N° 35, p. 8658-8659).
- Rosenberg, C. H., & Popelka, G. M. (2000). Post-stroke rehabilitation. A review of the guidelines for patient management. *Geriatrics*, 55(9), 75-81; quiz 82.
- Roy-O'Reilly, M., & McCullough, L. D. (2014). Sex differences in stroke: the contribution of coagulation. *Exp Neurol*, 259, 16-27. doi: 10.1016/j.expneurol.2014.02.011
- Santos, A., Ramos, N., Estêvão, P., Lopes, A. & Pascoalinho, J., (2005). Instrumentos de Medida Úteis no Contexto da Avaliação em Fisioterapia. *Re(habilitar) – Revista da ESSA*, n°1, Edições Colibri, pp. 131-156. Retirado de [http://www.essa.pt/revista/docs/n\\_1/Re\\_habilitar\\_1\\_6.pdf](http://www.essa.pt/revista/docs/n_1/Re_habilitar_1_6.pdf).
- Schwarz, S., & Wetterling, T. (2002). [Alcohol and stroke. Is moderate alcohol consumption protective?]. *Nervenarzt*, 73(8), 719-728.
- Silva, E. (2010). *Reabilitação após o AVC*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Shah, R. S., & Cole, J. W. (2010). Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. *Expert Rev Cardiovasc Ther*, 8(7), 917-932. doi: 10.1586/erc.10.56
- Silva, R. S., da Silva, I., da Silva, R. A., Souza, L., & Tomasi, E. (2010). [Physical activity and quality of life]. *Cien Saude Colet*, 15(1), 115-120.
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral [SPAVC] (2015). Retirado de <http://www.spavc.org/engine.php?cat=1>

- Sundquist, J., Winkleby, M. A., & Pudaric, S. (2001). Cardiovascular disease risk factors among older black, Mexican-American, and white women and men: an analysis of NHANES III, 1988-1994. Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Am Geriatr Soc*, 49(2), 109-116.
- Tanne, D., Yaari, S., & Goldbourt, U. (1998). Risk profile and prediction of long-term ischemic stroke mortality: a 21-year follow-up in the Israeli Ischemic Heart Disease (IIHD) Project. *Circulation*, 98(14), 1365-1371.
- Tei, H., Uchiyama, S., Ohara, K., Kobayashi, M., Uchiyama, Y., & Fukuzawa, M. (2000). Deteriorating ischemic stroke in 4 clinical categories classified by the Oxfordshire Community Stroke Project. *Stroke*, 31(9), 2049-2054.
- Tibazarwa, K. B., & Damasceno, A. A. (2014). Hypertension in developing countries. *Can J Cardiol*, 30(5), 527-533. doi: 10.1016/j.cjca.2014.02.020
- Turin, T. C., Kita, Y., Rumana, N., Nakamura, Y., Takashima, N., Ichikawa, M., . . . Ueshima, H. (2010). Ischemic stroke subtypes in a Japanese population: Takashima Stroke Registry, 1988-2004 *Stroke* (Vol. 41, pp. 1871-1876). United States.
- Vasiliadis, A. V., & Zikic, M. (2014). Current status of stroke epidemiology in Greece: a panorama. *Neurol Neurochir Pol*, 48(6), 449-457. doi: 10.1016/j.pjnns.2014.11.001
- Volpe, M., & Dedhiya, S. D. (2006). Physicians, patients, and public knowledge and perception regarding hypertension and stroke: a review of survey studies. *Curr Med Res Opin*, 22(7), 1319-1330. doi: 10.1185/030079906x112570
- von Sarnowski, B., Putaala, J., Grittner, U., Gaertner, B., Schminke, U., Curtze, S., . . . Tatlisumak, T. (2013). Lifestyle risk factors for ischemic stroke and transient ischemic attack in young adults in the Stroke in Young Fabry Patients study. *Stroke*, 44(1), 119-125. doi: 10.1161/strokeaha.112.665190
- Wang, C. C., & Reusch, J. E. (2012). Diabetes and cardiovascular disease: changing the focus from glycemic control to improving long-term survival. *Am J Cardiol*, 110(9 Suppl), 58b-68b. doi: 10.1016/j.amjcard.2012.08.036
- Wilson, M. E. (2013). Stroke: understanding the differences between males and females. *Pflugers Arch*, 465(5), 595-600. doi: 10.1007/s00424-013-1260-x
- WHO. (2014). *Physical activity*. World Health Organization. Retirado de [http://www.who.int/topics/physical\\_activity/en/](http://www.who.int/topics/physical_activity/en/)
- WHO. (2014). *Rehabilitation*. World Health Organization. Retirado de <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>
- WHO. (2014). *Risk factors*. World Health Organization. Retirado de [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/en/](http://www.who.int/topics/risk_factors/en/)

Yang, J., Zheng, M., Chen, S., Ou, S., Zhang, J., Wang, N., . . . Wang, J. (2013). A survey of the perceived risk for stroke among community residents in western urban China. *PLoS One*, 8(9), e73578. doi: 10.1371/journal.pone.0073578

## **Anexos**

**Anexo I - Pedido de autorização formal à Comissão de ética da U.L.S. - Nordeste  
para recolha de dados**

*Prof. José Gomes.*



*Informação  
na cópia do  
interessado  
7/10/2013  
Ana S*

Exma Senhora  
Directora da Escola Superior de Saúde de Bragança  
Profª Drª Helena Pimentel  
Av. Afonso V  
5300-121 Bragança

13 10-07 13:33 001102

Sua Referência  
Proc.7.01.06

Sua Comunicação de  
260/12-07-2013

Nossa Referência

Data  
07-10-2013

**ASSUNTO: Autorização para recolha de dados**

*Aluno: Liliana Patrícia Coimbra Veiga - T.P.E.R*

Em resposta ao pedido efectuado por Vª Ex.ª, informo que de acordo com o parecer da Comissão de Ética da ULSNE, foi autorizado desde que seja salvaguardada a identidade do utente.

Com os melhores cumprimentos

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BRAGANÇA  
Entrada Nº 586  
Em 2013/10/09  
Processo 7-01-06

A Responsável do  
Serviço de Desenvolvimento e Formação

*Ana Santos*

(Drª Ana Santos)

**Anexo II - Pedido de autorização formal à Coordenadora da Unidade de Convalescença para recolha de dados**

Exm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> Doutora Teresa Ramos

(Coordenadora da Unidade de Convalescença da ULSNE)

Liliana Marisa Coimbra Veiga, enfermeira com o n<sup>o</sup> mecanográfico 40321, a exercer funções no SUB de Macedo de Cavaleiros, aluna do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação 2013/2014 na Escola Superior de Saúde de Bragança do Instituto Politécnico, vem por este meio, pedir a Vossa Excelência, se digne autorizar o acesso ao registo clínico dos doentes com diagnóstico de AVC, recorrendo aos registos do S.Clinico, desde admissão na Unidade de Convalescença até à data de alta clínica, no âmbito da realização do trabalho de dissertação de Mestrado, subordinado ao tema: “Reabilitação Funcional do doente com AVC”, o qual já tem aprovação da Comissão de Ética da ULSE cuja referência de processo é : 7.01.06.

A avaliação e registo dos dados pessoais dos doentes na Unidade de Convalescença, entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2013, constituirão o elemento de colheita de dados que servirá de base ao estudo em causa. O anonimato e confidencialidade dos dados serão por mim assegurados sob compromisso de honra.

Agradecendo desde já a colaboração dispensada

Pede Deferimento

Macedo de Cavaleiros, 17 de Março de 2014

Mestranda em Enfermagem de Reabilitação

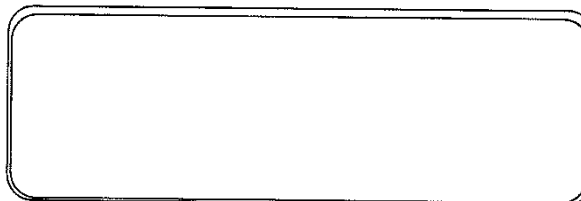
Liliana Marisa Coimbra Veiga

(Liliana Marisa Coimbra Veiga)

*Autógrafa em conformidade  
Co-ordenadora do Conselho de Alta  
e-Execução - PR Doutora de Unidade  
de Coimbra,  
Am (17/3/14)*

**Anexo III - Escala de avaliação Funcional - Índice de Barthel**

## AVALIAÇÃO FUNCIONAL



### Grau de Dependência

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

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

Anexo IV - Teste T para amostras emparelhadas, para comparar a média da dependência na alta e na admissão

## Paired Samples Test

|         |  | Paired Differences |                |                 |   |        | t      | df  | Sig. (2-tailed) |
|---------|--|--------------------|----------------|-----------------|---|--------|--------|-----|-----------------|
|         |  | Mean               | Std. Deviation | Std. Error Mean | 95% Confidence Interval of the Difference |        |        |     |                 |
|         |  |                    |                |                 | Lower                                     | Upper  |        |     |                 |
| Pair 1  | Alimentação na Alta - Alimentação na Entrada                           | 1,543              | 2,571          | ,202            | 1,144                                     | 1,942  | 7,640  | 161 | ,000            |
| Pair 2  | Higiene na Alta - Higiene na Entrada                                   | 2,438              | 2,507          | ,197            | 2,049                                     | 2,827  | 12,379 | 161 | ,000            |
| Pair 3  | Incontinencia Urinária na Alta - Incontinência Urinária na Entrada     | 1,080              | 2,475          | ,194            | ,696                                      | 1,464  | 5,556  | 161 | ,000            |
| Pair 4  | Incontinencia Intestinal na Alta - Incontinência Intestinal na Entrada | ,679               | 2,584          | ,203            | ,278                                      | 1,080  | 3,344  | 161 | ,001            |
| Pair 5  | Transporte na Alta - Transporte na Entrada                             | 3,179              | 3,379          | ,265            | 2,655                                     | 3,703  | 11,976 | 161 | ,000            |
| Pair 6  | Mobilidade na Alta - Mobilidade na Entrada                             | 2,809              | 3,049          | ,240            | 2,336                                     | 3,282  | 11,723 | 161 | ,000            |
| Pair 7  | W.C. na Alta - W.C. na Entrada   | 2,099              | 2,827          | ,222            | 1,660                                     | 2,537  | 9,450  | 161 | ,000            |
| Pair 8  | Vestir na Alta - Vestir na Entrada                                     | 2,747              | 2,789          | ,219            | 2,314                                     | 3,180  | 12,534 | 161 | ,000            |
| Pair 9  | Banho na Alta - Banho na Entrada                                       | 2,068              | 2,532          | ,199            | 1,675                                     | 2,461  | 10,395 | 161 | ,000            |
| Pair 10 | Subir/Descer na Alta - Subir/Descer na Entrada                         | 3,889              | 3,568          | ,280            | 3,335                                     | 4,443  | 13,871 | 161 | ,000            |
| Pair 11 | Total na Alta - Total na Entrada                                       | 22,531             | 16,813         | 1,321           | 19,922                                    | 25,140 | 17,056 | 161 | ,000            |