

**DOENTES APÓS SEIS MESES DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: NÍVEL DE INCAPACIDADE FUNCIONAL**

Patients after six months of vascular cerebral accident: functional inability level

Enfermos después seis meses de accidente vascular cerebral: nivel de incapacidad funcional

Conceição Martins\*, Ricardo Correia\*, Rosa Martins\*, Sofia Campos\*, Teresa Moreira\*\*

**RESUMO**

**Enquadramento:** o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma patologia com um elevado impacto na funcionalidade do indivíduo. **Objetivos:** avaliar os níveis de funcionalidade no doente com AVC seis meses após a sua ocorrência; analisar a relação entre níveis de funcionalidade do doente e as variáveis sociodemográficas, clínicas e familiares. **Metodologia:** estudo descritivo, correlacional. A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 72 pessoas, que tiveram AVC, após seis meses da sua ocorrência. Para a colheita de dados utilizou-se um questionário constituído por uma parte de caracterização sociodemográfica, o Índice de Barthel e a Escala de Apgar Familiar. **Resultados:** a idade, o género, a coabitação e o rendimento familiar, demonstraram ter uma relação muito significativa com a capacidade funcional, em algumas dimensões. Os hábitos alcoólicos, os hábitos tabágicos, a diabetes, o stresse e a hipertensão arterial interferem igualmente nessa capacidade, bem como na área obstruída do cérebro. **Conclusão:** os resultados apontam que os fatores de risco estão associados a uma fraca capacidade funcional. A implementação de medidas preventivas, a promoção de bons hábitos de saúde e o início precoce de programas estruturados de reabilitação são fundamentais na minimização do impacto negativo do AVC na qualidade de vida. **Palavras-chave:** doente; acidente vascular cerebral; incapacidade funcional

\* Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu-Portugal. mcamartinsp@gmail.com

\*\* Durand academy boarding school St Cuthmans. Midhurst, GU, UK

**ABSTRACT**

**Background:** the Stroke or Cerebral Vascular Accident (CVA) is a pathology and with a high impact. **Objectives:** assess the functionality levels in people six months after suffered from a CVA and analyse the relation between the variables socio demographics, clinical and family functioning. **Methodology:** it is a non experimental, cross sectional, descriptive correlational and quantitative study. It was done a non-probabilistic sample per convenience formed by 72 people who have suffered from CVA more than 6 months and are followed in the clinic of Sousa Martins Hospital in Guarda. For the variable measurement the tool used for the sample collection combines a sociodemographic and medical section, the Barthel Index and the Apgar Family Scale. **Results:** it was noticed that age, gender, cohabitation and the family income are profoundly related with people functionality capacity in some dimensions. In the same way alcohol habits, smoking habits, diabetes mellitus, stress and hypertension affect equally in that capacity as well as the brain area obstructed/affected. **Conclusion:** evidence found in this study highlight the paradigm which risk factors are associated to a worse functional capacity in people who suffered CVA. Following this idea, implementation of preventive measures controlling these factors, promoting good health habits and the early starting of structured rehabilitation programs are fundamental in the minimisation of the negative impact that CVA causes in people's quality of life.

**Keywords:** patient; stroke, functional incapacity

**RESUMEN**

**Marco contextual:** el accidente cerebrovascular es una enfermedad con un alto impacto para el funcionamiento individual. **Objetivos:** evaluar los niveles de funcionalidad en los pacientes con accidente cerebrovascular seis meses después de su ocurrencia; Analizar la relación entre los niveles de funcionalidad del paciente y las variables sociodemográficas, clínicas y funcionalidad familiar. **Metodología:** estudio descriptivo, correlacional y cuantitativo. La muestra es no probabilística y por conveniencia, que consta de 72 personas, que tenían derrame cerebral, seis meses después de su ocurrencia. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario que consta de una parte de las variables sociodemográfico, el Índice de Barthel y la escala de Apgar Familiar. **Resultados:** la edad, el sexo, la cohabitación y el ingreso familiar mostraron que existe una relación muy significativa con la capacidad funcional de la persona, en algunas dimensiones. Hábitos con las bebidas alcohólica, el hábito de fumar, diabetes mellitus, el estrés y la hipertensión también interfieren en esta capacidad, así como en el área obstruida del cerebro. **Conclusión:** los resultados muestran que los factores de riesgo están asociados con una pobre capacidad funcional. La aplicación de medidas preventivas para controlar estos factores, la promoción de buenos hábitos de salud y el inicio temprano de los programas de rehabilitación estructurados son esenciales para minimizar el impacto negativo de accidente cerebrovascular en la calidad de vida de las personas que sufren de esta enfermedad.

**Palabras clave:** enfermo; accidente cerebrovascular; la capacidad funcional

**Como Referenciar:**

Martins, C., Correia, R., Martins, R., Campos S. & Moreira, T.(2018). Doentes após seis meses de acidente vascular cerebral: Nível de incapacidade funcional. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 1(1), 25-35

## INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a primeira causa de morte e de incapacidade em Portugal com uma relação direta com o envelhecimento, podendo, no entanto, aparecer em qualquer idade. A taxa de mortalidade em 2010 atinge os 200 por 100.000 habitantes por ano, e é responsável por 25 mil internamentos por ano em Portugal, apresentando níveis de dependência significativos. De acordo com a Direção Geral de Saúde (Menoita, 2012; Salgueiro, 2011; DGS, 2010), em Portugal existe uma média anual de 22500 internamentos por AVC, o que constitui quase 5% do total de internamentos. Os dados referem ainda que nos primeiros três meses um terço destes doentes morre e aproximadamente 70% daqueles que sobrevivem ficam com alguma incapacidade.

Trata-se de um problema mundial pois, anualmente, 15 milhões de pessoas em todo o mundo são vítimas de AVC. Destes, 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam permanentemente incapacitados. Vimos deste modo que o AVC, ao ser considerado uma condição de saúde prevalente de grande relevância em termos de saúde pública, apresenta-se como uma causa comum de morbilidade e mortalidade, constituindo a terceira causa de morte nos países industrializados. Em Portugal o fenómeno é similar, constituindo além disso a primeira causa de morte, e a principal causa de incapacidade funcional para as atividades de vida diárias (Silva, 2010).

## ENQUADRAMENTO

Sabemos que o AVC acontece quando ocorre uma interrupção do aporte de sangue ao cérebro, ou seja, quando um vaso sanguíneo rompe (hemorrágico) ou é bloqueado por um coágulo (isquémico). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2006), o AVC é um termo que descreve um défice neurológico focal ou global agudo que persiste por mais de 24 horas e é causado pela interrupção da corrente sanguínea para o encéfalo. Este

défice é de origem vascular e origina uma sintomatologia variada que inclui um ou mais dos distúrbios definitivos da função cerebral. O AVC, sendo uma lesão vascular com alterações estruturais e funcionais do sistema nervoso central, pode afetar múltiplas funções: motoras, sensoriais, comunicacionais, emocionais e cognitivas (Teles & Gusmão, 2012). A incapacidade vai depender do número e da gravidade das deficiências que limitam o indivíduo no seu dia-a-dia. Apesar dos inúmeros avanços relacionados com a prevenção e tratamento do AVC, este continua a ser a doença crónica mais incapacitante.

De acordo com Gonçalves (2011), a definição de incapacidade funcional, no domínio da saúde, diz respeito à falta de capacidade resultante de uma deficiência, para realizar Atividades de Vida Diária (AVD) consideradas fundamentais a um ser humano. Representa, assim, a objetivação de uma deficiência, refletindo neste sentido perturbações a nível do indivíduo. A incapacidade pode ocorrer num espaço de tempo ou ser definitiva, dependendo se é reversível ou não e da sua etiologia ser progressiva ou regressiva. Neste estudo centramo-nos na incapacidade física limitativa da realização de AVD, como no cuidado pessoal e na locomoção, mas poderá haver incapacidade a outros níveis, tais como o comportamental, o de comunicação, o de destreza e o de aptidões particulares, como é a profissional. Formulamos as seguintes questões de investigação: Quais os níveis de incapacidade funcional apresentam as pessoas que sofreram Acidente Vascular Cerebral após seis meses da alta clínica? Que fatores sociodemográficos interferem nesses níveis de funcionalidade?

## METODOLOGIA

A nossa pesquisa é quantitativa não experimental transversal e descritiva correlacional, tem como objetivos identificar os níveis de incapacidade funcional em doentes com AVC após seis meses, e analisar fatores

sociodemográficos. De acordo com o objetivo geral definido, delinearam-se os seguintes objetivos específicos: Caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico; Identificar a funcionalidade familiar percebida pelos participantes no estudo; Avaliar níveis de incapacidade funcional nos doentes após seis meses; Analisar correlações existentes entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, a funcionalidade familiar e a incapacidade funcional dos participantes; formulámos as seguintes hipóteses: Hipótese (H1) – Existe relação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses. Hipótese (H2) – Existe relação estatisticamente significativa entre as características clínicas e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses. Hipótese (H3) – Existe relação estatisticamente significativa entre a funcionalidade familiar e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses.

A população-alvo deste estudo corresponde a 232 doentes que tiveram internados na unidade de AVC da Unidade local de Saúde da Guarda durante o ano de 2014. Da população de doentes, foi selecionada (por conveniência) uma amostra de 72 participantes, foi solicitada a autorização ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde e foi assinado o consentimento informado garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados. A dimensão da amostra garante uma estimativa de erro  $\pm 5\%$ , para um nível de confiança de 95% (população finita). A seleção da amostra foi efetuada de acordo com a aceitação dos indivíduos e os seguintes critérios de inclusão: Ter estado internado na U-AVC da ULSG há mais de 6 meses; Ter ocorrido o primeiro AVC; Estar a ser seguido na consulta externa de AVC na ULSG. O instrumento de colheita de dados é composto por (Tabela1): um grupo de questões de caracterização sociodemográfica; um outro grupo de variáveis clínicas, construídas por nós e por duas escalas criadas por outros investigadores, que se encontram testadas e traduzidas

para a população portuguesa, nomeadamente uma para avaliação da funcionalidade familiar (Apgar Familiar) e outra para a avaliação da independência/incapacidade funcional (Índice de Barthel).

Tabela 1  
Resumo estrutural do instrumento de colheita de dados

Domínios em estudo	Secção	Questões
Caracterização Sociodemográfica	Secção A	De 1 a 6
Caraterização Clínica	Secção B	De 1 a 4
Funcionalidade Familiar	Secção C	De 1 a 5
Independência Funcional	Secção D	De 1 a 10

A informação recolhida foi tratada e processada no programa de estatística *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0 para *Windows*.

## RESULTADOS

A nossa amostra é constituída por 72 doentes que sofreram AVC, dos quais 51 (70,8%) são do género masculino e 21 (29,2%) do género feminino. Relativamente ao estado civil, verificamos que a nossa amostra está na sua maioria casada ou em união de facto, com uma percentagem de 72,2%, sendo o género masculino o que contribui mais para este valor percentual (74,5). Constatamos que quer no género masculino quer no género feminino a maior parte dos participantes são casados ou vivem em união de facto, sendo a percentagem do género feminino de 66,7%.

Os indivíduos solteiros, viúvos, divorciados ou separados, representam 27,8% dos participantes, sendo o género feminino o que mais contribui para este percentual, com uma percentagem de 33,3%. Em relação à coabitação, tal como descrito na tabela 3, verificamos que, na sua maioria, a nossa amostra vive com a sua família, com uma percentagem de 72,2%, sendo o género masculino o que mais contribui para este percentual (74,5%). Uma minoria dos participantes está institucionalizada em lar com 8,3%, sendo, neste caso, o género feminino o que mais contribui para este percentual (19,0%). No que concerne às

habilitações literárias verificou-se que a maior parte possui a 4ª classe com 69,4%, sendo o género feminino o que mais contribui em termos percentuais, com 71,4% das mulheres a possuir este nível de escolaridade. Com menor percentagem encontramos as pessoas que não possuem nenhuma escolaridade (8,3%), sendo que, neste grupo, o género feminino não regista nenhum participante sem habilitações literárias. De referir que 22,2 % da amostra tem um nível de escolaridade até ao décimo segundo ano. Quanto ao rendimento familiar, o maior valor percentual (41,7%) recai no grupo entre 501 e 1000 euros, sendo o género feminino (57,1%) o que mais contribui para este percentual. De salientar que 38,9% da amostra tem um rendimento familiar inferior a 500 euros e 19,4% um rendimento familiar superior a 1000 euros, sendo que neste último grupo ambos os géneros contribuem com valores percentuais semelhantes, 19,6% para o género masculino e 19,0% para o género feminino.

No que diz respeito ao tipo de AVC, na sua maioria é isquémico com uma percentagem de 81,9%, sendo o género feminino (95,2%) o que mais contribui para este percentual. Em menor número, registamos os AVC hemorrágicos com 18,1%, sendo neste caso o género masculino (23,5%) o que mais contribui para este percentual. Na nossa amostra o hemisfério onde ocorrem mais AVC é o direito com 55,6% dos casos, sendo a percentagem do hemisfério esquerdo de 44,4%. No género masculino ocorrem mais AVC no hemisfério esquerdo, sendo a sua percentagem muito equivalente aos que ocorrem no hemisfério direito. Já no género feminino há maior prevalência de AVC no hemisfério direito (71,4%). Os fatores de risco com maior percentagem e que se destacam mais na nossa amostra são a HTA (88,9%), a Dislipidémia (81,9%) e o alcoolismo (19,4%), sendo que os restantes fatores de risco têm percentagens de prevalência muito parecidas entre os 13,9% no caso da Diabetes, a 16,7% no caso do Tabagismo e Stresse. No género masculino, destaca-se também o tabagismo e a diabetes com percentagens de 19,6% e 15,7%

respetivamente, sendo o fator com menor percentagem o stresse (9,8%). No género feminino, para além dos dois fatores mais comuns na amostra (HTA e Dislipidémia), destaca-se o Stresse como terceiro fator de risco com uma percentagem de 33,3% seguido da Diabetes e Tabagismos com 9,5 %. De referir que no género feminino não encontramos nenhuma participante com alcoolismo como fator de risco e que verificamos valores residuais relevantes em relação ao stresse. Verificamos que a maior parte dos doentes que sofreram AVC não realizou plano de reabilitação após a alta clínica, sendo que a maioria dos homens (51%) realizou plano de reabilitação e a maioria das mulheres (57,1%) não realizou. Quanto à classificação da funcionalidade familiar, verificamos que 88,9% da amostra tem uma funcionalidade familiar correspondente a altamente funcional, sendo o género masculino o que mais contribui para este percentual (92,2%). Apenas 8,3% apresentam moderadamente funcional e somente 2,8% são disfuncionais, sendo o género masculino o que contribui na totalidade para este percentual (3,9%). Nos níveis de incapacidade funcional dos participantes após seis meses, verificamos que 44,4 % dos participantes atingem uma incapacidade ligeira, sendo o género masculino o que mais contribui com 47,1%. De referir que 19,4% dos participantes passados seis meses ainda possuem uma incapacidade grave, sendo o género masculino o que mais contribui para este percentual com 19,6%, embora a percentagem do género feminino seja semelhante com 19,0%. Quanto à incapacidade moderada denotamos uma percentagem de 36,1%, sendo o género feminino o que mais contribui (42,9%). No género feminino a percentagem de incapacidade moderada (42,9%) é superior à incapacidade ligeira, sendo a incapacidade grave em menor número. Analisando os grupos etários, verificamos que entre os indivíduos com incapacidade grave, 42,9% têm uma idade compreendida entre os 65 e 76 anos. Quanto ao género, verificamos, no que diz respeito à incapacidade grave, que 71,4% dos participantes eram do género masculino. A percentagem

do género masculino é maior nas restantes incapacidades, moderada e ligeira, sendo respetivamente de 65,4% e de 75%. Relativamente ao estado civil, nos indivíduos casados ou em união de facto predominam todos os tipos de incapacidade, padecendo 71,4% de incapacidade grave, 76,9% de incapacidade moderada e 68,8% de incapacidade ligeira. No que respeita à coabitação, tanto a maior percentagem de indivíduos com incapacidade grave, como com capacidade moderada e ligeira se refere a indivíduos que vivem com a família, dado ser também a grande maioria da amostra. No que refere à incapacidade grave 71,4% dos indivíduos vive com a família e 14,3% em lares ou sozinhos. Em termos de habilitações literárias, verificamos que face aos indivíduos com incapacidade grave 64,3% dos indivíduos possuiu a 4ª classe, 21,4% estudou até ao 12º ano e 14,3% não tem habilitações literárias. No que concerne ao rendimento familiar, dos indivíduos com incapacidade grave, 57,1% dos participantes tem um rendimento familiar inferior a 500€. Em termos de tipo de AVC, dos indivíduos com incapacidade grave 85,7% tiveram AVC isquémico e 14,3% tiveram AVC hemorrágico. Já no que diz respeito à incapacidade moderada, 84,6% tiveram AVC isquémico e 15,45 hemorrágico. Relativamente aos indivíduos que manifestaram incapacidade ligeira, 78,1% dos indivíduos tiveram AVC isquémico e 21,9% hemorrágico. No âmbito da percentagem dos indivíduos que tiveram AVC isquémico, 42,4% destes ficaram com incapacidade ligeira, 37,3% com incapacidade moderada e 20,3% com incapacidade grave. No que diz respeito aos indivíduos que tiveram AVC hemorrágico, 53,8% ficaram com incapacidade ligeira, 30,8% com incapacidade moderada e 15,4% com incapacidade grave. Relativamente ao local do AVC, os indivíduos que sofreram AVC's no hemisfério direito têm maior percentagem tanto de incapacidade grave (71,4%) como na incapacidade moderada (61,5%). Dos participantes que revelaram incapacidade funcional ligeira, 56,2% dos AVC's são no hemisfério esquerdo. Relativamente aos indivíduos que sofreram AVC no

hemisfério direito, 35% ficaram com incapacidade ligeira, 40% com incapacidade moderada e 25% com incapacidade grave. Já no que diz respeito aos indivíduos que tiveram AVC's no hemisfério esquerdo, 56,3% ficaram com incapacidade ligeira, 31,3% com incapacidade moderada e 12,5% com incapacidade grave. No que diz respeito aos fatores de risco, a HTA é aquele que mais se evidencia em todos os graus de incapacidade, sendo que a totalidade dos indivíduos com incapacidade grave tem HTA como fator de risco. A dislipidémia aparece como a segunda causa de incapacidade quer esta seja ligeira, moderada ou grave. Relativamente à diabetes mellitus, esta está presente em 35,7% dos casos com incapacidade grave, não existindo nenhum caso nos indivíduos com incapacidade ligeira. O alcoolismo aparece como sendo o quarto fator de risco nos indivíduos com incapacidade grave (28,6%), a par com o tabagismo, que se revela o terceiro fator de risco (30,8%) nos indivíduos com incapacidade moderada. O tabagismo é também a quarta causa de incapacidade, quer seja esta grave, moderada ou leve. Relativamente ao stresse, este denota-se mais nos casos de indivíduos com incapacidade ligeira e constitui a segunda causa de incapacidade, não estando associado a nenhum caso de incapacidade grave. Quanto à realização de um plano de reabilitação, dos participantes com incapacidade grave, 71,4% realizou plano, já a percentagem dos participantes com incapacidade moderada foi igual, quer tenha havido ou não plano. Dos participantes que manifestaram incapacidade ligeira, 62,5% não tem um plano de reabilitação. Relativamente aos indivíduos que realizaram plano de reabilitação, 34,3% ficaram com incapacidade ligeira, 37,1% com incapacidade moderada e 28,6% com incapacidade grave. Já no que diz respeito aos indivíduos que não realizaram plano de reabilitação, 54,1% ficaram com incapacidade ligeira, 35,1% com incapacidade moderada e 10,8% com incapacidade grave. Pelos testes realizados (Teste *Kruskall Wallis*) aceitamos parcialmente a hipótese H1 (Existe relação estatisticamente significativa entre as características sociodemográficas e o nível de

incapacidade funcional dos participantes após seis meses), sendo que neste estudo as características sociodemográficas não influenciam a incapacidade funcional no seu geral após seis meses, no entanto, verificamos valores estatisticamente significativos na relação das variáveis com algumas dimensões (dimensão alimentação com idade; dimensão alimentação com o género; dimensão banho ( $\chi^2=7,882$ ;  $p=0,019$ ) com coabitação; dimensão banho e subir/descer escadas ( $\chi^2=6,422$ ;  $p=0,040$ ) com rendimento familiar). Pelos testes realizados, (Teste *U Mann-Whitney*) aceitamos parcialmente a hipótese H2 (Existe relação estatisticamente significativa entre as características clínicas e o nível de incapacidade funcional dos participantes após seis meses sendo que neste estudo os fatores de risco, excepto a dislipidemia, e a não realização de plano de reabilitação influenciam a incapacidade funcional após seis meses ( $U= 453,500$ ;  $p=0,028$ ).

## DISCUSSÃO

A American Heart Association (2010) refere que a incidência do AVC no género masculino é superior à do género feminino. Esta afirmação vai ao encontro dos resultados do nosso estudo e de estudos anteriormente realizados como Borges (2013); Ricardo (2012); Costa (2010), De acordo com a SPAVC citado por Ricardo (2012), cerca de 40% dos doentes que sofrem um AVC têm idade superior a 65 anos. Estes dados vão ao encontro dos estudos realizados por Pereira (2014); Andrade (2011) e Costa (2010). Quanto ao baixo nível de escolaridade da nossa amostra, este é compatível com os valores referidos pela Agência Nacional para a Qualificação (s/d) ao expor que os níveis baixos de escolarização existentes em Portugal atingem sobretudo as gerações mais velhas. Quanto às variáveis clínicas inerentes à nossa investigação, podemos constatar que 81,9% dos doentes da nossa amostra sofreram um AVC isquémico e apenas 18,1% sofreram AVC Hemorrágico, indo de encontro aos estudos

de Pires (2014); Pereira (2014); Ramos (2012); Ricardo (2012) e Costa (2010). No respeitante ao lado da lesão, 55,6% dos AVC's ocorreram no hemisfério direito e 44,4% no hemisfério esquerdo. Apesar de o hemisfério direito ter afetado mais elementos da nossa amostra, os estudos por nós pesquisados não se referem à incidência da lateralidade hemisférica na sua generalidade e consideram que os vasos maioritariamente afetados no AVC são: a artéria cerebral média e a carótida interna, constituindo estes o principal aporte sanguíneo aos hemisférios. Algumas das fortes determinantes para o aparecimento do AVC são os fatores de risco. Todos os fatores de risco estudados, à exceção da dislipidémias, apresentaram correlações estatisticamente significativas. A HTA está presente em 88,9% dos sujeitos da nossa amostra; 81,9% dos participantes têm dislipidemia e 19,4% têm consumo excessivo de álcool. Encontramos também percentagens iguais quanto ao tabagismo e stresse (16,7%), sendo que apenas 13,9% dos participantes têm diabetes. Pires (2014) obtiveram resultados semelhantes, sendo HTA o principal fator de risco. Em relação aos antecedentes clínicos, Antunes (2012), num estudo realizado com indivíduos que sofreram AVC no concelho do Sabugal, constataram que a HTA é o antecedente clínico mais prevalente, sendo na sua amostra um total de 56.3% e o menos prevalente a Diabetes, com apenas 5.5%. Auditorias sobre tratamento do AVC têm revelado que o deficiente controlo da pressão arterial é o mais importante fator de mortalidade, apesar de ser um fator de risco evitável e tratável. Outra variável clínica considerada foi a realização de plano de reabilitação após a alta. Verificamos que a maioria não teve plano de reabilitação (51,4%), sendo a maioria destes do género masculino (51%). Também no estudo de Coelho (2011) apenas dois terços da amostra usufruíram de programa de reabilitação. Corrobamos Silva (2010) quando afirma que a intensidade do programa de reabilitação não está claramente demonstrado, contudo é evidente que existe uma associação entre o aumento da frequência de programas de reabilitação e a melhoria da funcionalidade

dos doentes. No entanto Pereira e Guedes (2011) esclarecem que a intensidade do programa de reabilitação depende muito do estado do doente e do seu grau de incapacidade. Menoita (2012) diz-nos que o programa de reabilitação deve ser iniciado o mais precoce possível, sendo a existência de um profissional de reabilitação uma mais-valia na recuperação da pessoa. De referir que neste estudo os participantes não tiveram sessões de reabilitação por parte de enfermeiro de reabilitação durante o internamento e o programa realizado após a alta foi efetuado por outros profissionais. A OMS citado por Pereira e Guedes (2011) preconiza que aos 90 dias após AVC, 70% dos indivíduos afetados sejam independentes nas atividades de vida diária. Neste sentido é de todo importante e necessário que os doentes que sofreram AVC tenham acesso a um contínuo de cuidados organizados e diferenciados, nomeadamente a um programa de reabilitação, desde a fase aguda e prologando-se após a alta (Pereira & Guedes, 2011). Para a Ordem dos enfermeiros (Regulamento nº 125/11 de 18 de Fevereiro, 2011), a enfermagem de reabilitação contribui com ganhos em saúde em todos os contextos: no que diz respeito quer à prevenção de incapacidades, quer na recuperação das capacidades de um doente que sofreu AVC, proporcionando à pessoa a uma maior autonomia. Igualmente a Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados surgiu como uma mais-valia, na medida em que promove a autonomia, recuperação global, independentemente da idade e da doença (Segurança Social, 2017). Relativamente à funcionalidade familiar, verificamos um bom suporte familiar por parte dos participantes, sendo a sua grande maioria classificados como altamente funcionais. No entanto não encontramos associações significativas, embora em estudos anteriores como de Antunes (2012) se tenha concluído que quanto melhor a funcionalidade familiar, melhor é a capacidade de raciocinar e memorizar; melhor é a capacidade de comunicar e compreender; melhor é a capacidade de executar atividades diárias; melhor é a capacidade de se

mover em casa e fora dela; melhor é a capacidade em participar em atividades profissionais familiares e socio-recreativas importantes na procura de um sentido de vida e melhor percepção de recuperação do AVC. Encontramos valores estatisticamente significativos quando avaliamos a capacidade funcional pelas dimensões do índice de Barthel individualmente. Relativamente à idade verificamos que no que concerne à função alimentação, os indivíduos com maior idade apresentam maior capacidade funcional e que entre o género, os homens são mais independentes que as mulheres. Este resultado pode traduzir que os indivíduos com menor idade tiveram AVC's com maior gravidade e que por esse motivo após seis meses ainda não tinham alcançado uma adequada capacidade funcional. Relativamente à coabitação, as pessoas que vivem sozinhas têm melhor capacidade funcional no que diz respeito à atividade banho, o que nos diz que as pessoas que ficaram mais dependentes após AVC vivem acompanhadas. Constatamos que as pessoas com maior rendimento familiar possuem melhor capacidade funcional nas atividades de banho e subir/descer escadas. Podemos aferir que estas pessoas puderam usufruir de equipamentos adaptativos que melhoraram a realização destas atividades. No que diz respeito ao local do AVC, os participantes que tiveram AVC localizado no hemisfério esquerdo têm melhor capacidade funcional no que diz respeito ao controlo vesical e transferência, comparativamente aos participantes que tiveram AVC no hemisfério direito. Pela revisão da temática, sabemos que indivíduos com AVC no hemisfério direito poderão ficar com maior impulsividade, são altamente desconcentrados, apresentando défices de percepção e inconsciência dos défices com negação dos mesmos. Neste estudo a realização de um plano de reabilitação após a alta não traduz melhor capacidade funcional, pelo contrário, neste estudo os participantes que não realizaram plano de reabilitação têm melhor capacidade funcional. Os valores são estatisticamente significativos, em especial nas atividades vestuário, higiene pessoal e controlo anal.

Depreendemos que os participantes que tiveram plano de reabilitação eram doentes com um maior grau de incapacidade aquando da alta e por isso a recuperação após seis meses não foi tão evidente como a recuperação dos participantes que não necessitaram de plano de reabilitação após alta.

## CONCLUSÃO

A avaliação da incapacidade funcional após AVC e o reconhecimento de que essa avaliação deve integrar a perspetiva da pessoa, é amplamente considerada, dado ser importante relacionar quais os fatores que interferem na funcionalidade registada, uma vez que a capacidade funcional é considerada um indicador de Saúde cada vez mais valorizado. Assim, consideramos que o enfermeiro especialista em reabilitação assume um papel determinante nesta conjuntura, na medida em que é um elemento nuclear na recuperação ou manutenção da capacidade funcional.

No presente estudo, delineamos alguns objetivos, designadamente avaliar os níveis de funcionalidade no doente com AVC, seis meses após a sua ocorrência, tendo constatado que no que concerne à incapacidade funcional, a maioria dos participantes apresenta uma incapacidade grave ao fim de seis meses. Da análise dos dados concluiu-se que neste estudo existem diferenças significativas quando avaliada a incapacidade funcional pelas suas várias dimensões do que no todo. Mesmo assim verificamos que a não realização de plano de reabilitação influenciou a capacidade funcional. No que respeita à análise entre a relação entre níveis de funcionalidade do doente e variáveis sociodemográficas, clínicas e familiares, constatou-se que o tipo de AVC mais frequente foi o isquémico e a área mais atingida foi o hemisfério direito. Quanto aos fatores de risco, a HTA manifestou ser o mais prevalente, seguida de dislipidemia, alcoolismo, tabagismo, stresse e diabetes. Quanto à realização de programa de reabilitação após a alta, verificamos que a

maioria dos participantes não teve continuidade no que diz respeito à reabilitação. Relativamente à funcionalidade familiar, verificamos que a maioria dos participantes foi classificada como tendo uma funcionalidade familiar altamente funcional; Analisando pelas dimensões, verificamos que existem diferenças significativas no que diz respeito à alimentação com o género e idade, ao banho com a coabitação e com o rendimento familiar, subir e descer escadas com o rendimento familiar, local de AVC com o controlo vesical e transferência, em todos os fatores de risco, exceto na dislipidemia e no plano de reabilitação com a higiene pessoal, vestuário e controlo anal. Assim sendo, sugerimos a continuidade de estudos semelhantes, dada a sua pertinência com o aprofundamento e inclusão de outras variáveis, como por exemplo a extensão do AVC, os dias de internamento, a realização ou não de cuidados de enfermagem de reabilitação e o tempo das sessões de reabilitação. Neste contexto seria relevante um investimento rigoroso no processo de reabilitação destas pessoas, facilitando a integração social, de forma a possibilitar a satisfação de aspetos, tais como a capacidade para o trabalho e uma maior independência nas atividades de vida. A enfermagem de reabilitação tem como alvo prevenir complicações provocadas pelas sequelas do AVC, promover a independência a nível das atividades de vida, potenciar as capacidades, preservar a autoestima e a qualidade de vida da pessoa ao longo do ciclo vital, bem como da família e comunidade. No entanto, caso não haja reabilitação precoce e continuidade dos cuidados de reabilitação, estas pessoas podem perder capacidades adquiridas, desenvolver outras complicações e consequente aumento dos dias de internamento e aumento do risco de reinternamentos. Nesta linha de pensamento seria oportuno sugerir que se aposte mais nos programas de reabilitação, o que constitui uma importante componente de um plano compreensivo para prestar cuidados de saúde a pessoas com AVC, ajudando-os a ter uma melhor qualidade de vida. Não existindo atualmente enfermeiro de reabilitação na Unidade de AVC



da ULSG, seria de todo importante que se incluísse na equipa da mesma unidade um profissional deste tipo, pois como podemos verificar existe um caminho a realizar na prevenção da doença e promoção da saúde, na prevenção de complicações e na maximização das capacidades dos doentes. O enfermeiro de reabilitação é o profissional com competência para prestar cuidados tendo em vista os padrões de qualidade enunciados anteriormente. Sendo a ULSG uma instituição de saúde com unidades orgânicas, quer a nível dos cuidados de saúde primários, quer a nível de cuidados diferenciais como são os hospitais, o enfermeiro especialista de reabilitação seria um elo entre estes dois níveis de cuidados. Tendo, ainda, sido verificado que, praticamente, a totalidade dos fatores de risco apresentaram valores significativos, sugerimos a implementação de projetos de reabilitação nos centros de saúde com o objetivo de prevenir e controlar os fatores de risco de AVC e a criação de um maior número de Unidades de Cuidados Continuados na Comunidade com enfermeiros de reabilitação nas equipas de cuidados continuados integrados, pois verificamos que a maior parte dos participantes deste estudo após a alta hospitalar não têm acompanhamento de qualquer tipo de reabilitação, sendo que o apoio dado a estes participantes é realizado pela família. Indo de encontro a esta sugestão, verificamos que os participantes preferem viver em família ou sozinhos na sua habitação do que serem institucionalizados. As estratégias de intervenção devem abarcar a reabilitação da pessoa o mais precocemente possível, bem como o envolvimento quer da pessoa, quer da família no processo de reabilitação. Aqui não se pode deixar de mencionar a importância das unidades de AVC, reconhecidas atualmente como o modo mais eficaz de tratar qualquer tipo de AVC, as quais têm surgido por todo o país com a finalidade de proporcionar a estas pessoas, o mais rápido possível, o melhor tratamento e os melhores cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo como objetivo uma recuperação mais rápida. No entanto a rede de cuidados continuados, apesar de ter melhorado nos

últimos anos, parece ainda não ser suficiente face às necessidades, o que leva a uma elevada taxa de reinternamentos, pelo facto dos familiares terem dificuldade em lidar com a nova situação da pessoa, devido à sua dependência ou mesmo por não terem condições para cuidar dele. Uma melhor articulação entre cuidados de saúde secundários e primários ou Unidades de Cuidados Continuados relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação seria um fator importante na melhoria da qualidade de vida da pessoa, família e comunidade. As famílias/prestadores de cuidados fornecem parte dos cuidados e apoio às pessoas vítimas de AVC, o que implica novos modos de fazer e saber, desempenhado o enfermeiro de reabilitação um papel fundamental na educação para a saúde. Esta é, assim, indispensável, dado que permite a aquisição de conhecimentos e competências, capacitando-os e melhorando as suas intervenções. A avaliação da capacidade funcional requer uma avaliação sistemática das consequências funcionais da doença, que incluem as habilidades e o potencial para o desempenho de atividades, de forma independente e o envolvimento ou participação deste na sociedade. Portanto, a adoção de instrumentos de avaliação torna a atuação do profissional de reabilitação mais fiel às atividades que realmente lhe competem, que são a avaliação e a intervenção sobre a funcionalidade dos pacientes. Fica a convicção de que, na ULSG, este estudo possa vir a ser um impulsionador da valorização do trabalho levado a cabo pelos enfermeiros de reabilitação e que, à parte dos constrangimentos económicos, possa ser dada oportunidade a estes profissionais para desempenharem a sua atividade profissional, com base nos conhecimentos especializados adquiridos, no maior número de serviços possíveis e em especial na Unidade de AVC. Não podemos deixar de mencionar algumas limitações deste estudo, principalmente no que diz respeito à falta de algumas variáveis clínicas de interesse, como a extensão do AVC e o tempo de internamento. Outra limitação encontrada foi a

seleção dos participantes, pois tivemos dificuldades em conseguir realizar a colheita de dados a pessoas com alterações cognitivas graves, tendo isso como resultado uma amostra com menor incapacidade funcional do que à partida se estaria à espera. Numa lógica de produção de conhecimento pretende-se que este estudo seja impulsionador de desenhos de programas de intervenção, visando minimizar as deficiências adquiridas e reduzindo, consequentemente, as incapacidades e desvantagens, à *posteriori*, a que estão sujeitas as pessoas vítimas de AVC.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Heart Association (2010). *Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient*. Retirado de <http://stroke.ahajournals.org/content/41/10/2402.full.pdf>
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Antunes, P. (2012). *Impacto do AVC no estado de saúde do individuo* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de saúde de Viseu. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1969>.
- Borges, S. (2013). *Factores Determinantes na Independência Funcional em doentes Pós Avc estudo comparativo*. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1968>
- Coelho, R. (2011). *Determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1669>.
- Direção Geral de Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel
- Direção Geral de Saúde (2011). *Norma nº 054/2011 de 27/12/2011: Acidente vascular cerebral.prescrição de medicina física e de reabilitação*. Lisboa: Ministério da saúde
- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para as Doenças Cardiovasculares Orientações Programáticas*. Lisboa: Ministério da saúde. Retirado de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção Geral de Saúde Portugal (2012). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares Orientações Programáticas*. Retirado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-doencas-cerebro-cardiovasculares-pdf.aspx>
- Gonçalves, C. (2011). Dependência funcional dos idosos pós acidente vascular cerebral. (Tese de mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.19/1629>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC; Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Editora Lusociência.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Pereira, J. & Guedes, N. (2011). Reabilitação precoce no doente com lesão cerebral aguda. *Rev. Port. Med. Int.* 18 (3), 81-87.
- Pereira, M. (2014). *Relação entre independência funcional, memória subjetiva e tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.14/17235>.
- Pires, G. (2014). *O perfil do utente com Acidente Vascular Cerebral*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Tecnologias do Porto. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.22/4545>.
- Ramos, A. (2012). *Doença Cerebrovascular Aguda. Análise do tipo de cuidados recebidos pelos doentes que*

recorreram ao serviço de urgência do Hospital Sousa Martins- Guarda. (Tese de Mestrado). Universidade da Beira Interior. Ciências da Saúde. Retirado de <https://ubithesis.ubi.pt/handle/10400.6/1103>.

Regulamento nº 125/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República nº 35/11, II Série*. Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa, Portugal

Ricardo, R. (2012). *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação*. (Tese de mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde de Bragança. Retirado de <http://hdl.handle.net/10198/7680>.

Salgueiro, H. (2011). Factores de Risco Vascular e AVC nos Idosos. *Revista Sinais Vitais*, 32-36.

Segurança Social (2017). *Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados (RNCCI)*. Retirado de <http://www.seg-social.pt>

Silva, E. J. A. (2010). *Reabilitação após o AVC*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina do Porto.

Teles, M. & Gusmão, C. (2012). Avaliação funcional de paciente com Acidente Vascular Cerebral utilizando o protocolo de Fugl – Meyer. *Revista Neurociências*. 20 (1),42-49.