



Henrique José Mendes Nunes

Funcionalidade e qualidade de vida em doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico: estudo da influência do período de tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva, e do encaminhamento pós-hospitalar.

Tese de Doutoramento do Programa de Doutoramento em Ciências da Saúde, ramo de Enfermagem, orientada pelo Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós e co-orientada pelo Professor Doutor Vítor José Lopes Rodrigues, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Setembro, 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Henrique José Mendes Nunes

Funcionalidade e qualidade de vida em doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico: estudo da influência do período de tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva, e do encaminhamento pós-hospitalar.

Tese de Doutoramento do Programa de Doutoramento em Ciências da Saúde, ramo de Enfermagem, orientada pelo Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós e co-orientada pelo Professor Doutor Vítor José Lopes Rodrigues, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Setembro, 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Dedico à minha família

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é, de algum modo, o culminar de um processo de desenvolvimento pessoal que, apesar dessa condição, só foi possível pelo contributo de muitas pessoas, nas diferentes etapas e fases do mesmo. Sem querer cometer o risco de esquecimentos, é incontornável fazer referência a alguns nomes que deverão ficar aqui inscritos e a quem são devidos agradecimentos concretos:

Ao meu orientador, Professor Doutor Paulo Queirós, pela sua disponibilidade, ensinamento, motivação, contributos, críticas. Acima de tudo, pela perspectiva positiva que coloca nos processos de trabalho.

Ao meu co-orientador, Professor Doutor Vítor Rodrigues, que sempre respondeu ao solicitado e, do mesmo modo, foi capaz de relativizar inquietudes e dar contributos importantes.

À Professora Doutora Catarina Oliveira, tutora neste processo e que, de forma menos directa mas muito envolvida e carregada de compreensão, nos foi ouvindo, apoiando, incentivando.

Aos elementos da equipa de saúde (nomeadamente corpo clínico e de enfermagem) do serviço de neurologia dos CHUC; pela abertura e pela confiança que me foi depositada. Destaco alguns nomes: o do Prof. Luís Cunha, director clínico e o interlocutor na primeira abordagem mas, principalmente, o do Dr. Gustavo Cordeiro, pelo seu pragmatismo e objectividade. Igualmente, lembro todos os colegas e amigos do serviço, com registo do nome da enf^a Graça Fernandes, pela ajuda e interesse. Obviamente, ao CHUC, EPE.

Ao secretariado do programa de doutoramento em ciências da saúde e aos colegas deste programa de doutoramento.

À presidência da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

À família e amigos.

Por último, mas particularmente, a todos os doentes e seus familiares, mulheres e homens como nós que se disponibilizaram a participar e a colaborar; fomos incomodá-los, perturbar e, eventualmente, invadir o seu espaço; fomos bem recebidos numa forma geral pelo que, no mínimo, desejamos deixar um agradecimento particular a todos.

RESUMO

As doenças do cérebro representam um dos principais problemas de saúde; envolvem custos elevados e induzem, normalmente, incapacidade transitória ou definitiva assim como sofrimento individual intenso.

Dessas, relevamos o acidente vascular cerebral; a European Stroke Organization avisa que «é um dos principais factores de morbilidade e mortalidade em todo o mundo». Em Portugal, apesar de melhorias nos últimos anos, estes indicadores, assim como outros relativos à letalidade intra-hospitalar e à caracterização da produção (hospitalar) inerente, são ainda elevados, conforme relatório recente da direcção-geral da saúde.

Com múltiplos factores de risco, pretende-se para estes doentes, quanto à reabilitação, que 70% dos sobreviventes sejam independentes nas suas actividades de vida diária aos 3 meses após ocorrência. As alterações da funcionalidade e da qualidade de vida (QdV) estão quase sempre garantidas, cabendo trabalhar para contrariar este cenário.

Conduzido estudo observacional, descritivo, longitudinal, desenvolvido em 2 fases. Estimou-se uma amostra de ± 300 doentes; reunidos 110, dos 161 iniciados. Na primeira fase, concretizados 4 momentos de colheita de informação sociodemográfica e clínica, com avaliações repetidas a partir do momento de admissão; na fase 2 procedeu-se à realização de 12 entrevistas semi-estruturadas.

Pretendemos «avaliar em que medida o prolongamento de internamento após a indicação de alta clínica, assim como o encaminhamento adoptado, condiciona a funcionalidade e a QdV dos doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico». Objectivos de natureza mais específica e operacional: estudar a funcionalidade e a expressão da QdV dos doentes ...em avaliações ...na admissão, na alta clínica, aos 30 e 90 dias após o evento; analisar tal evolução em função do número de dias decorridos entre a alta e a saída efectiva; e em função do destino após a alta e das suas vivências (em momentos distantes, pós-evento); para a segunda fase, complementarmente: caracterizar situação vivencial dos doentes regressados ao domicílio; captar a apreciação do processo de adoecer e de recuperar; compreender como foi vivido o processo de internamento e de alta hospitalar. Garantidos os determinantes éticos na condução dos trabalhos.

Dos resultados, discussão e conclusões, afirmamos que foi prejudicada a QdV, em amplitudes diferenciadas, na sequência do evento; também a funcionalidade, esta entendida de forma abrangente. Não é tão inequívoco que tal prejuízo decorra, estritamente, do delay entre alta-saída (prolongar internamento), ou das vias adoptadas para encaminhamento pós-hospitalar. Constatámos que muitos doentes prolongaram a permanência na unidade bem para além do momento em que a alta seria clinicamente possível; a amostra totalizou 674 dias de espera para saída. Em oposição a uma média de dias de permanência relativamente aceitável ($8,7 \pm 5,25$ dias) temos valores significativamente discrepantes ($30,6 \pm 19,82$ dias) para os que prolongaram o período de internamento. Detectamos pontuais ganhos nos que prolongaram internamento em ≥ 3 dias. Sobre o encaminhamento pós-hospitalar, discutimos acerca da distância entre teoria e prática real. Das vivências invocadas pelos doentes da subamostra, identificámos dois padrões possíveis, um saudável e outro patológico.

Globalmente, ganhos consideráveis entre a admissão e os 90 dias, quer se analise a funcionalidade motora, instrumental, ou dimensão emocional/ cognitiva. Percebem-se diferenças dependentes do género e dos danos neurológicos e comorbilidades diferenciados. Scores menos favoráveis determinaram as unidades de cuidados continuados como solução; a recuperação da marcha e autonomia na mesma surgem como primeiros *endpoints*, se analisada a funcionalidade a partir da perspectiva dos doentes.

A QdV foi prejudicada; scores médios das suas dimensões foram indicativos de má percepção dessa e do estado de saúde, apesar da evolução favorável ao longo do tempo; excepção para a dor/mal-estar, evoluindo em sentido desfavorável; actividades habituais, foi esfera mais prejudicada. Percebidas diferentes percepções face ao género.

Os que prolongaram o internamento denotaram maior deterioração nesta esfera; obviamente, múltiplos factores convergem nesta afirmação, nomeadamente a situação clínica diferenciada logo à partida.

Lida como resultado, registamos que o efeito preditor e explicativo das diversas variáveis, foi modesto na flutuação da QdV, conforme discussão; o prolongar internamento repercute-se como preditor global de baixo impacto, mas sempre com valores superiores para género masculino. A funcionalidade explicou uma elevada variância na QdV, de 61,1% a 78,3%, sendo que, para as mulheres, se revela com valor preditor menor do que para os homens (mesmas escalas); isto confirma não apenas a estreita relação entre função e QdV, mas também o diferencial valor atribuído, efeito do género.

Na selecção *stepwise*, verificamos que prolongar internamento não se constitui como variável estatisticamente significativa, quando o resultado se mede via escala de QdV. Também se tornam determinantes (nesta abordagem) as variáveis funcionais, com uma pequena ajuda incremental da variável depressão.

A maioria saiu para o seu domicílio, mas muitos foram orientados para unidades de cuidados continuados ou outras dependências/ destinos.

Sobre as vivências relatadas, não contornam a regra geral dos processos de transição, sendo identificados ajustamentos diferenciados, como indicado acima.

Poderemos afirmar, sem dúvidas, que foi condicionada a funcionalidade e a QdV destes doentes pelo montante de tempo que decorreu entre a indicação de alta e a saída efectiva, ou sequer pelo encaminhamento subsequente? A resposta não é clara e as limitações identificadas contribuíram para esta incerteza.

ABSTRACT

Brain disorders are a major health issue, involving high costs and usually causing temporary or permanent damage, as well as intense suffering. One of those disorders is stroke, which, according to the European Stroke Association, is “one of the leading factors of morbidity and mortality worldwide”. In Portugal, a recent report by the Directorate-General for Health shows that, despite improvements in recent years, these indicators remain high, as well as others related to in-hospital mortality and hospital case mix index.

Taking into account the multiple risk factors and consequences, stroke rehabilitation aims at ensuring that 70% of the survivors are independent in their activities of daily living by three months after stroke onset. The level of functioning and quality of life (QoL) of these patients are usually affected, and this is a scenario that must be countered.

This observational, descriptive and longitudinal study was developed in two phases. We estimated a sample of ± 300 patients. A total of 161 patients were selected, of whom 110 were included in the final sample. The first phase consisted of four moments of data collection on the patients' sociodemographic characteristics and clinical history, through repeated assessments since hospital admission; in the second phase, semi-structured interviews were performed to 12 patients.

This study aims at “assessing the impact of a prolonged hospital stay after clinical discharge, as well as of the patient referral approach, on stroke patients' functioning and QoL”. At a more specific and operational level, this study aims at analyzing the patients' function and perceived QoL through assessments at hospital admission, clinical discharge, at 1-month and 3-month follow-up; investigating this evolution according to the number of days elapsed between the patient's being fit for discharge and actual discharge, as well as according to the patients' destination after discharge and their experiences (in different moments after the event). Additionally, the second phase aimed at characterizing the patients' experiences after returning home, and identifying the patients' perceptions of the illness and recovery process, as well as how they coped with the admission and discharge processes. This study complied with all ethical requirements.

Based on the results, the discussion and the conclusions of this study, we confirm the different magnitudes of impairment of QoL, following the event. The same scenario was true for overall functioning. It is not clear whether this negative impact results directly from the delay between being fit-for-discharge and actual discharge (prolonged hospitalization), or from the referral options after discharge. We observed that many patients remained in the hospital long after clinical discharge, with a post-discharge waiting period of 674 days. In opposition to a relatively acceptable mean length of stay (8.7 ± 5.25 days), data showed a significantly different length of stay (30.6 ± 19.82 days) for those patients with a prolonged length of stay. Patients with three (or more) additional days of hospital stay showed minor gains. With regard to post-discharge referral options, there were differences between theory and actual practice. The experiences reported by the patients in the subsample allowed for the identification of two possible patterns: a healthy and a pathological pattern.

In general, the study reported significant gains between admission and the 3-month follow-up on motor, instrumental, or emotional/cognitive functions. Data showed gender differences, as well as differences related to the differentiated neurological damage and comorbidities. Patients with less favorable scores were mainly referred to long-term care units. Gait recovery and autonomy are the main endpoints when analyzing functioning from the patients' perspective.

QoL was negatively affected, with the mean scores across its dimensions indicating the patients' negative perception of QoL and health condition, despite their favorable evolution over time. Only the pain/discomfort dimension showed a negative evolution, and usual activities was the most affected dimension. Gender differences were found in patients' perceptions.

Patients with a prolonged hospital stay showed poorer QoL. This decline is obviously a result of many factors, namely the patients' initial clinical condition.

Consequently, the multiple variables had a moderate predictive and causal effect in QoL variance, and the prolonged hospital stay emerged as a low-impact overall predictor, despite showing higher scores among male patients. Patients' functioning explained a high variance in QoL (61.1% to 78.3%), having a lower predictive effect in women than men (using the same scales). This confirms the close association between functioning and QoL and the gender differences in patients' perceptions.

The stepwise selection showed that a prolonged hospital stay is not a statistically significant variable when using the QoL measure. Functional variables become determining factors in this analysis, incremented by the depression variable. Most patients returned home, but many were referred to long-term care units or other institutions/venues.

Reported experiences usually follow the general rules of transition processes, which were adjusted accordingly, as mentioned above.

Were these patients' function and QoL affected by the time elapsed from clinical discharge and hospital release, or even by their subsequent referral? There is no clear answer, and the identified limitations contributed to this uncertainty.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIT – acidente isquémico transitório

AIVD/ aivd – actividades instrumentais de vida diária

ARS-C – administração regional de saúde do centro

AVC – acidente vascular cerebral

AVD/ AVD`s – actividades de vida diária

Conf./cf. – confirmar

DALY – disability-adjusted life year; anos de vida ajustados à doença/ incapacidade

DCV/d.c.v. – doenças cerebrovasculares

EADH – escala de ansiedade e depressão hospitalar

EGA – equipa de gestão de altas

EQ5D3L/ eq5d3l – escala de qualidade de vida do grupo EuroQol, com 5 dimensões e 3 níveis

ESO – the European stroke organization

FAI – frenchay activities index

FMUP – faculdade de medicina da universidade do porto

GDH – grupos de diagnósticos homogéneos

HUC/ CHUC – hospitais da universidade de coimbra / centro hospitalar e universitário de coimbra, EPE

IB – índice de barthel

INE – instituto nacional de estatística

MIF – medida de independência funcional

mRS – escala modificada de rankin

NIHSS/ nihss - national institute of health stroke scale (escala AVC do instituto nacional de saúde - USA)

OMS – organização mundial de saúde

PNS – plano nacional de saúde

PU – processo único

QdV/ qdv – qualidade de vida (QdVt - qualidade de vida “total”, na soma de pontuações)

RNCCI – rede nacional de cuidados continuados integrados

SPAVC – sociedade portuguesa do acidente vascular cerebral

TOAST – trial of org 10172 in acute stroke treatment

U-AVC – unidade de acidentes vasculares cerebrais

UCC/ ucc – unidade de cuidados continuados

V.n./ Valid N – valor de “n”, assumido no tratamento estatístico informático (nos quadros estatísticos)

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	19
 PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
 CAPÍTULO 1 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	 27
1.1 – Definição e conceitos	27
1.2 – AVC: síntese dos mecanismos fisiopatológicos.....	28
1.3 – Etiologia do AVC isquémico.....	28
1.4 – Factores de risco do AVC isquémico.....	29
1.5 – Tratamento do AVC.....	33
1.6 – Classificação	34
1.6.1 – Classificação de Bamford de Oxfordshire.....	35
1.6.2 – Classificação TOAST	35
1.6.3 – Classificação TOAST modificada.....	36
1.7 – Principais síndromes isquémicas	37
1.8 – O AVC: desafio para as ciências básicas e tecnológicas	38
 CAPÍTULO 2 – O DOENTE VÍTIMA DE AVC: PRINCIPAIS REPERCUSSÕES	 41
2.1 – A fase aguda e potenciais complicações	43
2.2 – Em torno do conceito de funcionalidade.....	44
2.2.1 – Funcionalidade e algumas das suas medidas	48
2.3 – A qualidade de vida e sua medida	48
2.4 – Manifestações psicopatológicas e cognitivas.....	52
 CAPÍTULO 3 – O AVC, SISTEMA DE CUIDADOS, SOCIEDADE E TRANSIÇÕES	 57
3.1 – A crueza da estatística.....	57
3.2 – As políticas públicas.....	58
3.2.1 – As políticas públicas: unidades de AVC (u-AVC)	60
3.2.2 – As políticas públicas: orientação pós-hospitalar e outras	61

3.3 – O efeito “fim-de-semana”	63
3.4 – Doentes num processo de transição e de recuperação da capacidade de autocuidado	63

CAPÍTULO 4 – QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE VÍTIMA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: TEMPO DE INTERNAMENTO, PLANEAMENTO DA ALTA E FUNCIONALIDADE. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	67
--	----

PARTE II: INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 1 - MATERIAL E MÉTODOS	85
1.1 – Problema de investigação. Justificação, relevância e objectivos.....	85
1.2 – Tipo de estudo.....	87
1.3 – População, amostra e critérios inclusão/ exclusão.....	87
1.4 – Variáveis e instrumentos de recolha de informação	88
1.4.1 – Primeira fase do estudo.....	89
1.4.2 – Segunda fase do estudo.....	96
1.5 – Análise dos dados e <i>software</i> utilizado	97
1.6 – Aspectos formais e éticos	97
CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	99
2.1 – Elementos sociodemográficos e clínicos.....	99
2.2 – Capacidade funcional e actividades básicas de vida diária: índice de barthel	114
2.3 – Capacidade e desvantagem: escala de rankin modificada	120
2.4 – As manifestações psico-emocionais: escala de ansiedade e depressão hospitalar	123
2.5 – Dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde.....	128
2.6 – Capacidade funcional e escala de actividades instrumentais da vida diária	140
2.7 – Qualidade de vida como resultado [mrls ¹].....	146
2.8 – Qualidade de vida como resultado [mrlm ²].....	151
2.9 – O encaminhamento pós-hospitalar	158
2.10 – Vivências pós-AVC isquémico – as pessoas e seus contextos, em abordagem distanciada no tempo pós-evento	170

¹ Modelo estatístico de regressão linear simples;

² Modelo estatístico de regressão linear múltipla

CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO.....	181
3.1 – O tempo de internamento hospitalar; da alta clínica à saída efectiva.....	182
3.2 – A funcionalidade	186
3.3 – A qualidade de vida.....	191
3.4 – O encaminhamento pós-hospitalar e a vivência no tempo longo; um processo de transição.....	197
CONCLUSÃO.....	203

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS



INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação TOAST modificada.....	36
Tabela 2 - Critérios de inclusão.....	67
Tabela 3 - Apresentação sumária, dos estudos.....	70
Tabela 4 - As variáveis preditoras, inseridas no modelo	157

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 - Ponderação de risco de AVC	30
Figura 2 - Algoritmo para gestão do AVC e AIT	33
Figura 3 - Classificação de Oxfordshire e possíveis repercussões clínicas.....	38
Figura 4 - Um modelo de transições, na perspectiva de enfermagem.....	66
Figura 5 - Diagrama do processo de selecção dos estudos.....	69

INDÍCE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Classificação TOAST modificada.....	101
Gráfico 2 - Classificação dos episódios de AVC / OXFORDSHIRE.....	102
Gráfico 3 - N° de dias entre "alta - saída efectiva" (Frequency: n° de doentes)	107
Gráfico 4 - Distribuição dos valores "NIHSS na alta", em função do recurso, ou não, à terapia fibrinolítica (Frequency: n° de doentes)	112
Gráfico 5 - Amplitude da recuperação neurológica "admissão – alta" em função do recurso à fibrinólise intravenosa.	113
Gráfico 6 - Ilustração dos scores obtidos na escala modificada de Rankin: score previo ao AVC e evolução, da admissão aos 90 dias.	121
Gráfico 7 - Dimensões EQ5d3L	129
Gráfico 8 - Dimensões em estudo e a evolução percebida entre a alta e os 90 dias pós-AVC, dado o agrupamento dicotómico <i>não ter problemas</i> ou <i>ter problemas</i> (= alguns...; muitos...)	132

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1 - Causas do AVC isquémico	28
Quadro 2 - Factores de risco do AVC isquémico (INTERSTROKE)	31
Quadro 3 - Anos potenciais de vida perdidos, por doenças cerebrovasculares (Anos)	52
Quadro 4 - Alguns documentos e suas finalidades (sítio web da DGS).....	59
Quadro 5 - Estratégias de pesquisa e resultados, em número de artigos seleccionados.....	68
Quadro 6 - Estudos, atendendo a aspectos como país, objectivos, metodologia ou desenho de investigação, contexto e participantes envolvidos.....	71

Quadro 7 - Estudos, atendendo aos seus principais resultados e conclusões	74
Quadro 8 - Escala de AVC do NIH (NIHSS) - pontuações e respectivo significado	90
Quadro 9 - Pontuação para cada subescala da EADH e classificação das manifestações respectivas, em duas interpretações/ leituras possíveis (A e B)	92
Quadro 10 - Valores obtidos na NIHSS.....	100
Quadro 11 - Factores de risco e outros diagnósticos	101
Quadro 12 - Classificação dos episódios / TOAST MODIFICADA	102
Quadro 13 - Classificação dos episódios de AVC / OXFORDSHIRE	102
Quadro 14 - Lateralização esquerda e/ou direita, verificada após admissão	103
Quadro 15 - Outras assimetrias frequentemente referidas/ identificadas / problemas de equilíbrio e/ou coordenação.....	103
Quadro 16 - Exemplos de alterações sensoriais descritas/ registadas nos PU, assinaladas no campo da questão “perturbação evidente do campo visual?”	103
Quadro 17 - Exemplos de alterações sensoriais “dor” registadas nos PU.....	104
Quadro 18 - Exemplos de alterações comunicacionais registadas nos PU.....	104
Quadro 19 - Distúrbios emocionais.....	105
Quadro 20 - Medidas terapêuticas implementadas (<i>ab initio</i>)	105
Quadro 21 - Tempos de internamento: admissão – alta – saída efectiva (110 doentes)	106
Quadro 22 - Tempo médio de internamento (dias t ₁ -t ₂) e género	106
Quadro 23 - Tempo em espera, até concretização da saída efectiva	107
Quadro 24 - Grupos [= > dias entre alta e saída efectiva] e médias dos scores na NIHSS (var: 0 a 42)	108
Quadro 25 - Grupos [= > dias entre alta e saída efectiva] e médias dos scores na NIHSS (var: 0 a 42) e GÉNERO	109
Quadro 26 - Grupos [= > dias entre alta e saída efectiva] e médias dos scores na NIHSS (var: 0 a 42) e GÉNERO	109
Quadro 27 - Idades agrupadas	110
Quadro 28 - Grupos [= > dias entre alta e saída efectiva] e médias dos scores na NIHSS (var: 0 a 42)	110
Quadro 29 - Idades agrupadas, NIHSS e Grupos [= > dias entre alta e saída efectiva], médias dos scores na NIHSS (var: 0 a 42)	111
Quadro 30 - NIHSS e terapêutica fibrinolítica.....	111
Quadro 31 - Índice de Barthel/ amostra total	115
Quadro 32 - Índice de Barthel, considerado o género	115
Quadro 33 - Índice de Barthel, género, classe de idades “3” e prolongamento t ₂ -t ₂	116
Quadro 34 - Índice de Barthel: orientação clínica na alta/ saída	117
Quadro 35 - Índice de Barthel: prolongamento de internamento	117
Quadro 36 - Índice de Barthel: classes de idades.....	117
Quadro 37 - Índice de Barthel, classes de idades.....	118
Quadro 38 - Índice de Barthel (IB) em análise emparelhada	118
Quadro 39 - Índice de Barthel (IB) em análise emparelhada, em função do <i>prolongamento de internamento</i>	119
Quadro 40 - Sumário da avaliação via mRS (<i>Escala de Rankin Modificada</i>)	120
Quadro 41 - Grupos 1 e 2 [= > dias entre alta e saída efectiva: 1 < 3d; 2 ≥ 3d] e funcionalidade pela escala modificada de Rankin	121
Quadro 42 - Género e médias na mRS.....	122
Quadro 43 - Género dos doentes, funcionalidade via mRS e grupos [= > dias entre alta e saída efectiva: 1 < 3d; 2 ≥ 3d]	122
Quadro 44 - Correlações entre a escala de Rankin (nos ≠ momentos) e outras medidas de funcionalidade e qualidade de vida utilizadas.	123
Quadro 45 - EADH (ANS & DEP) no grupo.....	124
Quadro 46 - EADH (ANS & DEP) no grupo, tratamento emparelhado	124
Quadro 47 - EADH (ANS & DEP) no grupo, tratamento emparelhado, por género	124
Quadro 48 - EADH (ANS & DEP), por grupos (gp1 e gp2) e por género.....	125
Quadro 49 - EADH (ANS & DEP) em tratamento estatístico emparelhado, por grupo	125
Quadro 50 - EADH e orientação clínica na alta/ saída	126
Quadro 51 - EADH (ANS & DEP) no grupo; tratamento emparelhado, momentos de avaliação mais afastados	126

Quadro 52 - EADH (ANS & DEP) no grupo; tratamento emparelhado, momentos de avaliação mais afastados, nos grupos e por género	127
Quadro 53 - Dimensões da escala EQ5D3L em abordagem longitudinal e temporal	128
Quadro 54 - Dimensões da EQ5D3L e momentos de avaliação considerados	129
Quadro 55 - Género, dimensões da EQ5D3L e momentos de avaliação temporalmente mais distantes	130
Quadro 56 - Dimensões da EQ5D3L em leitura agrupadas	131
Quadro 57 - Soma de scores do questionário de saúde integrante da escala EQ5D3L	132
Quadro 58 - Análise emparelhada, reflectindo o decurso do tempo pós-AVC.....	132
Quadro 59 - Género e somas dos scores do questionário de saúde (EQ5D3L)	133
Quadro 60 - Idades agrupadas e qualidade de vida (EQ5D3L)	133
Quadro 61 - Idades agrupadas, género e qualidade de vida (EQ5D3L)	134
Quadro 62 - Grupos 1 e 2 [$1 < 3d$; $2 \geq 3d$] e qualidade de vida (EQ5D3L) avaliada na alta/ saída, pelos 30 e 90 dias.....	134
Quadro 63 - Idades agrupadas, género, prolongamento “ t_2-t_2 ” e percepção do estado de saúde (EQ5D3L)	135
Quadro 64 - Orientação dos doentes e percepção do estado de saúde (dimensões da EQ5D3L)	135
Quadro 65 - Orientação dos doentes e percepção do estado saúde (dimensões da EQ5D3L)	135
Quadro 66 - Dimensões agrupadas da EQ5D3L [<i>não ter/ ter problemas</i>], no momento da alta/saída e aos 90 dias e... orientação dos doentes.....	136
Quadro 67 - Dimensões agrupadas da EQ5D3L [<i>não ter/ ter problemas</i>], no momento da alta/saída e aos 90 dias... e orientação dos doentes.....	136
Quadro 68 - Index decorrente das ponderações das diferentes dimensões da EQ5D3L – PORTUGAL.....	137
Quadro 69 - Index decorrente das ponderações das diferentes dimensões da EQ5D3L – Portugal... e género.....	137
Quadro 70 - Index decorrente das ponderações das diferentes dimensões da EQ5D3L – Portugal: teste t.....	138
Quadro 71 - AIVD standardizada, aos 30 e aos 90 dias, entre géneros e total	140
Quadro 72 - Teste para medidas emparelhadas: aos 30 e 90 dias pós-AVC, mulheres (m), homens (h) e total	140
Quadro 73 - Teste para medidas independentes: aos 30 e 90 dias pós-AVC, mulheres (m), homens (h) e total.....	141
Quadro 74 - Teste para medidas independentes: Valor total aos 30 e 90 dias, em função do tempo t_2-t_2	141
Quadro 75 - Teste para medidas emparelhadas: AIVD total aos 30 e 90 dias (Grupo e avaliações aos 30 e 90 dias)	141
Quadro 76 - TNP para medidas emparelhadas: AIVD total aos 30 e 90 dias, no grupo 2.....	142
Quadro 77 - AIVD nas mulheres, aos 30 e 90 dias, analisadas em função do tempo t_2-t_2 [Teste para MI]	142
Quadro 78 - AIVD feminino, aos 30 e 90 dias	142
Quadro 79 - AIVD nos homens, aos 30 e 90 dias, analisadas em função do tempo t_2-t_2 [Teste para MI]	143
Quadro 80 - AIVD nos homens, aos 30 e 90 dias, no grupo 2 [TNP para MI]	143
Quadro 81 - Quadro de síntese dos testes utilizados	143
Quadro 82 - Factores da escala de AIVD, género feminino, aos 30 dias (3) e aos 90 dias (4)	144
Quadro 83 - Factores da escala de AIVD aos 30 e 90 dias, em função do tempo de permanência t_2-t_2 , prolongamento de internamento [Teste para MI]	144
Quadro 84 - Repercussão do tempo t_2-t_2 (prolongamento de internamento) na percepção de Qdv, enquanto % da sua variância explicada.....	146
Quadro 85 - Repercussão do tempo t_2-t_2 (<i>prolongamento de internamento: n° de dias</i>) na percepção de Qdv (todo o grupo), com base na estrutura de índices para a população portuguesa	147
Quadro 86 - Repercussão do tempo t_1-t_2 (tempo total de internamento) na percepção de QdV (todo o grupo), com base na estrutura de índices para a população portuguesa	147
Quadro 87 - Repercussão do dano neurológico sofrido (traduzido pelos scores da NIHSS, avaliados em 3 momentos) na percepção de QdV também em 3 momentos, enquanto % da sua variância explicada	148
Quadro 88 - Repercussão das manifestações de ansiedade e de depressão (traduzidas pelos scores da eadh, obtidos em 3 diferentes momentos) na percepção de QdV (igualmente em 3 momentos), enquanto % da sua variância explicada.....	148
Quadro 89 - Repercussão da funcionalidade (traduzida pelos scores das escalas Rankin, Barthel e AIVD, obtidos em 3 diferentes momentos) na percepção de QdV - também em 3 momentos - enquanto % da sua variância explicada.....	149
Quadro 90 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 30 dias pós-AVC. (METH=ENTER)	151
Quadro 91 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 90 dias pós-AVC. (METH=ENTER)	152
Quadro 92 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 90 dias pós-AVC. (METH=ENTER)	152
Quadro 93 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 90 dias pós-AVC. (METH=ENTER)	153
Quadro 94 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 90 dias, considerado o género. (METH=ENTER)	153

Quadro 95 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV do grupo, aferida aos 90 dias. (METH=ENTER)	154
Quadro 96 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 90 dias, considerados os géneros. (METH=ENTER)	155
Quadro 97 - Variáveis e sua repercussão na percepção de qualidade de vida, aferida aos 90 dias.....	156
Quadro 98 - Variáveis e sua repercussão na percepção de qualidade de vida, aferida aos 90 dias.....	156
Quadro 99 - Orientação clínica na saída do hospital (encaminhamento pós-hospitalar)	158
Quadro 100 - Orientação clínica implementada à saída e algumas variáveis de interesse, em função dos vários momentos de avaliação efectuados	159
Quadro 101 - Variáveis que caracterizam a percepção de “funcionalidade”, em função de 2 momentos de avaliação efectuados.....	159
Quadro 102 - Orientação clínica à saída (encaminhamento pós-hospitalar) e variáveis que caracterizam a percepção de “funcionalidade”, aos 30 e 90 dias	160
Quadro 103 - Género e variáveis que caracterizam a percepção de “funcionalidade”, aos 30 e 90 dias.....	160
Quadro 104 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Rankin), aos 90 dias pós-AVC.....	161
Quadro 105 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Rankin), aos 90 dias pós-AVC.....	161
Quadro 106 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Rankin), aos 90 dias pós-AVC.....	162
Quadro 107 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Rankin), aos 90 dias pós-AVC, em função do género dos doentes.....	162
Quadro 108 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Rankin), aos 90 dias pós-AVC, em função da orientação clínica implementada	163
Quadro 109 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Barthel), aos 90 dias pós-AVC	163
Quadro 110 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Barthel), aos 90 dias pós-AVC	164
Quadro 111 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Barthel), aos 90 dias pós-AVC, em função do género dos doentes.....	164
Quadro 112 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Barthel), aos 90 dias pós-AVC, em função da orientação clínica implementada	165
Quadro 113 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala aivd), aos 90 dias pós-AVC.....	166
Quadro 114 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala aivd), aos 90 dias pós-AVC.....	166
Quadro 115 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala aivd), aos 90 dias pós-AVC, em função do género dos doentes.....	167
Quadro 116 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na qualidade de vida (QdV, aos 90 dias), em função da orientação clínica implementada...168	168
Quadro 117 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na qualidade de vida (QdV, aos 90 dias), em função da orientação clínica implementada...168	168
Quadro 118 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na qualidade de vida, em função da orientação clínica e género dos doentes.....	169

INTRODUÇÃO

O cérebro e o seu estudo têm originado o movimento de enormes montantes financeiros e prepara-se para ser (está a ser) novamente, o objecto de uma profunda investigação, financiada por milhões de euros (dólares), num esforço transnacional e convergente que possa conduzir à mais abrangente compreensão do seu funcionamento, dada a sua intrínseca complexidade; isto é válido enquanto órgão saudável, logo sê-lo-á, inquestionavelmente, quando doente. Como refere Bill Newsome (in Abbott, 2013), o cérebro constitui o desafio intelectual do século XXI. Outro neurocientista, Konrad Kording, sublinhava quão impressionante e capaz é este maravilhoso órgão humano, pois «produz em 30 segundos tantos dados quanto o Telescópio Espacial Hubble produziu em toda a sua vida» (Abbott, 2013:273). São contemporâneas as expressões, as notícias, sobre “the human brain project” ou, lançada mais recentemente nos EUA o “brain initiative 2013”; procurando, quanto possível, o seu melhor entendimento e compreensão.

Obviamente que os problemas são enormes, quando algo não corre pelo melhor, quando o seu funcionamento está perturbado. Sabemos, actualmente, que «cerca de 70-80% dos grandes problemas de saúde do mundo industrializado, estão relacionados com comportamentos das populações e atitudes individuais e colectivas perante os factores de risco» (Marinho, 2012:143), parecendo consensual que tal obrigará a apostas efectivas na vertente educacional e preventiva.

Por outro lado, também sabemos que estas doenças representam um dos principais problemas de saúde com que se debatem as sociedades modernas e que os seus actuais e elevados custos sofrerão ainda forte aumento nos próximos anos, particularmente devido ao aumento da prevalência das diversas doenças do sistema nervoso, com o aumento da esperança de vida. (Malva&Bernardino, 2010)

Desse grupo de doenças do cérebro, sublinhamos aqui as doenças cerebrovasculares, dando materialidade ao que nos conduziu a este vasto campo de trabalho; sobre o acidente vascular cerebral (AVC) já muito conhecimento dispõe a comunidade científica, os decisores das políticas de saúde e os cidadãos. Continua, apesar de tal facto, a constituir um enorme desafio para tais actores, tal é a grandeza trágica das suas consequências. Está entre os primeiros, nas piores estatísticas, por ser, normalmente, um evento devastador para os que sobrevivem (Minzenberg, 2010)

Esta entidade, o AVC, «é um dos principais factores de morbilidade e mortalidade em todo o mundo; depois das doenças cardiovasculares e cancro, surge como a 3ª causa de morte nos países industrializados». (ESO, 2013)

De uma enorme grandeza a nível global, ocupa a sétima posição entre as causas de perda de anos de vida ajustados à doença/ anos de vida potencialmente perdidos – DALYs. (Lopez&Mathers, 2006 citado por Langhorne *et al*, 2009)

Entre nós, apesar das melhorias registadas no decorrer da 1ª década do século XXI, «as doenças cerebrovasculares e as doenças isquémicas cardíacas mantiveram-se como as causas mais expressivas de anos de vida potencialmente perdidos (AVPP) evitáveis através de cuidados de saúde.» (DGS, 2013). A cada 5 minutos ocorre um AVC entre a população portuguesa, conforme nos alerta a sociedade portuguesa do AVC.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da população adulta a nível mundial, apresenta hipertensão arterial, condição que provoca cerca de metade de todas as mortes por AVC e doenças cardíacas (Gammon, 2013).

Nos Estados Unidos atribui-se esta fatídica liderança, como causa de morte, ao binómio AVC/DCV (CDCeP, 2013). A nível europeu, constitui-se mesmo como a mais importante causa de morbilidade e incapacidade permanente. (ESO, 2013)

Quanto a Portugal, e embora sejam inegáveis os progressos dos últimos anos, é dos países da Europa Ocidental aquele com a mais elevada taxa de mortalidade por tal causa, sendo também pouco favoráveis as estatísticas referentes à sua incidência, à sua prevalência e sua letalidade. (Correia, 2006).

Embora pareçam contraditórios alguns dos documentos consultados, efeito naturalmente relacionado com a sua escala e prisma de análise, podemos citar Oliveira (2012:263) quando refere que os «*acidentes vasculares cerebrais constituem entre nós um flagelo, dada a sua elevada incidência, pois enquanto nos países ditos desenvolvidos: Europa e Estados Unidos, Canadá etc. constituem a terceira causa de morte e incapacidade permanente, entre nós correspondem à primeira causa. Os números oficiais mostram que em 2009 faleceram por acidente vascular cerebral (AVC) 14285 cidadão (6127 homens e 8158 mulheres).*»

Desafios tremendos, bem delineados – e mesmo quantificados – no 2º documento de consenso – Declaração de Helsingborg – publicado em 2006 e com horizonte temporal de 2015. Como grande objectivo para estes doentes, no que se refere em particular à esfera da reabilitação, é que 70% dos sobreviventes sejam independentes nas suas actividades de vida diária aos 3 meses pós ocorrência (Kjellström *et al*, 2007).

O caminho está a ser feito, de forma desigual nos diversos países europeus, na perspectiva das melhores respostas para a saúde das populações.

A comunicação social (potenciada através das redes sociais) vai dando eco de informações, avisos, alertas, campanhas, num efectivo serviço público em prol de melhor literacia da população, procurando melhores resultados em saúde através da progressiva e mais abrangente consciencialização para a situação. Ninguém fica indiferente ao ler, por exemplo, que uma técnica reverte os efeitos do AVC ao minuto; a curiosidade, a eventual proximidade com o fenómeno, fará o resto. A palavra dos profissionais está a disposição da população, cabe a essa uma atitude proactiva antes de estar imersa no problema, nomeadamente quando as reais condições se tornam adversas.

Já em 1997 se afirmava que «em Portugal, a dimensão real do problema não é conhecida, uma vez que não existem estudos epidemiológicos de base populacional que possibilitem a caracterização efectiva deste fenómeno», logo sublinhando que «os indicadores disponíveis permitem (...) afirmar que a situação é mais grave (do que nos restantes países), na medida em que os AVC`s representam a primeira causa de morte e de incapacidade da população portuguesa.» (Gonçalves & Cardoso, 1997:543)

Não deixando de ainda conter verdade, estas afirmações vão sendo confrontadas com outras menos negativas; no final de 2014, num congresso que reuniu centenas de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, Castro Caldas lembrou-nos alguns aspectos desta esfera de intervenção, com palavras optimistas e que sustentam uma abordagem terapêutica mais entusiasta; disse que o cérebro «é muito mais plástico em termos de adaptação» do que aquilo que antigamente se pensava, com novas células em permanente formação e, por outro lado, dada a melhor profilaxia e mais e melhores formas de intervenção, esse está, hoje, «mais protegido». (Caldas; 2015:35)

O programa HORIZON2020 (The EU Framework Programme for Research and Innovation 2014-2020) contém desafios consideráveis para a ciência e para a tecnologia, também na esfera da saúde e bem-estar das pessoas. Com definição de 3 grandes prioridades, há cabimento às questões da saúde, alterações demográficas e bem-estar das sociedades e populações. Vertente preventiva, certamente, mas sempre fundamental para uma melhor saúde... (EC-European Commission; 2014)

A demografia aprofunda e vinca dificuldades; em Portugal «a percentagem de jovens recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011. Na população idosa assistiu-se ao movimento inverso tendo

passado de 16% em 2001 para 19% em 2011.» Estes dados do Censos de 2011 (INE, 2012) perspectivam ainda um cenário populacional mais sombrio através das projecções deixadas para 2040, 2050 e, mesmo, 2060. Preocupante.

À medida que a população envelhece, a morbilidade - *burden of disease* - aumentará na sociedade (Kjellström *et al*, 2007; di Carlo, 2009), quer a análise seja feita para uma escala local, nacional, europeia ou mundial; na sequência dos trabalhos de Murray *et al* (2012; 2013), novas abordagens complementares vêm sendo feitas, nomeadamente as desenvolvidas por Murray *et al* (2015) e Vos *et al* (2015); estes colaboradores dum trabalho mais vasto relembram agora, juntando novos aos dados originais, que a esperança média de vida com saúde/ saudável vem crescendo menos do que o valor da esperança média de vida, ou seja, vem aumentando o tempo de vida em situação de doença ou de incapacidade. Os autores acentuam a necessidade de se encontrarem caminhos mais efectivos para a prevenção ou tratamento das principais causas de doenças ou incapacidades.

Tais afirmações cruzam-se, naturalmente, com o tema aqui tratado, dada a elevada contribuição das doenças cerebrovasculares para este convívio com a doença e a incapacidade acima referida. Basta lembrar os principais problemas decorrentes do AVC, sejam os de natureza estritamente motora, mas também os de natureza cognitiva e psicológica, sem esquecer dificuldades mais específicas relativas à esfera comunicacional, alimentar, respiratória, algica.

No presente trabalho, estruturado em 2 partes, subdivididas em capítulos, analisam-se alguns aspectos intrínsecos ao AVC e às pessoas vítimas do mesmo, tendo como elementos centrais, constituindo o seu tema, os da “funcionalidade e qualidade de vida em doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico: estudo da influência do período de tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva, e do encaminhamento pós-hospitalar”. São aspectos centrais os relativos à funcionalidade e à qualidade de vida, aqui perspectivados e analisados também na sua intersecção com o tempo de internamento e com o encaminhamento pós-hospitalar decorrente.

De forma relativamente estruturada, todos estes conceitos serão objecto de aprofundamento em etapas seguintes; particularmente os conceitos mais genéricos de funcionalidade e de qualidade de vida os quais, de forma muito básica mas plena de significado, podem resumir-se à seguinte expressão, ouvida a um dos nossos interlocutores (doente) e para o qual, na sequência do evento sofrido, o que mais o preocupava era a potencial incapacidade para vir a fazer uso da casa de banho e da mesa.

Segundo o dicionário da língua portuguesa contemporânea (da Academia das Ciências de Lisboa e editorial Verbo; 2001), o termo funcionalidade (s.f.) refere-se à qualidade do que é prático, do que é funcional, nomeadamente quando em referência às funções de um órgão ou aparelho, entendidas como perturbações funcionais; também o “Priberam” (*online*) confirma a informação (*funcional* + sufixo *-dade*), definindo o termo como a «qualidade do que é funcional» ou como o «uso especial para que algo é concebido = função, utilidade».

Segundo o mesmo dicionário da língua portuguesa contemporânea, o termo qualidade de vida entronca no polissémico termo “qualidade”, este derivando do latim, sendo explicado como o «conjunto de condições favoráveis ao bem-estar e à realização pessoal». É, pois, um conceito que remete para muitas possíveis áreas ou condições, naturalmente diferentes na sua natureza. Também o “Priberam” (*online*) desconstrói o termo qualidade confirmando a polissemia indicada e, relativamente ao conceito composto de qualidade de vida, define-o como o «conjunto de condições para o bem-estar de um indivíduo ou conjunto de indivíduos.»

A título de exemplo, sem pretender confundir idosos com doentes (e vice-versa), de referir que um estudo desenvolvido por investigadores de Coimbra (Rodrigues *et al*, 2015) revela que quase 70% da população idosa (≥ 75 anos) e utente dos centros de saúde desse concelho carece de respostas direccionadas para as áreas onde revela incapacidades funcionais (saúde física, actividades de vida diária, saúde mental, recursos económicos e recursos sociais), sendo na esfera da saúde física que maior número de indivíduos (41,3%) demonstra mais fragilidade.

Sem dúvida que de entre um vasto leque de condições, as perturbações na saúde desencadeiam, naturalmente, modificações de *status* que, por sua vez, perturbam a referida funcionalidade e a percepção individual de qualidade de vida.

Neste estudo pretendemos avaliar em que medida o prolongamento de internamento após a indicação de alta clínica (ou seja, o tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva), assim como o encaminhamento (pós-hospitalar) adoptado, condiciona a funcionalidade e a qualidade de vida dos doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico. Esta formulação constituiu a nossa questão de investigação, tendo sido definidos os seguintes objectivos específicos:

- 1 – Estudar a funcionalidade e a expressão da qualidade de vida de doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico, em avaliações efectuadas na admissão, na alta clínica, aos 30 e 90 dias após esse evento.
- 2 – Analisar esta evolução em função do número de dias decorridos entre a alta e a saída efectiva.

3 – Analisar esta evolução em função do destino após a alta e das suas vivências, estas referidas a momentos já distantes no pós-evento.

Os holofotes da ciência estão significativamente dispersos; face à doença cerebrovascular procuram-se ainda novas abordagens, optimizam-se recursos terapêuticos (Kim *et al*, 2015) mas as interrogações e preocupações ligadas à qualidade de vida sempre estiveram presentes e acentuam-se hoje com a emergência de novas perspectivas, sejam o recurso ao testamento vital, a possibilidade de distanásia/eutanásia, o discutido intensivismo ou obstinação terapêutica, etc., sempre tendo como pano de fundo a velha questão da qualidade de vida, mais do que a dor, ou a função, ou a perturbação cognitiva como entidade isolada.

Como esclarecimento prévio, uma referência à ortografia utilizada: este trabalho (relatório) está redigido na língua e ortografia originalmente aprendida pelo autor, sem utilização das actuais regras (AO90), as quais foram implementadas enquanto estava a se redigido. Assim, foi nossa opção manter a ortografia anterior, pelo que se denotarão erros ou imprecisões, ou mesmo confusão na adopção de regras de um e de outro acordo ortográfico.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Estudar o acidente vascular cerebral (AVC) conduz-nos por um imenso campo de abordagens, perspectivas e investigações efectuadas que seria difícil esgotar (nem é objectivo) no âmbito do trabalho aqui em desenvolvimento. Por vezes chegam a ser muito cruas as palavras com que é definido, como referi-lo enquanto evento devastador e que tem, ou acarreta, consequências catastróficas para os que a ele sobrevivem (Minzenberg, 2010).

Citando Bill Cannon, numa alusão ao vasto campo onde se insere o AVC e às decorrentes consequências, *«as doenças cardiovasculares – patologias do coração, dos vasos sanguíneos e do sistema vascular cerebral – ceifam mais vidas do que qualquer outra coisa, representando quase um terço das mortes a nível mundial.»* (Cannon, 2013:S2)

Sendo conhecimento consolidado, vasto, fazemos uma síntese do mesmo nos aspectos considerados essenciais.

CAPÍTULO 1 – ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A entidade que conhecemos pela sigla AVC, referindo-se a acidente vascular cerebral, enquadra-se num grupo patológico mais vasto, designado por grupo das doenças cardiovasculares (Cannon, 2013:S2), ou mais propriamente, das doenças cerebrovasculares, como abordado em tratado de medicina interna.

1.1 – DEFINIÇÃO E CONCEITOS

No tratado de medicina de Smith, English e Johnston (2012), um dos capítulos reúne o essencial da informação recente relativamente à entidade nosológica aqui abordada.

Em síntese, refere-se que as doenças cerebrovasculares incluem o acidente isquémico, o acidente hemorrágico e as anomalias cerebrovasculares, como aneurismas e malformações arteriovenosas. Nesse tratado o termo «stroke» é definido como a «perda súbita da função cerebral causada por um bloqueio ou ruptura de um vaso sanguíneo para/ no cérebro». Assim, o AVC define-se pelo início súbito, abrupto, de défices neurológicos atribuíveis a uma causa focal vascular, manifestações essas que carecem de interpretação clínica e que são altamente variadas, dada a elevada complexidade cerebral e da sua rede vascular.

Quanto à isquemia cerebral, tem como causa a redução do fluxo sanguíneo cerebral para além de vários segundos; se esta situação de redução ou interrupção da circulação sanguínea dura mais do que alguns minutos, resulta o enfarte ou a morte do tecido cerebral.

Quando estes défices ou manifestações neurológicas regridem completamente num período de 24 horas, estamos perante o designado acidente isquémico transitório (*transient ischemic attack: TIA*); se os sinais e sintomas prevalecem para além das 24 horas, estamos perante o AVC (*stroke*). (idem, 2012).

Muitos doentes ainda ignoram este mecanismo insidioso, porque melhoram ao reverterem os sinais; ficam em espera, colocando em risco a possibilidade de implementação das melhores e mais eficazes estratégias terapêuticas. Uma associação britânica, através de Joe Korner, avisa que os que

ignoram os “mini-AVC`s” se colocam em situação de risco de um episódio mais intenso, provavelmente devastador. (Korner, 2014)

1.2 – AVC: SÍNTESE DOS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

Ainda em referência ao tratado de medicina acima indicado, cabe uma muito breve alusão ao mecanismo fisiopatológico subjacente ao AVC isquêmico.

Assim, se houver interrupção completa do fluxo sanguíneo cerebral, ocorre morte do tecido cerebral num período de 4-10 minutos.

Se tal fluxo sanguíneo apenas se reduzir para valores <16-18ml/100g tecido/minuto, ocorre enfarte dentro de 60 minutos; para valores de fluxo sanguíneo <20ml/100g tecido/minuto, resulta isquemia, sem enfarte, a não ser que se prolongue por várias horas ou dias.

O tecido cerebral que envolve uma região central de enfarte é referida como região penumbra, ou seja, é uma área em isquemia mas reversível nas disfunções neurológicas aí induzidas. (Smith, English & Johnston, 2012)

1.3 – ETIOLOGIA DO AVC ISQUÊMICO

Segundo os mesmos autores, as causas de AVC isquêmico podem ser subdivididas em comuns ou não comuns. O quadro 1, transcrito para este texto (sem tradução), reúne a listagem dessas causas de AVC isquêmico.

Quadro 1 - Causas do AVC isquêmico

Common Causes	Uncommon Causes
Thrombosis	Hypercoagulable disorders
Lacunar stroke (small vessel)	Protein C deficiency
Large vessel thrombosis	Protein S deficiency
Dehydration	Antithrombin III deficiency
Embolitic occlusion	Antiphospholipid syndrome
Artery-to-artery	Factor V Leiden mutation*
Carotid bifurcation	Prothrombin G20210 mutation*
Aortic arch	Systemic malignancy
Arterial dissection	Sickle cell anemia
Cardioembolic	β -Thalassemia
Atrial fibrillation	Polycythemia vera
Mural thrombus	Systemic lupus erythematosus
Myocardial infarction	Homocysteinemia
Dilated cardiomyopathy	Thrombotic thrombocytopenic purpura
Valvular lesions	Disseminated intravascular coagulation
Mitral stenosis	Dysproteinemias
Mechanical valve	Nephrotic syndrome
Bacterial endocarditis	Inflammatory bowel disease
Paradoxical embolus	Oral contraceptives
Atrial septal defect	

Patent foramen ovale Atrial septal aneurysm Spontaneous echo contrast	Venous sinus thrombosis ^b Fibromuscular dysplasia Vasculitis Systemic vasculitis [PAN, granulomatosis with polyangiitis (Wegener's), Takayasu's, giant cell arteritis] Primary CNS vasculitis Meningitis (syphilis, tuberculosis, fungal, bacterial, zoster) Cardiogenic Mitral valve calcification Atrial myxoma Intracardiac tumor Marantic endocarditis Libman-Sacks endocarditis Subarachnoid hemorrhage vasospasm Drugs: cocaine, amphetamine Moyamoya disease Eclampsia
---	---

^a Chiefly cause venous sinus thrombosis. ^b May be associated with any hypercoagulable disorder.

Abbreviations: CNS, central nervous system; PAN, polyarteritis nodosa.

FONTE: Harrison's *Online* > Approach to the Patient: Cerebrovascular Disease.

1.4 – FACTORES DE RISCO DO AVC ISQUÉMICO

Tal com está expresso na página *web* da *National Stroke Association* (NSA), americana, qualquer pessoa pode ter um AVC independentemente da idade, raça ou género, embora a probabilidade varie em função de determinados factores de risco.

Este organismo classifica tais riscos em controláveis (ou modificáveis) e incontroláveis (ou não modificáveis), podendo os primeiros ser subdivididos em duas categorias: riscos relativos a estilos de vida e riscos relativos a condição médica. Nos não modificáveis, incluem riscos como idade, sexo masculino, raça, história familiar. (NSA, 2013)

Esta mesma abordagem foi publicada por Jauch (2000), considerando os factores de risco para o AVC como modificáveis ou não modificáveis e identificando, como modificáveis, os seguintes: elevada pressão sanguínea, tabagismo (fumador), acidente isquémico transitório, doença cardíaca, diabetes mellitus, hipercoagulopatia, estenose carotídea, outros; quanto aos não modificáveis, refere a idade, o género, a raça, o acidente vascular cerebral prévio e a hereditariedade.

Também a página oficial da *American Stroke Association* (ASA) disponibiliza esta informação ao público (ASA, 2013), colocando questões relativas aos factores de risco que não podem ser modificados, aos que podem ser modificados, tratados ou controlados e ainda relativamente aos menos conhecidos e documentados.

Há consenso científico a par de investigações concomitantes, relativamente a esta matéria.

Na área pública do sítio *web* da Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral também é possível encontrar informação relativa a esta vertente dos factores de risco, assim como algumas medidas para minimizar o efeito de cada; são listados, em documento aí alojado (SPAVC, 2013a), alguns factores de risco (hipertensão arterial; tabagismo; fibrilação auricular (arritmia) e outras

doenças do coração; diabetes; colesterol elevado; obesidade; sedentarismo; alcoolismo) e disponibilizadas algumas indicações relativas aos mesmos. Há agora, facilmente acessíveis à generalidade dos cidadãos e dos profissionais de saúde interessados, ferramentas interactivas e visualmente apelativas para medição ou ponderação do próprio risco de AVC ou do risco de AVC para uma determinada pessoa, grupo ou população, permitindo despistagem e intervenção preventiva e educativa em diversos contextos. Um exemplo é o *Stroke Risk Scorecard* (ou ponderação de risco de AVC - figura 1) outro exemplo pode ser o *CHA₂DS₂-VASc Score for Atrial Fibrillation Stroke Risk*; acessíveis *online*, uns mais fáceis e intuitivos, dirigidos ao público em geral, outros mais complexos, destinados a abordagens mais profissionais e especializadas. De algum modo, a ciência desvendada e exposta.

RISK FACTOR	HIGH RISK	CAUTION	LOW RISK
Blood Pressure	<input type="checkbox"/> >140/90 or unknown	<input type="checkbox"/> 120-139/80-89	<input type="checkbox"/> <120/80
Atrial Fibrillation	<input type="checkbox"/> Irregular heartbeat	<input type="checkbox"/> I don't know	<input type="checkbox"/> Regular heartbeat
Smoking	<input type="checkbox"/> Smoker	<input type="checkbox"/> Trying to quit	<input type="checkbox"/> Nonsmoker
Cholesterol	<input type="checkbox"/> >240 or unknown	<input type="checkbox"/> 200-239	<input type="checkbox"/> <200
Diabetes	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> No
Physical Activity	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> 1-2 times a week	<input type="checkbox"/> 3-4 times a week
Weight	<input type="checkbox"/> Overweight	<input type="checkbox"/> Slightly overweight	<input type="checkbox"/> Healthy weight
Stroke in Family	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Not sure	<input type="checkbox"/> No
TOTAL SCORE	<input type="checkbox"/> High Risk	<input type="checkbox"/> Caution	<input type="checkbox"/> Low Risk

Fonte: National Stroke Association; Cada "box" equivale a 1 ponto [alto risco (3pt); cuidado (4-6pt); baixo risco (6-8pt)]

Figura 1 – Ponderação de risco de AVC

No estudo de caso-controlo *INTERSTROKE*, conduzido em 22 países (Março:2007 a Abril:2010) e envolvendo apenas primeiros episódios de AVC agudo, foi identificado um largo conjunto de factores de risco, sendo que 10 desses justificam 90% do risco de ocorrência de AVC, segundo interpretação dos autores. «Os nossos resultados sugerem que dez simples factores de risco estão associados com 90% do risco de AVC isquémico e hemorragia intracerebral a nível mundial.» (O'Donnell *et al*; 2010:122).

Identificaram esses 10 factores de risco; registamo-los no quadro 2:

Quadro 2 - Factores de risco do AVC isquémico (INTERSTROKE)

FACTORES DE RISCO		
História de hipertensão	Tabagismo actual (fumador)	Elevada relação cintura-anca
Elevado score de risco dietético	Falta de actividade física regular	Diabetes mellitus
Excessivo consumo de álcool	Stresse psicossocial ou depressão	Causas cardíacas (ex: prévio enfarte do miocárdio; fibrilhação auricular)
Elevada relação da Apolipoproteína B para Apolipoproteína A1		

Referem, também, que 5 factores de risco (hipertensão, tabagismo activo, obesidade abdominal, dieta e actividade física) contribuem para 80% do risco global de acidente vascular cerebral (isquémico e hemorragia intracerebral) e que, com a adição de 5 outros, este valor global atinge os 90% (O'Donnell *et al*; 2010). Assim, recomendam que intervenções específicas e orientadas para a redução da pressão arterial e tabagismo, a par da promoção da actividade física e de dietas saudáveis, poderia reduzir substancialmente esta percentagem e respectivas consequências. Sob forma gráfica, estes e outros dados podem ser analisados e ponderados; se não controlamos factores como a idade, o género e etnia, através de políticas publicas e educação, facilmente se mitigavam os restantes (Corbyn, 2014).

Não pretendemos, nem faria particular sentido, aprofundar cada um dos conhecidos factores de risco para AVC mas cabe aqui uma referência a alguns dos mais prevalentes e que merecem mais atenção, na actualidade, à comunidade científica. Falamos, por exemplo, da hipertensão arterial, do sedentarismo, da obesidade, da fibrilhação auricular, sem alguma ordem em particular.

Gammon (2013) refere-se à OMS e às suas estimativas, dizendo que cerca de um terço da população (adulta) mundial sofre de hipertensão, condição que causa cerca de metade de todas as mortes devidas a AVC e enfarte do miocárdio/doenças cardíacas.

O CDC&P (2013) alerta os americanos, afirmando que a população está em risco; cerca de metade da mesma (49%) apresenta pelo menos 1 dos 3 factores de risco-chave: pressão sanguínea elevada, elevados índices de colesterol e tabagismo. Obviamente, não deixa de indicar diversas outras condições clínicas e estilos de vida (diabetes, excesso de peso e obesidade, sedentarismo, dieta inadequada, consumo excessivo de álcool) subjacentes ao elevado risco de AVC /enfarte.

Também em Portugal os avisos são recorrentes. A Direcção-Geral da Saúde, em referencia à hipertensão arterial em cuidados de saúde primários, refere que mais de 42% dos adultos portugueses são hipertensos (DGS, 2014b).

Relativamente à fibrilhação auricular, citamos Savage (2013:S12), numa esclarecedora síntese sobre a mesma:

«Atrial fibrillation can be fleeting or permanent; it can last from minutes to hours and stop on its own, or recur regularly, or the heart's rhythm can always be abnormal. The effect can be so mild that it goes unnoticed, but it can also cause palpitations, shortness of breath and weakness, even brief loss of consciousness. Worse, the rapid, irregular heartbeat can lead to heart failure. It also often causes blood clots to form inside the heart. Such clots can travel into the arteries and block the blood supply to the brain, resulting in an embolic stroke; AF causes 15–20% of this form of stroke, and increases the risk of stroke overall by a factor of five, according to the AHA»

Quanto a esta condição específica, Cavaco (2012:405), comentando um artigo científico (Healey, Connolly, Gold *et al*, 2012) refere que *«o número de episódios assintómicos de fibrilhação auricular é superior ao número de episódios sintómicos»* e que *«embora 10 a 15% dos acidentes vasculares cerebrais seja atribuível a fibrilhação auricular documentada, em 25% dos acidentes isquémicos não se consegue identificar um factor etiológico (AVC criptogénico)»*. Diz, assim, admitir-se *«que alguns destes AVC's sejam devidos a FA subclínica, embora se desconheça a prevalência e o prognóstico desta entidade»*.

Em alusão directa aos resultados desse artigo, sublinha ainda que *«do total de doentes com AVC isquémico, 21% tinha tido episódios assintómicos de arritmias auriculares e nenhum tido FA clínica»*. Uma associação com elevada relevância clínica. (Cavaco, 2012:406).

Wolf, Abbott e Kannel (1991) estudam-na enquanto factor de risco independente, para AVC.

Quanto ao sedentarismo e obesidade, podendo ser interpretados, de forma simplista, como as duas faces de uma mesma moeda, contarão igualmente para aumentar a exposição humana ao risco de AVC. Como confirma Davis e Donnan (2012) fazendo referência a outros autores, os estudos observacionais envolvendo doentes com história de AVC indicam que a adopção de comportamentos saudáveis, incluindo prática regular de exercício e a cessação tabágica, estão associados a redução de mortalidade.

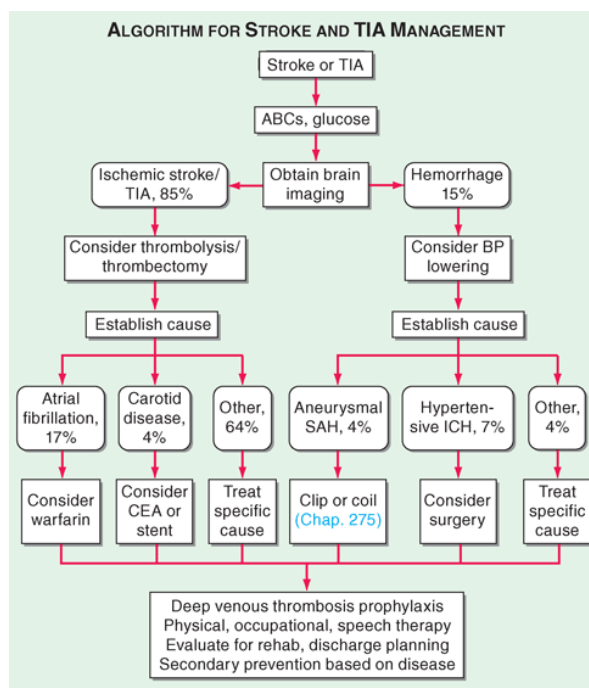
Porque abordamos os factores de risco, nomeadamente os factores de risco de AVC isquémico, façamos uma referência particular aos mesmos enquanto associados ao AVC no adulto jovem. Num recente artigo de revisão, Maaijwee, Rutten-Jacobs, Schaapsmeeders *et al* (2014) cumprem essa tarefa, começando por reconhecer alguns dados importantes: contrariando a tendência associada à maioria das outras doenças, verifica-se diminuição na média de idades de ocorrência de AVC isquémico, devido a um aumento da sua incidência em indivíduos jovens (até 50 anos). Destacam, nestes grupos etários mais baixos (jovens), a diminuição do papel dos factores de risco raros (que estudam e caracterizam), em oposição ao aumento de prevalência dos factores de risco vascular tradicionais, tendo considerado a diabetes, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e tabagismo (AAN, 2012).

Também o trabalho em excesso, pelo menos quanto ao número de horas semanais, se constitui como factor de risco para problemas cardiovasculares e cerebrovasculares, conforme conclusão de Kivimäki, Jokela, Nyberg, *et al* (2015) em artigo disponibilizado *online* pela revista The Lancet.

1.5 - TRATAMENTO DO AVC

Como vem sendo referido, da abordagem terapêutica a esta patologia resultam muitos casos de sucesso mas também muita incapacidade a diversos níveis do funcionamento humano.

Estabelecido o diagnóstico clínico, segue-se um processo organizado de avaliação, decisão e intervenção, no complexo contexto das unidades de saúde e cujo primeiro objectivo será a prevenção ou reversão dos danos cerebrais. Parte desse processo pode ser sintetizado na figura abaixo reproduzida (Harrison's *Online*, 2013).



Source: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: *Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition*: www.accessmedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

FONTE: Harrison's *Online*

Figura 2 – Algoritmo para gestão do AVC e AIT

Dado o conceito de região penumbra, existe tecido recuperável; instituir e salvar essa região é um dos principais objectivos das terapias de revascularização (Smith, English & Johnston, 2012).

Em termos gerais, e ainda segundo os autores antes referidos, recaem em 6 categorias as linhas de acção ou tratamento a instituir perante este doente, de modo a cumprir os objectivos identifi-cados.

Tais categorias são: 1 - apoio médico; 2 - trombólise intravenosa; 3 - técnicas endovasculares; 4 - tratamento antitrombótico; 5 – neuroprotecção; 6 – unidades de AVC/ unidades de reabilitação.

Sobre o tratamento do AVC, nomeadamente o de origem isquémica, poder-se-á dizer que um longo caminho foi já percorrido, mas muito ainda falta percorrer. Utilizando as palavras de Kleinschnitz *et al* (2010), apesar da intensa actividade de pesquisa, apenas uma terapia está disponível e aprovada, a trombólise venosa com rt-PA (activador do plasminogénio tecidual recombinante). Referem, ainda, que a eficácia deste tratamento nos resultados funcionais é, na melhor das hipóteses, moderada, e que mais de 90% do total de doentes com AVC têm que ser excluídos do mesmo devido a um leque de mais de 25 contra-indicações conhecidas e identificadas.

Sendo vital uma intervenção célere, dizendo-se mesmo que “tempo é cérebro” como expressão dessa emergência (na intervenção após início de sintomas/ manifestações); em Portugal, está na identificação das manifestações por parte dos doentes, logo no tempo de chegada ao hospital, um dos principais impedimentos à utilização mais abrangente desta mesma terapia fibrinolítica. É estreita a janela terapêutica (Sandercock, 2012). Educação e informação massiva podem ser determinantes (Cruz, Araújo, Alves *et al*, 2012). A população vai conhecendo novas abordagens, diferentes respostas e avanços efectuados pelas equipas de saúde face ao AVC (Trindade, 2015). Steven Cramer fez uma revisão em torno deste tópico, incidindo quer nos mecanismos espontâneos de recuperação (Cramer, 2008b) quer nas novas e emergentes terapias restaurativas (Cramer, 2008a), dado o seu potencial impacto na redução dos efeitos directos e indirectos do AVC, consideradas as múltiplas esferas afectadas: sejam a incapacidade funcional resultante, de natureza motora, mas igualmente as dificuldades de natureza psicossocial.

1.6 – CLASSIFICAÇÃO

Diversas classificações para os tipos/ subtipos de AVC são conhecidas e de utilização corrente na prática clínica.

Consultando o portal da codificação clínica e dos GDH (grupos de diagnósticos homogéneos), começamos por aceder a uma definição da doença vascular cerebral (entendida como «conjunto heterogéneo de diferentes patologias que em última instância afectam a circulação cerebral, levando a alteração transitória ou definitiva do funcionamento de uma ou várias partes do encéfalo»), sendo igualmente apresentada, nesse mesmo portal, a classificação de Bamford de Oxfordshire (Min_Saúde, 2013).

1.6.1 – Classificação de Bamford de Oxfordshire

Os acidentes vasculares cerebrais são tipificados, segundo esta classificação, em 4 categorias:

TACI: AVC total da circulação anterior / enfarte completo da circulação anterior

PACI: AVC parcial da circulação anterior / enfarte parcial da circulação anterior

LACI: AVC lacunar das artérias perfurantes / enfarte lacunar

POCI: AVC da circulação posterior / enfarte da circulação posterior

Esta foi originalmente publicada por Bamford, Sandercock, Dennis, *et al* (1991) a partir de um estudo epidemiológico baseado na comunidade, com doentes vítimas de primeiro enfarte cerebral, tendo ficado conhecida por classificação de Bamford, mas agora é mais referenciada por classificação de Oxfordshire. O “T” de «infarction» ou «ischaemic» (taci, paci, ...) também pode aparecer substituído por “S”, de «syndrome» (ex: TACI =>TACS).

Em terminologia não complexa (Mead, Lewis, Wardlaw *et al*; 2000), tal classificação consiste de um esquema simples para proceder à classificação e subdivisão dos primeiros episódios de enfarte (AVC). Os autores concluem que a *Oxfordshire Community Stroke Project (OCSP) classification* permitiu prever a localização do enfarte em três quartos dos doentes (idem, 2000) e poderá ser utilizada, em determinadas circunstâncias, para predizer a sua provável extensão e localização.

1.6.2 – Classificação TOAST

Uma outra classificação dos subtipos de AVC recebeu a designação de TOAST, sigla identificadora do estudo «*Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment*» no qual os investigadores verificaram que o prognóstico, o risco de recorrência e as opções terapêuticas estavam dependentes dos subtipos de AVC isquémico (Goldstein, Jones, Matchar, *et al*; 2001)

Foi organizada a partir das características clínicas identificadas e dos resultados de estudos complementares efectuados, é de uso corrente nos contextos clínicos, particularmente na área neurológica, sendo baseada na fisiopatologia/ etiologia da doença isquémica.

Segundo Adams, Bendixen, Kappelle, *et al* (1993), permitiu uma uniformização de termos ou critérios (critérios TOAST), sendo a seguinte a terminologia então usada: «Large-artery atherosclerosis (embolus/thrombosis)*; Cardioembolism (high-risk/medium-risk)*; Small-vessel occlusion (lacune)*; Stroke of other determined etiology*; Stroke of undetermined etiology: two or more causes identified / negative evaluation/ incomplete evaluation» (*Possible or probable) (idem; 1993:30). Retomando Goldstein, *et al* (2001), a

classificação ficou composta por 5 grandes grupos etiológicos/ patofisiológicos, a partir de 11 definições iniciais; proposta a seguinte terminologia: aterosclerose; cardioembólico; lacunar; outra etiologia determinada; etiologia indeterminada.

Como exemplo, num estudo epidemiológico desenvolvido por Kolominsky-Rabas, Weber, Gefeller *et al* (2001), numa cidade alemã (com população europeia) foram identificadas as seguintes taxas de incidência (por 100.000 hab.), padronizadas para a idade: 30.2, Cardioembólicos; 25.8, Lacunares; 15.3, Ateroscleróticos, daí inferindo, estes autores, conclusões para a compreensão dos factores de risco precursores do AVC inicial, assim como para a sua recorrência e mortalidade.

Posteriormente, e porque estes critérios não acomodavam todas as apresentações clínicas, foi redefinida a classificação, agora designada de “TOAST modificada”.

1.6.3 - Classificação TOAST modificada

As categorias, nesta versão modificada, são as seguintes, que se apresentam ainda mantendo a notação original:

Tabela 1 - Classificação TOAST modificada

Large artery atherosclerosis; Cardio-aortic embolism; Small artery occlusion; Other causes;	Cada subtipo (excepto <i>indeterminate causes*</i>) é subdividido, atendendo à ponderação ou evidencia clínica, em: <ul style="list-style-type: none"> • Evident / evidente • Probable / provável • Possible / possível
Indeterminate causes*	Unknown - cryptogenic embolism Unknown - other cryptogenic Unknown - incomplete evaluation Unclassified.

Fontes: BMJ.com (2013); Ay, Benner, Arsava, *et al* (2007); Arsava, Ballabio, Benner, *et al* (2010); Ozturk, Ekmekci e Demir (2013)

É esta classificação a adoptada na unidade em que decorreu o estudo (e também no presente trabalho), com a terminologia abaixo apresentada.

Acidente vascular cerebral isquémico:

- Aterotrombótico
- Aterotrombótico provável
- Cardioembólico
- Lacunar

- por causas raras
- por causas coexistentes
- de causa desconhecida – estudo completo
- de causa desconhecida – estudo incompleto

1.7 – PRINCIPAIS SÍNDROMES ISQUÉMICOS

Os principais síndromes isquémicas decorrentes de AVC estão intimamente associadas às áreas específicas de distribuição arterial que, por seu lado e na sequência de enfarte, conduzem a padrões regulares de disfunção cerebral. O seu conhecimento e identificação poderá ajudar os clínicos a definir as possíveis causas/ etiologia dos episódios e, por essa via, contribuir para o seu tratamento e prevenção secundária. «As síndromes de acidente vascular encefálico (AVE) dividem-se em (1) AVE de um grande vaso da circulação anterior, (2) AVE de um grande vaso da circulação posterior e (3) doença dos pequenos vasos em qualquer leito vascular.» (Smith, English & Johnston, 2012:3284).

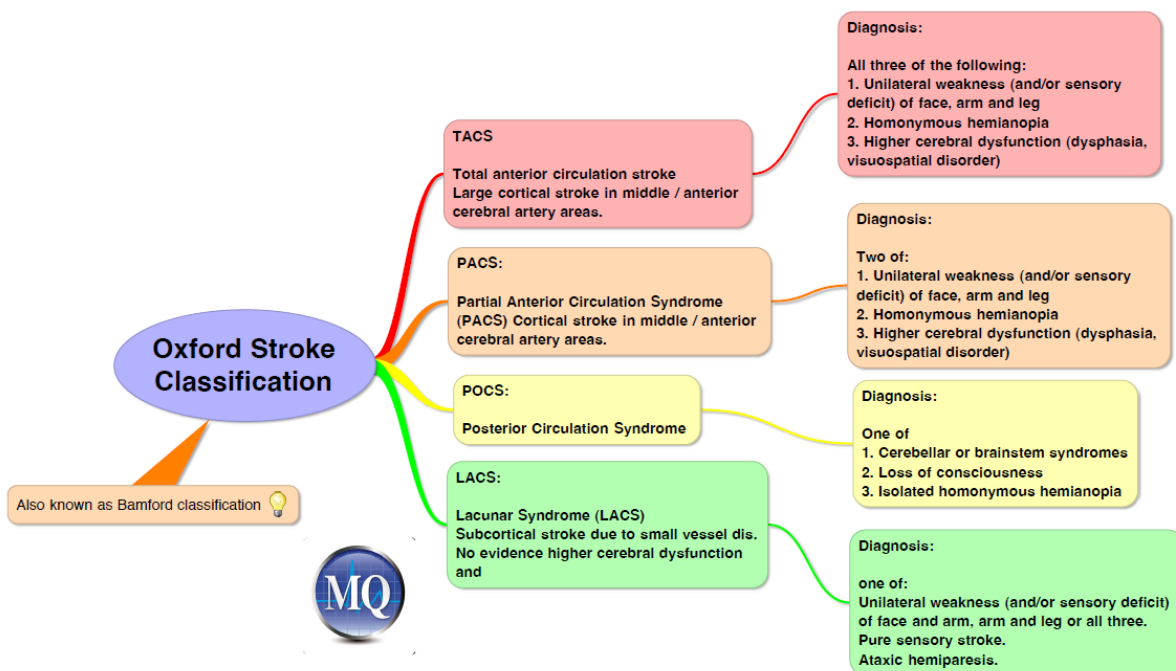
Sem pretender aprofundar esta abordagem, pois é informação de fácil acesso, diga-se que o AVE na circulação anterior tem a artéria carótida interna (e seus ramos) na origem da oclusão, nomeadamente as artérias cerebral média (ACM), cerebral anterior, coroidal anterior, carótida interna artéria carótida comum. A título de exemplo, quando «houver oclusão de toda a ACM em sua origem (...) e as colaterais distais forem limitadas, os achados clínicos são hemiplegia contralateral, hemianestesia, hemianopsia homónima e 1 ou 2 dias de olhar preferencial para o lado ipsolateral. Disartria é comum em decorrência da fraqueza facial. Quando o hemisfério dominante é comprometido, também se observa afasia global, e quando o hemisfério não dominante é afectado, detectam-se anosognosia, apraxia construcional e negligência» (idem:3284).

Em relação ao AVE da circulação posterior, que é composta por um par de artérias vertebrais, a artéria basilar e um par de artérias cerebrais posteriores, origina síndromes específicos que adoptam designações como síndromas da artéria cerebral posterior (síndromes de P1 e síndromes de P2), são habitualmente originados por aterosclerose, êmbolos ou por dissecção da artéria vertebral... Sem dúvida matéria complexa, requerendo estudo, perspicácia, treino, rotina e experiência.

Naturalmente, outras síndromas associam-se às artérias vertebrais, cerebral inferior posterior ou artéria basilar. Também como exemplo, os autores referem que «é fácil reconhecer o quadro de oclusão basilar completa como uma pléiade de sinais bilaterais dos tratos longitudinais (sensoriais

e motores) com sinais de disfunção de nervos cranianos e do cerebelo.» Avançam que o «estado de «encarceramento» (*locked-in*) com preservação da consciência, tetraplegia e sinais dos nervos cranianos sugere um infarto completo da ponte e do mesencéfalo inferior.» (idem:3288)

Articulando este conceito de síndrome, as repercussões clínicas efectivas e classificação de Oxfordshire acima apresentada, destacamos da *web* (apesar da menor qualidade) a seguinte figura



Fonte: *Online*: <http://medquarterly.com/mq88/MQPDF/MM/OxfordStrokeClassification.pdf>

Figura 3 - Classificação de Oxfordshire e possíveis repercussões clínicas

1.8 - O AVC: DESAFIO PARA AS CIÊNCIAS BÁSICAS E TECNOLÓGICAS

Apenas como mera indicação de alguns dos vectores de investigação face ao AVC, referimos de forma muito sucinta e despreziosa algumas das abordagens que se vão fazendo; como já foi identificado neste capítulo sobre tratamento do AVC e com referência a Smith, English e Johnston (2012), tratar esta condição passa por accionar todas ou apenas algumas das 6 etapas ou linhas de intervenção aí indicadas e em torno das quais se vai fazendo relevante investigação, da qual se espera efectiva melhoria das respostas para estes doentes (independentemente da natureza); eventualmente, novas e diferentes abordagens.

Como áreas de investigação e desenvolvimento na esfera das designadas ciências básicas e tecnológicas referimos, sem pretender esgotar tais campos de investigação, as relativas à investigação genética e terapia genética (Hassan & Markus, 2000; Markus, 2010; Matarin, 2010; Traylor *et al* 2012); a relativa ao designado “alimento para o cérebro”, administrado sob a forma de substâncias (ex: hidrogel) contendo protectores e factores de crescimento, colocadas nas áreas afectadas pelo enfarte (Hoag, 2014); referimos aquela relativa à necessária rapidez de intervenção terapêutica (condição ainda não satisfeita para a maioria dos doentes, por chegada tardia aos hospitais), a qual se pretende vir a ser levada junto das vítimas, através de unidades de AVC móveis, preparadas para diagnóstico e intervenção (Yong, 2014); também a que incide nas tarefas e desafios colocados ao doente na perspectiva da sua recuperação funcional, cognitiva, mental, como nos sugerem Costandi (2014) e Gupta (2014), nomeadamente atendendo ao intenso desenvolvimento informático e robótico que vamos assistindo na actualidade.

As técnicas endovasculares, por exemplo as situações de revascularização mecânica, vão sendo objecto de revoluções tecnológicas e investigação científica que a sustente, assim como as vertentes da neuroprotecção, de que um exemplo é a hipotermia, usada para prolongamento da tolerância tecidual (cerebral) à isquemia mas que, no AVC isquémico não tem tido os resultados semelhantes aos obtidos na situação de paragem cardíaca ou nos modelos animais de enfarte cerebral (Smith, English & Johnston; 2012:3273)

No futuro, a partir de bancos de órgãos, transplanta-se o cérebro; parece utopia, mas cientistas citados por Willyard (2015:521) estão entusiasmados com tal possibilidade, afirmando que tal não requererá uma supersofisticada bioengenharia, mas apenas deixar as células fazerem o que elas querem fazer!

Como sabemos, a investigação abarca todas as esferas, desde os aspectos epidemiológicos, preventivos, os aspectos mais centrados no tratamento (nas suas múltiplas vertentes), até aos aspectos de suporte psicológico e social, vectores não descuráveis numa abordagem abrangente ao problema do AVC.

CAPÍTULO 2 – O DOENTE VÍTIMA DE AVC: PRINCIPAIS REPERCUSSÕES

Esta é uma patologia das idades avançadas, como é vulgarmente referida, sendo rara abaixo dos 45 anos de idade. Citando Cardoso, Fonseca e Costa (2003:239), «os acidentes vasculares cerebrais nos adultos jovens são considerados uma patologia rara e o seu diagnóstico etiológico constitui frequentemente um desafio clínico». Sendo expectável nos idosos, a Direcção-Geral da saúde publicou (em 2000) um guia (para as pessoas idosas) subordinado ao tema “viver após um acidente vascular cerebral”, antevendo as suas necessidades na vertente do autocuidado, assim como as dos cuidadores informais.

Num editorial de revista insuspeita foi lembrado tal lugar-comum (o AVC visto como patologia dos idosos) mas deixado o alerta, baseando-se em diversos estudos, quanto à actual transição que se vai verificando nas taxas de incidência, diminuindo na população mais idosa e aumentando nos mais novos, adultos jovens (The Lancet Neurology, 2012:1013).

Nesta mesma linha de intervenção, refira-se o alerta da SPAVC¹ de finais de 2012, no âmbito do dia mundial do AVC. Entre diversas informações para a população (SPAVC, 2013b), foi lembrado (e testemunhado) que esse se vai tornando cada vez mais comum entre pessoas mais jovens, tendo menos de 55 anos 20% das vítimas (1 em cada 5), sobretudo decorrente da maior prevalência de factores de risco, com implicações graves na elevação de todos os custos associados. Mais foi lembrado: em Portugal, é a principal causa de morte, acontece um AVC a cada 2 minutos, $\pm 30\%$ destas pessoas morrem após um ano, 50% dos que sobrevivem ficam com algum tipo de deficiência. Uma em cada 6 pessoas terá um AVC ao longo da vida!

No estudo de Schaapsmeeders *et al* (2013) é indicado que aproximadamente 10 a 14% de todos os acidentes vasculares cerebrais isquémicos ocorrem em adultos jovens (considerando o intervalo dos 18 aos 50 anos).

¹ Sociedade Portuguesa do AVC

Assumido uma escassez de estudos relativos às consequências de longo prazo do AVC, nesta população mais jovem (In_brief; 2013), foi focada a atenção num trabalho prospectivo (com seguimento de 30 anos) que veio confirmar um declínio em diversos domínios cognitivos, nomeadamente nas velocidades de processamento, na memória operativa (de trabalho) e na atenção, em mais de 50% dos doentes estudados no referido período (Schaapsmeeders *et al*, 2013; Maaijwee, Rutten-Jacobs, Schaapsmeeders *et al*, 2014).

Por motivos de simplificação e porque esta divisão será facilitadora no capítulo relativo ao tratamento estatístico, assumimos uma divisão do ciclo vital em 3 grandes grupos de idades, não adoptando um modelo universal (não existe) mas adoptando uma divisão que decorre da análise aos dados e da consulta de bibliografia *online*, de que se pode referir a página *web* da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2014), os indicadores estatísticos tratados pelo INE e/ ou divulgados no portal “pordata”. Consideramos, nomeadamente, a referência feita acima (Schaapsmeeders *et al*; 2013), assim como alguma informação dispersa, a qual nos levou a este agrupamento de idades: <50 anos; 51 – 75 anos; >76 anos.

Assim, e assumindo a perspectiva do doente, referimos aqui aquelas que se identificam, normalmente, como as principais repercussões do AVC; dada a complexidade inerente, far-se-á uma abordagem global, por tópicos, daquelas que se tornam as principais dificuldades para o doente.

Um aspecto importante a incluir neste capítulo, que será transversal e implicará com muitos outros já abordados ou a abordar, refere-se à dor após o AVC. Esta implicará com a funcionalidade, com a percepção de qualidade de vida e poderá ser o mote para sentimentos e emoções negativas, de infelicidade. Num artigo de revisão sobre esta matéria, 2 fisiatras abordam o assunto de forma instrutiva; citando outras fontes, assumem que «a dor como sequela de AVC é uma condição frequentemente sub-diagnosticada e desvalorizada» e que, «embora existam poucos estudos acerca da sua real incidência, advém da prática clínica a noção de que a dor é um problema frequente nos doentes que sofreram um evento vascular cerebral» (Gaspar e Antunes; 2010:38). Referem dados epidemiológicos de outros estudos, explicam razões possíveis para a desvalorização, abordam as síndromes dolorosas crónicas, o caso particular da omalgia, a relação com a espasticidade; aludindo a outros autores, na linha do introduzido acima, afirmam que «a importância de compreender e tratar a dor após um AVC, passa pelo facto desta estar associada a uma maior prevalência de depressão e prejuízo da qualidade de vida dos doentes e familiares/ cuidadores, constituindo um factor limitante da participação activa num programa de reabilitação e condicionando piores resultados funcionais». (idem: 38)

2.1 - A FASE AGUDA E POTENCIAIS COMPLICAÇÕES

Com base no tempo decorrido após instalação dos sintomas (ocorrência do AVC) assim se designam as diversas fases ou estadios de evolução das mesmas; isto sem um consenso generalizado e variando entre condições clínicas. De forma geral, falar em fase aguda e fase crónica não oferece elevadas dúvidas; mais ambíguo poderá ser o uso de designações como hiperagudo(a), agudo(a), subagudo(a) e crónico(a) (Poh, 2013).

Tipificar as doenças em agudas ou crónicas também carece de sustento legal, que é abundante, pela implicação de tal classificação para a relação dos doentes com o sistema nacional de saúde. Relativamente ao AVC, teremos o estadio ou fase aguda até ao dia 7 e uma fase subaguda subsequente (Rocco *et al*, 2007)

Sabemos que na fase aguda do AVC isquémico (assim como para uma maioria das situações clínicas) estão definidas e consolidadas um conjunto de rotinas e algoritmos de intervenção, com vista a salvaguardar o máximo de tecido e função cerebral.

O comité executivo e editorial da ESO actualizou (Hacke *et al*, 2003) e publicou (Hacke, Ringleb, Bousser *et al*, 2008) documentos de orientação e recomendação para os serviços de saúde, para os médicos em particular, tendo em vista as melhores evidências científicas no tratamento e reabilitação de tais doentes. Abordando aspectos fundamentais da praxis médica, dedicam uma secção ao tratamento das complicações agudas, indicando algumas, as suas causas e recomendações específicas para cada; identificam o edema isquémico e hipertensão intracraniana, a pneumonia de aspiração, a infecção urinária, a trombose venosa profunda e embolismo pulmonar, as úlceras de decúbito e as convulsões.

Em estudos não recentes (Johnston, Haley, Li *et al*; 1997 e Johnston, Li, Lyden *et al*; 1998), 95% dos doentes vítimas de AVC tiveram pelo menos uma complicação clínica, sendo a pneumonia a complicação médica mais frequente e a repetição do enfarte - ou extensão do inicial - a complicação neurológica mais verificada. Tais resultados repercutem-se nas taxas de mortalidade verificadas, assim como na maior severidade das incapacidades verificadas aos 3 meses; concluem, como hoje, que essas complicações aumentam as taxas de mortalidade e morbidade, assim como prejudicam os resultados funcionais. Também Jauch (2000) refere que um terço dos doentes com enfarte cerebral desenvolve pneumonia no decurso do 1º mês e que a mesma constitui a 3ª causa de morte nesse período, com custos estimados de \$10.000 e 7 dias de internamento por evento.

2.2 - EM TORNO DO CONCEITO DE FUNCIONALIDADE

A organização mundial de saúde publicou, em 2001, uma classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) que incorpora, contextualiza e define a terminologia utilizada no presente tópico; «a funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, actividades e participação (e), de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da actividade ou restrição na participação» (Leitão, 2004:7; Fontes, Fernandes e Botelho, 2010). Esta mesma classificação relaciona os factores contextuais, subdivididos em ambientais e pessoais, numa interacção de todos estes constructos (Leitão, 2004; Sampaio e Luz, 2009)

Os problemas que decorrem do AVC passam, como sabemos, pelo que deixámos escrito antes; segundo o instituto nacional para a reabilitação, «com a adopção da CIF passa-se de uma classificação de "consequência das doenças" (versão de 1980) para uma classificação de "componentes da saúde" (CIF), sendo decisivo o seu papel na consolidação e operacionalização de um novo quadro nocional da funcionalidade, da incapacidade humana e da saúde» (INR, 2013).

De uma centralidade na doença, enfatiza-se agora a funcionalidade enquanto componente da saúde. Sendo por vezes utilizado como sinónimo de estado funcional e capacidade funcional, tem sido abordado em múltiplos contextos, por diversas disciplinas e diferentes autores. Do campo específico da reabilitação ao campo geral do desporto, das disciplinas geriátricas às disciplinas que estudam a gravidez e o nascimento. Frequentemente, contudo, nos contextos clínicos concretos e no âmbito do estudo de transições do indivíduo durante, ou após, condições de saúde mais ou menos complexas.

Temos, pois, a funcionalidade a ir além das funções orgânicas (componente “corpo”), para abranger a componente das «actividades e participação», como foi referido acima; esta componente abrangendo a «faixa completa de domínios que indicam os aspectos da funcionalidade, tanto na perspectiva individual como social». (Leitão, 2004:11). Assim, «a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interacção dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações,) e os factores contextuais.» (idem:12).

De forma simplificadora, este conceito tem sido utilizado para descrever a capacidade de realizar actividades da vida diária assim como a capacidade de realizar actividades instrumentais de vida diária, profundamente perturbadas em muitas vítimas de AVC, doentes nos quais se reconhece a relação do estado funcional com a sobrevivência a longo prazo. (Slot, Berge, Dorman *et al*, 2008).

Um longo artigo de Twitchell (1951) explica aquela que será, provavelmente, das mais complexas consequências do AVC e que (ainda hoje) muito contribui para a degradação do seu potencial funcional: a hemiplegia e a espasticidade. Mais tarde, numa sequência de 3 publicações, Rankin (1957a,b,c) aborda em profundidade todos os desafios colocados aos clínicos e aos doentes vítima de AVC, nomeadamente escrevendo sobre aspectos relacionados com o compromisso funcional dos mesmos. Destes e de outros estudos resultaria uma escala de funcionalidade, a escala *Rankin scale*, que viria adoptar o seu nome!

A probabilidade de recuperação após um AVC varia (entre outros factores) em função da natureza e extensão/ gravidade da perturbação inicial; Dobkin (2005:1677), citando Hendricks *et al* (2002), refere que cerca de «35% dos sobreviventes com paralisia da perna não recuperam a sua função e 20% a 25% de todos os sobreviventes são incapazes de caminhar sem assistência total» Refere ainda, citando outras fontes, que 65% dos doentes está incapaz de incorporar a mão afectada nas suas actividades habituais, pelos 6 meses pós AVC. Decorrente destes e outros exemplos de funcionalidade perturbada, aponta a afasia, o autocuidado e uso funcional do braço, a marcha, o exercício e fortalecimento como os alvos prioritários nas estratégias de reabilitação.

Num outro trabalho de investigação, Schepers, Ketelaar, Visser-Meily *et al* (2006) integram 163 doentes e avaliam-nos aos 6 e 12 meses pós-AVC (fases subaguda e crónica, respectivamente), com diversas escalas, nomeadamente o índice de Barthel e a FAI (precursora da escala de AIVD). Concluem que essas são medidas sensíveis para as fases e parâmetros que estudaram, recomendando a utilização do índice de Barthel na fase subaguda e a utilização da FAI na fase crónica, especialmente para o AVC.

Como sublinham Young e Forster (2007), a principal consequência do AVC, para o indivíduo e para a sociedade, é traduzir-se em fonte de incapacidade, na medida em que cerca de 40% dos sobreviventes ficam com algum grau de comprometimento funcional. Acentuam a importância do tratamento em unidades de AVC e associam os melhores resultados a um trabalho de natureza especializada, coordenado e em equipas multidisciplinares, desde a admissão até ao regresso a casa. Não deixam de referir que a maioria dos elementos-chave do processo de reabilitação são eficazes, embora não sejam claros os detalhes de quais terapias são mais eficazes e para que doentes. (Young e Forster, 2007)

Como provou Smania *et al* (2007), é razoável prever o futuro funcional dum braço (logo, do todo individual) a partir da avaliação sucessiva e precoce (pós-admissão) de alguns parâmetros, nomeadamente do movimento dos dedos. Para o doente, isto é importante! Também será

importante reconhecer, em sintonia com Cramer, Parrish, Levy, *et al* (2007), que maiores ganhos funcionais estão dependentes de condições iniciais pós enfarte, como sejam o menor volume do enfarte, um melhor quadro clínico inicial e um menor grau de activação do córtex motor afectado nas imagens de ressonância magnética funcional (f-MRI) à admissão (baseline). Ainda nesta linha de investigação sobre funcionalidade, sua previsibilidade, factores condicionantes e potencial de recuperação, precoce ou a longo termo (na fase crónica), refira-se o estudo de Stinear *et al* (2007), com alguma complexidade tecnológica, mas que vem mostrar que, em determinadas condições, ainda é possível obter ganhos funcionais significativos decorridos três anos após o AVC, embora tal capacidade diminua com o tempo. A espasticidade (Twitchell, 1951; Urban, Wolf, Uebele *et al*, 2010) contribui, de algum modo, para a crescente incapacidade, desconforto e baixa qualidade de vida; tal realidade é percebida quando em contacto e trabalhando com estes doentes; apesar de tal, devemos atentar nas palavras de Landau (2004) ao desvalorizar, justificando, os esforços terapêuticos face a esse reflexo; ele existe e está lá, porque preocupar-nos? Isto em resposta a Sommerfeld, Eek, Svensson *et al* (2004), que abordam quer a complicação/ manifestação quer a sua repercussão.

Melhor dimensionamento, intensidade e intencionalidade nas estratégias de reabilitação deste doente (AVC) conduzirão a melhores resultados ou padrões funcionais (funcionalidade) e, finalmente, a uma melhor qualidade de vida (Paris, 2007), a qual indubitavelmente se associa com a funcionalidade; quanto mais elevada tal funcionalidade quanto melhor a auto-referida qualidade de vida (Samsa e Matchar, 2004).

Alguns autores (Green e King, 2010; *idem*, 2007) vão dando ênfase ao cansaço, senão esgotamento, dos que rodeiam e cuidam deste doente. Fazendo avaliações sucessivas durante o 1º ano pós-alta, das vertentes “cognição”, “funcionalidade” e “psicossocial” (em 48 casais, sendo doente o homem, com AVC leve), confirmam que é nos primeiros meses que se concentra o essencial da recuperação funcional, mas que são negativamente afectadas outras dimensões da vida da família (natureza psicossocial e qualidade de vida), particularmente nas cuidadoras, defendendo a necessidade de uma particular atenção na recuperação para além desta vertente funcional. Também sob este prisma de observação, o estudo de West *et al* (2010) estabelece uma estreita relação de complementaridade e recíproca influência, por vezes negativa, entre as dimensões psicológica e funcional.

Apesar da enorme disponibilidade de informação no que se refere ao conhecimento do cérebro e do seu funcionamento, muito ainda está por explorar e compreender. No contexto da hemorragia subaracnóide (HSA), mas com possível paralelismo ao que se passa no AVC isquémico, Al-Khindi, Macdonald e Schweizer (2010) assumem tal insuficiência (após alargada revisão sistemática da

literatura) no que se refere à compreensão do efeito dessa (HSA) nas vertentes cognitiva e funcional (*day-to-day functioning*) a longo prazo.

Aceitando que a capacidade de marcha está entre as principais vertentes da funcionalidade, sendo a sua recuperação um dos objectivos mais desejados entre os sobreviventes de AVC sob programa de reabilitação (Lord *et al*, 2004; Fulk *et al*, 2010), então faz sentido essa vertente ser analisada e medida com escalas específicas; Lin *et al* (2010) desenvolveram um trabalho nessa perspectiva, comparando 3 medidas que objectivam a capacidade de marcha funcional, encontrando moderada a alta correlação entre essas (na 1ª semana) e o índice de Barthel (aos 5 meses), indicando, assim, uma boa validade preditiva.

Dizemos, com Hanger, Wilkinson e Mears (2010), que a função é importante. Utilizando a MIF como principal medida de funcionalidade (6 dimensões; 7 níveis), os autores concluem que «a capacidade funcional aquando da alta (saída do hospital) é um indicador-chave da capacidade de permanecer no domicílio e sobreviver e, portanto, todos os esforços devem ser feitos para maximizar a função» (Hanger, Wilkinson & Mears, 2010:50) quer durante o internamento quer no regresso à comunidade (Hanger, Fogarty, Wilkinson *et al*; 2000).

Estes mesmos autores (Hanger, Wilkinson & Mears, 2010), fazendo referência a Slot, Berge, Dorman *et al* (2008), sublinham que tal aptidão funcional é mais importante do que a idade, o género ou as circunstâncias de vida na opção da orientação /destino após alta, nas falhas de altas precoces assim como na estabilidade e sobrevida a mais longo prazo.

Para melhorar esta capacidade funcional, desenvolvendo o potencial presente dos doentes e não permitir perdas por inacção, deve ser precoce o início da intervenção reabilitadora, nas unidades de AVC; deve começar tão cedo e ser tão intensivo quanto possível (Hu, Hsu, Yip *et al*; 2010). Concluem, assim, que o começo precoce e uma elevada intensidade da reabilitação se associam a melhores resultados funcionais aquando da alta, nos doentes admitidos nas unidades intensivas de AVC (unidades de AVC). Contudo, particularmente após terapia fibrinolítica (apesar de breve semivida do rtPA), algum risco está associado, designadamente o risco de queda (hemorragia), conforme conclusões de Linden, Ha, Churilov *et al* (2010), que ainda referem a ausência de consensos e a existência de protocolos variados.

Porque se deseja a melhor funcionalidade, não ignorar o processo de perda de massa muscular, em especial nos membros paréticos e num período relativamente curto de até 6 meses pós-AVC. Os autores English, McLennan, Thoires *et al* (2010) identificam também alterações dos processos

metabólicos da glicose, resultando em aceleração da progressão para diabetes, assim como maior risco de repetição de enfarte cerebral.

2.2.1 – Funcionalidade e algumas das suas medidas

Multiplica-se, actualmente, o número de instrumentos e escalas de avaliação de doentes, incidindo em diversas dimensões e, em particular, da dimensão funcionalidade, entendida numa perspectiva mais mecânica, física, em oposição a uma outra leitura possível, de natureza mais psicológica, cognitiva ou mental. Referimos aqui aqueles que adoptámos no nosso trabalho, embora sejam inúmeros, dispersos e habitualmente relacionados com diversas disciplinas e/ou especialidades clínicas (neurologia; reumatologia; medicina física e de reabilitação; enfermagem; fisioterapia;...)

Sem abordagem exaustiva (pois maior profundidade será concretizada no capítulo “material e métodos”, com anexos respectivos), indicamos os instrumentos com que obtivemos dados para o nosso estudo, possibilitando a caracterização dos doentes na vertente em apreço:

Tais escalas, captando variantes de um mesmo problema, foram:

Escala de AVC do National Institute of Health (NIHSS)

Escala de Rankin Modificada (mRS)

Índice de Barthel (IB)

Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

2.3 - A QUALIDADE DE VIDA E SUA MEDIDA

Referimos inicialmente, aquando do projecto deste trabalho, que a elevada incidência de AVC`s verificada em Portugal colocava este país entre os primeiros no conjunto da União Europeia e que tal se tornava relevante em termos socioeconómicos e dos cuidados de saúde necessários, induzindo significativa repercussão na qualidade de vida do indivíduo doente e dos familiares envolvidos. Esta dimensão veio a ser enquadrada nos objectivos do trabalho, dado ser generalizadamente aceite que o AVC a condiciona e compromete.

Não é recente, embora actualmente mais «aliado à sua crescente relevância na prática clínica» (Canavarro e Serra, 2010:XIX), o interesse e preocupação pelo conceito de qualidade de vida. Estes autores aprofundaram o estudo desta temática no âmbito e em continuação do trabalho

desenvolvido pela organização mundial de saúde (Whoqol Group, 1994), começando por esclarecer os significados e os níveis de análise envolvidos, assim como as especificidades do binómio qualidade de vida e saúde.

Retemos a justificação avançada para este crescente interesse, nomeadamente devido à «multidimensionalidade do conceito, ao seu poder heurístico e ao seu valor pragmático» (Canavarro & Serra, 2010:3), mas também a referência à ausência de uma «definição universalmente aceite sobre o conceito de qualidade de vida», apesar do consenso quanto ao facto deste procurar atender «a uma perspectiva holística sobre a natureza bio-psico-social do ser humano» (idem 2010:49). A definição original de saúde da organização mundial de saúde (WHO, 1948) surge bem integrada neste conceito de qualidade de vida (ou vice-versa)

Também nesta abordagem, numa referência a Heinemann, é afirmado pelos autores que a literatura sobre qualidade de vida mostra, tipicamente, uma estrutura piramidal dos seus diversos componentes, com os mais específicos na base e os mais gerais e abstractos, no topo. Entre os mais referidos, destaca-se o estado físico e as capacidades funcionais; o estado psicológico e bem-estar; as interacções sociais; o estado e os factores profissionais e económicos; o estado religioso e espiritual. (Canavarro & Serra, 2010:8)

Pensando neste doente (AVC), particularmente nas suas múltiplas e habituais manifestações, ainda que nem sempre imediatamente perceptíveis, facilmente visualizamos alterações e perturbações que colidem directa e intensamente com estes componentes estruturantes do conceito de qualidade de vida, repercutindo-se no indivíduo. Muitas questões se levantam, se formulam e se tornam prioritárias no pós-AVC (Pollock *et al*, 2012). Pensando nas consequências habituais e nas múltiplas questões que se colocam, adoptámos um instrumento de medida eventualmente com valor discriminativo reduzido mas que nos traria maior nível de adesão por parte dos doentes, ao ser de aplicação rápida (Buck *et al*, 2000), menos exaustivo e induzir menos cansaço aquando das entrevistas. Optámos por uma escala de qualidade de vida do grupo EuroQol (EQ-5D-3L), mais aprofundadamente descrita na parte II (materiais e métodos). Sucintamente, este grupo adopta uma concepção de qualidade de vida assente em 5 grandes dimensões (mobilidade; cuidados pessoais; actividades de vida diária; dor/ desconforto e ansiedade/ depressão), sendo a adoptada neste estudo. (EuroQol-Group, *online*; Dorman *et al*, 1997; Pickard *et al*, 2004)

Não há, pois, uma definição universal, um modelo ou uma dimensão única; é um conceito muito vasto, do qual deriva um leque igualmente vasto de instrumentos para a sua avaliação.

Ainda citando Canavarro e Serra (2010:16) transcrevemos a definição da OMS (*WHOQOL Group*) que entende a qualidade de vida como «a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida,

dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações».

Esta percepção, decorrente de uma avaliação subjectiva, pressupõe a intersecção de múltiplas esferas ou dimensões, nomeadamente a saúde física, o estado psicológico, social, as crenças, a cultura, numa interacção complexa e recíproca.

Dehaan *et al* (1993), em referência directa a outros autores, apontam alguma evolução sofrida pelo conceito, indicando algumas das definições que têm sido feitas ao longo dos anos; entre essas, mencionam quer a necessidade de satisfação com as circunstâncias da vida, quer as experiências subjectivas relacionadas com o estado de saúde quer, ainda, o bem-estar físico, psicológico e social. Fazendo uma revisão dos instrumentos de medida disponíveis à altura, identificam já a escala “EuroQol” (utility scale), ainda sob desenvolvimento, mas fazendo então alguns reparos à mesma: «As escalas de resposta ordinal são um pouco desequilibradas, e a escala não permite classificar o nível de deficiência/ incapacidade dos doentes em cadeira de rodas» (idem, 1993: 323)

Num estudo já acima mencionado os autores concluem que a qualidade de vida relacionada com a saúde após AVC pode ser avaliada através da escala específica do grupo EQ, a qual lhes parece reunir características de validade concordante e discriminante, podendo ser administrada através de autopreenchimento ou, nos doentes com maiores dificuldades, via entrevista (Dorman *et al*, 1997). Também Buck (*et al*, 2000) compararam medidas destinadas à avaliação da qualidade de vida destes doentes; além da vertente rapidez/ tempo médio para preenchimento (acima abordada), os autores sublinham a importância do recurso a instrumentos específicos para a condição clínica, salvaguardando que a selecção de um qualquer instrumento, entre os muitos disponíveis², dependerá sempre dos objectivos e limitações relativas a cada estudo em concreto. Adoptámos uma escala que não integra as *stroke-specific outcome measures* propostas por estas autoras, não abusámos na utilização de outras (Hobart *et al*, 2002) e não deixámos de estar em sintonia com a definição de qualidade de vida relacionada com saúde, utilizando uma escala simples, que recai no grupo das *condition or population-specific measures* (Naughton e Shumaker, 2003).

Sabemos, em sintonia com Samsa e Matchar (2004), que é heterogénea a qualidade de vida após AVC e que essa não depende apenas do nível de funcionalidade física; efectivamente, segundo os mesmos autores, doentes com semelhantes dificuldades/ estados funcionais reportam muito diferentes percepções da qualidade de vida, sendo mesmo possível que, em sobreviventes de AVC grave, tal percepção não seja necessariamente tão baixa quanto a referida antes do mesmo. Estão associados a baixa qualidade de vida, sendo mesmo preditores de tal comprometimento, aspectos

² Indicam 15 instrumentos de natureza genérica e 10 instrumentos de natureza específica para a condição AVC

como a presença de ansiedade, de depressão e de dependência funcional (avaliada pela mif) (Raju *et al*, 2010). Resultado idêntico, neste caso com utilização da escala EQ-5D mas em avaliação aos 4 anos pós AVC, tinha sido obtido por Haacke *et al* (2006).

Num estudo numa população chinesa, sobre qualidade de vida relacionada com saúde numa, Delcourt *et al* (2011) verificaram (com instrumento específico para aquela população e numa avaliação de 4283 doentes aos 12 meses pós-AVC) que o grau de incapacidade aquando da alta hospitalar é o melhor e mais forte preditor para a percepção de qualidade de vida, sendo o factor económico (salário) o outro importante preditor da mesma.

No âmbito de um trabalho de revisão em torno dos actuais desafios (e princípios centrais) na reabilitação destes doentes, Langhorne, Bernhardt e Kwakkel (2011) colocam a qualidade de vida como uma das dimensões com avaliação obrigatória na vertente “participação e suas restrições” (sendo a EQ-5D uma das escalas indicadas); também definem timings para accionar as principais estratégias de intervenção pós-AVC, nomeadamente as estratégias de manutenção da condição funcional e da monitorização de qualidade de vida, estas no horizonte temporal de alguns meses a anos após o evento. Mas cabe aqui uma das perguntas formuladas por Pollock *et al* (2012:209), de entre as 10 formuladas: «serão os programas de exercícios e fitness benéficos para a melhoria da função e qualidade de vida e evitar episódios subsequentes?»

A escala acima referida (Escala de Qualidade de Vida: EQ5D3L) existe em 127 idiomas, entre os quais o português, embora ainda sem um estudo de validação para o nosso país. Pelo contrário, Pinto *et al* (2011) procederam à sua validação para o Brasil, nestes doentes, tendo concluído pela sua local reprodutibilidade e validade na avaliação da qualidade de vida; revelou, ainda, uma boa correlação com a gravidade do déficite neurológico (nihss) assim como com o grau de incapacidade para o desempenho de actividades de vida diária.

Reflectindo sobre a percepção da qualidade de vida, merece atenção o texto da breve notícia que transcrevemos em parte: «Que problema de saúde rouba mais anos de vida saudável aos portugueses, incluindo anos de vida com algum grau de incapacidade e morte prematuras? Em primeiro lugar surgem as dores de costas, à frente de casos de AVC ou mesmo da diabetes, assim como dos diferentes tipos de cancro se forem avaliados de forma isolada – em conjunto são a doença que mais afecta a qualidade de vida dos portugueses, representando 17% dos anos de vida saudável perdidos anualmente no país. Em 2010 as lombalgias foram ligadas a uma perda de 248

mil anos de vida saudável entre os portugueses, o dobro do tempo perdido devido a acidentes de viação ou cancro do pulmão.» (Reis, 2013).

Neste enquadramento, Murray *et al* (2012 e 2013) dizem-nos que, no que se refere à carga global das doenças, está a verificar-se uma mudança, ou transição, das doenças não transmissíveis para as transmissíveis e da morte precoce para a vida mais longa, mas com incapacidade.

O AVC a contribuir para esta transição, como se vem referindo.

O Instituto Nacional de Estatística disponibiliza dados (INE, 2014; INE, 2016) relativos aos anos potenciais de vida perdidos por doenças cerebrovasculares (ver quadro seguinte), permitindo apreciar a expressão do problema no seu valor total e por género, em Portugal.

Quadro 3 - Anos potenciais de vida perdidos, por doenças cerebrovasculares

Sexo/ANOS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
HM	16745	16070	14990 (x)	14125 (x)	14379	13647	12740
H	11017	10298	9753 (x)	9230 (x)	9437	8950	8050
M	5728	5773	5238 (x)	4895 (x)	4942	4697	4690

Dados não disponibilizados (x) em INE (2016) mas sim em INE (2014)

2.4 - MANIFESTAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS E COGNITIVAS

Perante uma pergunta aparentemente simples como *o que faz o cérebro?* a maioria de nós hesitará numa resposta científica, tal é a amplitude da sua acção e complexidade da sua função. Num sintético folheto irlandês de ajuda e informação, disponível *online* e destinado ao público em geral, essa mesma pergunta está respondida da seguinte forma: «O cérebro controla e coordena tudo o que fazemos. A sua função é receber, processar e responder a mensagens. As respostas geradas pelo cérebro permitem-nos pensar, movimentar, respirar, falar, mostrar emoção e regular todas as nossas outras funções corporais» (Headway, 2011:1).

Parece simples, mas essa tal complexidade acima referida reside, nomeadamente, no como se processa esta acção; num cérebro doente, o corpo e a mente estarão implicados e, necessariamente sob efeito dessa doença, manifestar-se-ão de forma singular e individual.

No doente vítima de AVC (isquémico, no nosso estudo), estão identificadas e exaustivamente descritas muitas alterações ao nível das respostas elaboradas a nível cerebral (algumas acima indicadas). Respostas que deixam de existir, existem de forma incompleta, débil, exacerbada; emoções descontroladas, pensamento desarticulado, etc. Falamos em particular das manifestações

psicopatológicas e cognitivas, estudadas e mensuradas, mas sempre a tornar mais complexo o que, por natureza orgânica e biológica, já é complexo.

No contexto de estudos para proposta de uma escala que captasse as manifestações de doença ou perturbação psicológica em doentes não psiquiátricos, Zigmond e Snaith (1983; 1986) referiam que a prevalência de tais alterações de natureza psiquiátrica - em hospitais não psiquiátricos - seria certamente muito elevada. Alterações que comprometem o futuro destes doentes, apesar da sua natureza paralela ou concomitante com a condição mórbida central. Tal facto era já identificado por Rankin (1957) quando estudou os aspectos de prognóstico em doentes vítimas de AVC. Embora se referisse a doentes com idade superior a 60 anos, percebeu que os prognósticos poderiam ser totalmente diferentes mesmo que as condições e incapacidades iniciais fossem muito próximas ou semelhantes; para além dos inerentes e centrais factores anatómicos e fisiopatológicos, identificou outros de diferente natureza mas com papel igualmente importante no determinar ou influenciar o prognóstico clínico nestes doentes. Descreveu-os por ordem de relevância: «deterioração mental; falta de vontade ou determinação para recuperar traduzida na falta de cooperação por parte do doente; acamamento prolongado; falta de exercício activo; circunstâncias sociais adversas; medo de recorrência; ocasional utilização excessiva (prolongada) de sedativos» (Rankin, 1957b:213). Sublinha que se os doentes se apresentam mentalmente perturbados não cooperarão e o prognóstico será mais pobre.

Em 1982, mas publicado no ano seguinte, os autores Zigmond e Snaith (1983; 1986) propõem uma escala de ansiedade e depressão hospitalar³ para captar e quantificar estes outros factores. Duas décadas depois, Snaith vem comentar a sua importância, reforçando a necessidade de se avaliar e perceber o papel dos factores emocionais na prática clínica e sublinhando que a escala, apesar de referida ao ambiente hospitalar, é igualmente válida e útil em outros contextos clínicos, nomeadamente contextos comunitários ou cuidados primários de saúde (Snaith, 2003).

A EADH vem a ser validada e adaptada para Portugal (há menos de 10 anos) por Pais-Ribeiro *et al* (2007); na discussão desse trabalho, afirmam que quando se adoece «é uma reacção normal experimentar alterações no estado emocional» e que se tal reacção emocional é muito intensa, «nomeadamente ansiedade e depressão, pode ter um impacto negativo no processo de ajustamento e no processo de doença»; referem que pode confundir o próprio diagnóstico, prolongar o tempo de recuperação e prejudicar a adesão ao tratamento (*idem*, 2007:232).

Muitas são as referências a estes factores; Burton (2000), numa abordagem fenomenológica centrada em experiências pessoais da doença, afirma que a recuperação de um AVC passa por um processo de reestruturação e adaptação de vida aos níveis físico, social e emocional, precipitando

³ EADH: escala de ansiedade e depressão hospitalar (mais detalhes, em capítulos seguintes)

uma gama de respostas emocionais sem qualquer aparente sequência linear ao longo do tempo. Em vez de uma série de barreiras emocionais a transpor, a recuperação emocional revestiu-se duma natureza reactiva, unidireccional e imprevisível. Sentimentos associados foram: a incerteza, a esperança, a perda de controlo e a raiva ou frustração.

Lidar com necessidades tão fundamentais como a alimentação pode obrigar a processos de coping e adaptação que nem todos os doentes conseguem efectuar com sucesso (Perry e McLaren, 2003). Alguns dados significativos são citados por Zorowitz, Gross e Polinski (2002:675), nomeada-mente que a «depressão ocorre em 25% a 79% dos sobreviventes de AVC» ainda nas fases precoces ou de reabilitação (não sendo devidamente tratados tais doentes), podendo estar relacionada com o luto pela perda funcional ou com a alteração de função dos neurónios e neurotransmissores específicos (catecolaminas). Concordam que essa parece ser mais prevalente entre os 6 meses e os 2 anos pós-AVC. Pfeil, Gray e Lindsay (2009) indicam a maior prevalência pelos 6 meses, com taxas nunca inferiores a 30% e até aos 50% de todos os doentes. Como preditores precoces para o desenvolvimento dessa, citam a afasia (presente aos 3 meses), idosos, baixo suporte social, viver só e história prévia de problemas mentais.

Já numa revisão de literatura desenvolvida por Haroon e Kumar (2004) são compilados dados algo diferentes acerca desta mesma entidade (depressão pós-AVC), referindo-se que os estudos tendem a diferenciar entre depressão *major* e depressão *minor* (com prevalência entre 11% e 40%), estando tais alterações ou manifestações emocionais na dependência de factores como neuroticismo da personalidade, reacção ao *stress* pré ou pós-AVC e distorções negativas da cognição. Entre diversos aspectos, concluem que uma combinação de factores biológicos e funcionais podem contribuir para a depressão pós-AVC. Num outro trabalho de 2006 os autores (Fure *et al*, 2006) indicam que, na fase aguda, os sintomas de ansiedade são mais frequentes que os de depressão (26,4% vs. 14,0%), estando diferentemente associados com outras medidas obtidas; 7,9% dos doentes (neste estudo) manifestaram sintomatologia mista, ansiosa e depressiva. Já Jiménez-Martín *et al* (2006) vêm discutir os seus resultados (sob forma de poster), avançando que a depressão pós-AVC é mais frequente pelos 30 dias do que no momento da alta e que tal sintomatologia (depressão) aquando da alta, está relacionada com a condição funcional dos doentes. Muito próximo das conclusões obtidas por Lee *et al* (2007): o nível de dependência e o efeito de factores psico-emocionais, como preditivos de depressão após enfarte.

Na declaração de Helsingborg de 2006 (Kjellström *et al*, 2007), já mencionada neste trabalho, redefinem-se estratégias e metas a serem verificadas em 2015; na gestão das complicações do AVC agudo, inclui a recomendação de que todos os doentes que sofram de depressão devem ter acesso a avaliação especializada e tratamento apropriado; como medidas, indicam a necessidade de incluir

a reabilitação emocional ou cognitiva assim como reabilitação das habilidades comportamentais, com especial enfoque na integração social e recuperação de competências cognitivas.

Contudo, lendo Cappa (2003) e Ferro (2003), e ouvindo-os em exposições independentes proferidas em congressos da ESO, confirmamos a importância que a neuroreabilitação representa para estes doentes (nas situações de afasia, negligências espaciais e de atenção, apraxias e outros distúrbios neuropsicológicos) mas, por outro lado, identificamos as reticências e dúvidas quanto à sua efectividade. Concordam que os doentes precisam e beneficiam circunstancialmente dessa, pois não afirmam a sua ineficácia, antes assumem desconhecer-se a extensão de tal eficácia ao nível funcional, promotor da independência. Para tal, ambos os investigadores recomendam diferentes metodologias em estudos futuros, de modo a obterem melhor comprovação científica.

De forma sucinta, também Silva (2011) contextualiza esta dimensão emocional e seus distúrbios, abordados na dupla vertente, depressiva e ansiosa.

Outros instrumentos veem sendo propostos, nomeadamente através de estudos comparativos, para avaliar a presença de perturbações de humor em doentes vítimas de enfarte cerebral. (Quaranta *et al*, 2008; Pfeil *et al*, 2009)

Num artigo de 2010 relativo à previsão e avaliação de disfunções cognitivas resultantes ou decorrentes de AVC isquémico, é sublinhada a importância desta dimensão, da necessidade de uma melhor abordagem, de uma melhor avaliação e da implementação de tratamentos mais eficazes, dirigidos aos efeitos cognitivos do AVC (Gottesman & Hillis, 2010).

West *et al* (2010) referem que a trajectória das manifestações psicológicas, e o seu efeito a longo prazo, é mais revelador do que as leituras ou avaliações pontuais das mesmas e relembram, também, que nem todos os distúrbios emocionais associados aos AVC's surgem ou decorrem do mesmo, muitos estando relacionados com manifestações da mesma natureza prévias ao AVC.

As manifestações de natureza psicológica podem ser intensas, são frequentes e condicionam a vida dos doentes. Relendo uma síntese sobre ciência e história efectuada por Gupta (2014), percebe-se bem a abrangência do problema, mas também as possíveis e melhores abordagens.

Também se percebe que os instrumentos ou escalas de avaliação habitualmente utilizados precisam de ser revistos ou redimensionados, dadas algumas limitações, conforme Casal, Finley-Caulfield e Tai (2014) e Robinson (2008), ambos citados por Gupta (2014).

Ninguém ignora as potencialmente graves consequências do AVC extenso, de grandes vasos; mas os investigadores vão alertando para aquelas consequências menos marcadas, decorrentes de repetidos AVC's em pequenos vasos (Rost, 2015), contribuindo também para o sofrimento psicológico manifestado e, eventualmente, para o desencadear de processos depressivos complexos (Friedman, 2004). Cabe aos profissionais, entre outros, não ignorarem tais manifestações assim como as possíveis consequências, conforme se perspectiva em breve abstract de trabalho anónimo efectuado na Suécia (Anonymous, 2015), associando aspectos clínicos e socioeconómicos ao risco de suicídio após AVC.

Poderemos dizer, em sintonia com o título deste capítulo, que são estes os principais problemas ou as principais repercussões do AVC, na vida dos doentes? Não serão os únicos, mas a evidência empírica e científica aponta-os como os aspectos mais penalizadores e aqueles que mais energias exigem aos doentes, seus familiares, profissionais de saúde e sistemas de saúde, na perspectiva da sua minimização ou neutralização.

CAPÍTULO 3 – O AVC, SISTEMA DE CUIDADOS, SOCIEDADE E TRANSIÇÕES

Neste capítulo concretizam-se abordagens algo diferenciadas, como breves apontamentos duma realidade que exige respostas objectivas, traduzidas em políticas concertadas.

Dada a magnitude dos problemas, é de incontornável importância o papel das organizações de saúde e dos seus profissionais; porque os doentes assim o exigem, porque se encontram emersos em processos de transição habitualmente complexos, fazemos uma também breve referencia a teorias explicativas e enquadradoras, numa perspectiva específica de enfermagem.

3.1 – A CRUEZA DA ESTATÍSTICA

As perspectivas a longo prazo, numa visão global das doenças cardio e cerebrovasculares, não são optimistas. «*Nos próximos vinte anos, o aumento significativo de mortes por doenças coronárias - doença isquémica cardíaca e acidentes vasculares cerebrais - só será ultrapassado pelo cancro, enquanto diminuirão as mortes por muitas outras doenças.*» (Cannon, 2013:S2) Este escritor da área das ciências, associado a prestigiada publicação, apresenta-nos uma visão integrada da doença vascular, cardíaca e cerebral, definindo as patologias do coração, dos vasos sanguíneos e do sistema vascular cerebral como a “doença cardiovascular.” (idem)

O plano nacional de saúde 2004-2010 tinha definido, para 2010 e em Portugal continental, uma meta⁴ de 12/100.000 habitantes para a taxa de mortalidade padronizada por AVC, antes dos 65 anos. «Em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por AVC, antes dos 65 anos, apurada para Portugal Continental, foi de 9,5 óbitos por 100000 habitantes, mantendo-se a tendência de decréscimo verificada nos anos anteriores. Apesar desta tendência, a mortalidade por AVC abaixo dos 65 anos em Portugal está ainda acima do melhor valor da Europa dos 15 (França: 5,1 óbitos por 100 000 habitantes).» (DGS, 2010)

Esta diminuição ocorrida no período 2004-2009, verificou-se nas diversas regiões do país; a Região do Alentejo continuava a apresentar os valores mais elevados para este indicador (14,6 e 12,9 óbitos por 100 000 habitantes, em 2004 e 2009).

⁴ Calculada pela Direcção-Geral da Saúde, para Portugal Continental

Já no plano nacional de saúde 2012-2016 (PNS), as projecções e metas para Portugal continental (em 2016) são, respectivamente, de 5.2 e 5.0 (mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos (/100.000 habitantes), entre as mais elevadas sob as mesmas condições, como inscritas na área «mortalidade» da secção de indicadores e metas em Saúde desse plano, na lista de indicadores do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde e respectivos valores (observados, projectados e metas) (DGS, 2013:7)

Ainda sob o signo da estatística, particularmente focados na sua variante mortalidade, também o INE destacou e publicou dados sobre o risco de morrer no nosso país, relativo ao último ano com dados disponíveis. Num destaque à comunicação social de 23 de Maio de 2014 (INE, 2014), tendo como referencia uma publicação mais completa, foi anunciado que as doenças do aparelho circulatório foram a principal causa de morte em 2012 (INE, 2014:2), com 30,4%, atingindo mais o género feminino e estando, nesse grupo, particularmente representadas as doenças cérebrovasculares (12,5%) em oposição à doença isquémica do coração (6,5%) e ao enfarte agudo do miocárdio (4,3%); contudo, estas matam mais cedo e atingem particularmente os homens.

3.2 – AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Abordar um tópico tão vasto e extenso pode parecer pretensioso no âmbito deste trabalho; a intenção é, apenas, a de fazer uma breve referencia a aspectos muito pontuais sobre tópicos aqui definidos como políticas públicas, mas que se referem, essencialmente, aos projectos e respostas públicas ao problema de saúde que abordamos e no qual temos vindo a trabalhar.

Sem pretender aprofundar, por política publica entende-se a soma das actividades dos governos que agem directamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.

Numa pesquisa rápida pelo sítio da internet da direcção-geral de saúde (DGS, 2014a), podemos retirar um vasto conjunto de Normas e Circulares Normativas, Orientações e Circulares Informativas, Informações, Informações dos Programas Nacionais, etc., etc., dando conta de linhas de política de saúde que ajudam a abordar, conhecer, enquadrar e, eventualmente, minimizar os problemas de saúde; com a palavra-chave “AVC”, ou “HTA” (por exemplo), aparecem algumas entradas, das quais deixamos aqui testemunho (quadro 4) e que, atendendo à definição deixada acima, fazem parte de linhas de política pública na esfera das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares:

Quadro 4 - Alguns documentos e suas finalidades (sítio *web* da DGS)

DOCUMENTO (S)	DESCRIÇÃO
Circular Normativa n.º 15/DGCG de 05/09/2003 (2003-09-05)	Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares; Ver também Circular Normativa n.º 2/DGCG/04 - Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial
Circular Informativa n.º 12/DSPCS de 19/04/2004 (2004-04-19)	Planeamento da Alta do Doente com AVC
Circular Normativa n.º 7/DSPCS de 28/04/2004 (2004-04-28)	Planeamento da Alta do Doente com AVC - Intervenção dos Assistentes Sociais
Circular Normativa n.º 3/DSPCS de 06/02/2006 (2006-02-06)	Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares
Norma n.º 020/2011 de 28/09/2011, actualizada a 19/03/2013 (2011-09-28)	Hipertensão Arterial: definição e classificação
Norma n.º 026/2011 de 29/09/2011, actualizada a 19/03/2013 (2011-09-29)	Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial
Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares» Documentação de Referência (2013-10-08)	Relatórios Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013 Indicadores de actividade de Cardiologia - hospitais públicos nacionais Informação
Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares» Grupos de Trabalho (2012-02-27)	O Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares inclui os seguintes grupos de trabalho: Prevenção e Factores de Risco Cardiovascular
Plano Nacional de Saúde» Metas prioritárias para as doenças cardiovasculares (2005-01-27)	Indicador Situação actual Projecção para 2010 Meta para 2010 Doença isquémica cardíaca (DIC) Taxa de mortalidade padronizada por DIC antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos
Lei n.º 75/2009 Diário da República, 1.ª série — N.º 155 — 12 de Agosto de 2009 (p5225- 5226)	Redução do teor de sal no pão
http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos	Projecto "PÃO.COME" ARS Centro
Norma da DGS n.º 054/2011 de 27/12/2011	Norma relativa à Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação a doentes vítimas de Acidente Vascular Cerebral (P/: Médicos do Sistema Nacional Saúde)

São alguns dos exemplos de linhas de acção e informação, aos profissionais de saúde e cidadãos interessados, tendo como objectivo maior, ou meta, as melhores estratégias de prevenção, tratamento e eventual reabilitação, pensando no doente (vítima) de AVC.

Todas as esferas de acção são passíveis deste tipo de abordagens. Outras possíveis, no que se refere ao acidente vascular cerebral podem ser as indicadas nos pontos seguintes, traduzindo outras respostas sociais e públicas, atendendo à magnitude dos problemas em questão.

Relativamente a todas, tal como se estuda nas áreas de economia e gestão, há que prestar contas, proceder à medição dos resultados atendendo à alocação de fundos e envolvimento de recursos

materiais e humanos; terá que se fazer a respectiva avaliação, correcção, redimensionamento ou realinhamento.

3.2.1 – AS POLÍTICAS PÚBLICAS: UNIDADES DE AVC (U-AVC)

As unidades de AVC (u-AVC), entendidas como unidades dedicadas para recepção e tratamento de doentes vítimas de tal condição, poderão ser percebidas como outra face das políticas públicas, perante persistentes e graves problemas de saúde da população.

Diversos estudos confirmam os resultados altamente favoráveis obtidos em tais unidades; diz-se mesmos que essas salvam vidas e reduzem a incapacidade, como sintetizou Hanger, Wilkinson e Mears (2010:45), resumindo e referenciando, para tal, um conjunto de trabalhos e relatórios anteriores, passíveis de consulta; afirmou que as «As unidades de AVC salvam vidas, reduzem incapacidade e aumentam a probabilidade da pessoa regressar à sua própria casa.»

Entre nós, um relatório da direcção-geral da saúde, de 2001, sintetiza as recomendações para o desenvolvimento destas unidades em Portugal (Portugal_dgs; 2001), expondo-se alguns indicadores e aspectos epidemiológicos relativos ao mesmo, numa perspectiva de implementar um sistema de cuidados que dê a melhor resposta e ofereça a melhor qualidade de cuidados aos doentes. Isto, na sequência da inquestionável vantagem da solução UAVC face a outras formas de organização de cuidados de saúde a estes doentes. Este mesmo documento pode ser consultado no sítio da internet da DGS, sob o título “Unidades de AVC” e enquadrado por pequeno texto relativo às redes de referência hospitalar.

Mais recentemente, Oliveira (2012) apresenta-nos um trabalho sintético, com o sugestivo subtítulo de “o caminho para a mudança”, e no qual estas unidades são explicadas quanto à génese, vantagens, benefícios, classificação, já introduzindo aí o aspecto das vias verdes, uma outra vertente das políticas de saúde que tratamos agora.

Naturalmente que decorre, entre outros aspectos, do esforço, do treino, da multidisciplinaridade e das condições diferenciadas oferecidas aos profissionais de saúde, o que é apontado em termos de vantagens e sucesso nos resultados clínicos. Quando algo falha, lá estará uma entidade pública, eventualmente independente (como por exemplo a ERS - Entidade Reguladora da Saúde), para lavrar deliberações, como a n.º ERS/024/12, onde todos estes recursos serão lembrados e explicitados.

Como refere ainda Oliveira (2012), decorre do recurso terapêutico à fibrinólise, atendendo às suas circunstâncias e critérios específicos, sabendo-se que “tempo é cérebro” (Hill e Hachinski, 1998), a instituição e implementação de corredores de acesso facilitado, traduzidos no terreno e

publicamente pelas designadas vias verdes do AVC (ou do EAM), quer na vertente extra-hospitalar quer na vertente intra-hospitalar (Silva e Gouveia, 2012).

Os relatórios de actividades vêm dando conta anual da sua evolução.

Como podemos ler num desses documentos, com indicadores de actividade e publicado em 2010, «o PNS 2004-2010 identifica as Doenças CardioCerebro Vasculares como uma das principais causas de mortalidade e morbilidade pelo que foram consideradas prioritárias e alvo de um programa vertical específico. As VIAS VERDES do Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC) surgem em 2007 como a principal estratégia da Coordenação Nacional e, três anos depois, há ganhos em saúde inequívocos demonstrados pelos números apresentados.»

Também o Instituto Nacional de Emergência Médica publica e publicita (nomeadamente através de notas à imprensa e rádio) os dados anuais e acumulados relativamente ao número de doentes que vai encaminhando para essas designadas vias verdes.

Apesar das soluções que veem sendo encontradas, umas de carácter preventivo e estas de natureza mais interventiva na vertente do tratamento, os números de AVC continuam elevados. Terá sido por isso que o presidente da Sociedade Portuguesa do AVC terá proferido, em final de Janeiro de 2013, um emotivo lamento, para aqui transcrito a partir das palavras jornalísticas: «Estamos fartos de ensinar os principais sinais de AVC, mas desprezam-nos» (RR_Rádio Renascença, 2013). Estas palavras teriam como alvo a população portuguesa e, em nota jornalística, deviam-se ao facto de essa ser a principal causa de morte em Portugal, entre outros factos referidos.

3.2.2 – AS POLÍTICAS PÚBLICAS: ORIENTAÇÃO PÓS-HOSPITALAR E OUTRAS

Uma outra vertente extremamente importante - atendendo às características da doença e sua repercussão, designadamente nas esferas funcional e social do indivíduo – refere-se ao encaminhamento pós-hospitalar; para onde vai o doente, dadas a suas dificuldades e elevadas necessidades de apoio e medidas de reabilitação? Que orientação pós-hospitalar? Quando há necessidade de internamento, e tal é frequente, a resposta actual passa pelas unidades de internamento da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), obedecendo a um protocolo, a regras apertadas e um fluxo de informação próprio.

Há diferentes tipologias (Segurança Social, 2013) que passamos a indicar:

- Unidades de Internamento (com necessidade de ser internado)
 - Unidade de Convalescência - para internamentos até 30 dias;
 - Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) - para internamentos com duração entre 30 e 90 dias;
 - Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) - para internamentos com mais de 90 dias seguidos;
 - Unidade de Cuidados Paliativos - não existe período limite de internamento;

- Unidades de Ambulatório (sem necessidade de ser internado)
 - Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA) - a implementar
 - Cuidados Continuados Integrados Domiciliários

Esta foi a informação extraída da página da internet referenciada acima, actualizada em Setembro de 2013 e que indicava destinar-se a «pessoas que estejam em situação de dependência e necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social»; a realidade no terreno é, por vezes, muito mais complexa.

Podemos afirmar que, em relação a esta rede, é indiscutível que se tem percebido um esforço quanto ao seu alargamento progressivo (as notícias na comunicação social têm sido regulares), a par de outros movimentos e medidas, no âmbito das políticas da saúde, que procuram a sustentabilidade e racionalidade desta mesma rede. Mas, dadas as estatísticas e indicadores, de doença e demográficos, parece actualmente estar sempre aquém das efectivas necessidades.

Outros aspectos que aqui lembramos referem-se às mudanças que vamos percepcionando dentro das organizações, na vertente clínica e, também, na sociedade em geral; traduzem-se, por exemplo, nos esforços de operacionalização das vias verdes intra-hospitalares e pré-hospitalares, no continuado trabalho de classificação estatística e melhoria dos dados disponíveis (GDH's), nos esforços de ligação às unidades de rectaguarda e redes de apoio social, procurando-se a máxima coincidência entre a alta clínica e a alta social (ex: Equipa de Gestão de Altas, EGA) através duma melhor fluidez de processos administrativos e orientação dos doentes e, dessa forma, procurando impacto positivo nos tempos de internamento (permanência nas unidades de internamento) e na qualidade de vida dos doentes e familiares. Também algumas campanhas relativas ao consumo de alimentos e, particularmente, de aditivos como o sal de cozinha no pão alimentar.

3.3 – O EFEITO “FIM-DE-SEMANA”

Na literatura impressa e virtual (*online*) vão aparecendo alusões ao efeito acima referido; terá, no nosso país, alguma magnitude que mereça estudo mais aprofundado?

Conforme trabalho de Kapral e Reeves (2013), foi associada maior mortalidade e resultados clínicos menos favoráveis nos doentes que tiveram enfarte cerebral coincidente com um fim-de-semana, quando comparado com os dias normais de semana. Este mesmo efeito era anulado quando os doentes eram tratados em unidades certificadas.

Este mesmo efeito foi referido por investigadores do Reino Unido (Gever e Agus, 2012), conforme notícia obtida *online* e publicada já em 2012; mais próxima da área cardiológica, este alerta deixa bem patente a sensibilidade e o desfecho dos eventos clínicos à sua abordagem inicial, assim como reforçam a importância da identificação inicial da sintomatologia.

3.4 – DOENTES EM PROCESSO DE TRANSIÇÃO E RECUPERAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCAUIDADO

Porque as doenças, na sua generalidade, traduzem rupturas com prévios equilíbrios, elas induzem modificações de rotinas, redefinição de estratégias e novas/ diferentes perspectivas por parte dos doentes. Não sendo apenas biologia, anatomia e bioquímica, são muito de emoção, afectividade, relação.

O AVC, tal como tem sido abordado nas páginas anteriores e é percepção do senso comum, está entre a situações ou perturbações clínicas mais temidas entre as populações, numa hipotética lista na qual diversas formas de cancro ocuparão os lugares principais, acreditando na afirmação de Matos e Pereira (2002) ao dizerem que o cancro é uma das doenças mais temidas do mundo por induzirem nas pessoas uma carga emocional relacionada com sofrimento, angústia, dor e morte.

Assim, não esquecendo a enorme variabilidade das consequências do AVC, pode afirmar-se que o mesmo obriga o doente a uma redefinição de perspectivas de vida, opções, prioridades e à concentração em processos de reabilitação.

Os doentes experienciam transições, processos encadeados, que partem da sua nova situação, habitualmente de fragilidade, dependência, dificuldades de diversa natureza, motora, emocional, cognitiva.

Há propostas para referenciação e organização de processos clínicos e terapêuticos (Oliveira, 2010) e há as estruturas e organizações de saúde, as pessoas, actores, que ajudam a fazer esse caminho. Há, igualmente, um caminho único, próprio, inerente aos recursos internos dos doentes, que eles são convidados e estimulados a activar e fazer uso.

Dos múltiplos intervenientes e sem qualquer exclusão, os enfermeiros serão, a par das famílias e de outros cuidadores directos, aqueles que mais intima e continuamente serão levados a contactar e gerir as dificuldades e manifestações de adaptação dos doentes. Dorothea Orem (Orem, 2001) conceptualizou a prática de enfermagem, isto é, dos cuidados de enfermagem, nomeadamente à luz da diferenciada capacidade/ incapacidade dos doentes para a satisfação das próprias necessidades, independentemente da sua natureza. A sua teoria do défice de autocuidado de enfermagem (TDAE) assenta em bases concretas, ligadas a sistemas filosóficos na explicação de Banfield; esta afirma que a visão de Orem sobre a natureza da realidade, sobre a natureza dos seres humanos e da enfermagem como uma ciência prática, reflectem a filosofia de realismo moderado (in Orem, 2001:xiii). Muitos autores têm abordado as suas concepções; Petronilho (2012) efectua uma revisão em torno do conceito de autocuidado, que designa como conceito central da disciplina, relembrando a inter-relação de conceitos e teorias na base da aqui abordada teoria do défice de autocuidado de enfermagem (TDAE).

Mais recentemente, também Queirós *et al* esclarecem a visão da autora, num trabalho de análise crítica e reflexão em torno dos componentes centrais da sua teoria (Queirós, Vidinha, Filho; 2014). Parecendo inquestionável a efectiva ruptura trazida pela doença vascular cerebral, acontecerá necessariamente uma resposta de transição, de reorganização dos múltiplos sistemas envolvidos e perturbados (orgânico, psicológico, social, familiar) como podemos depreender de leituras em torno de diversos conceitos e disciplinas diferenciadas (homeostasia, equilíbrio interno, entropia, psicologia da família, sociologia) mas também, no âmbito mais próximo da nossa prática profissional, da leitura dos autores acima referidos e também de Afaf Meleis (Meleis, 1987; Schumacher e Meleis, 1994; Meleis *et al*, 2000; Meleis, 2010), cuja teoria da transição vem concretizar em acerbo teórico o conjunto de conceitos e fenómenos relativos aos processos em que os doentes vivenciam, nomeadamente aquando de acontecimentos fracturantes, de ruptura, como é exemplo o acidente vascular cerebral.

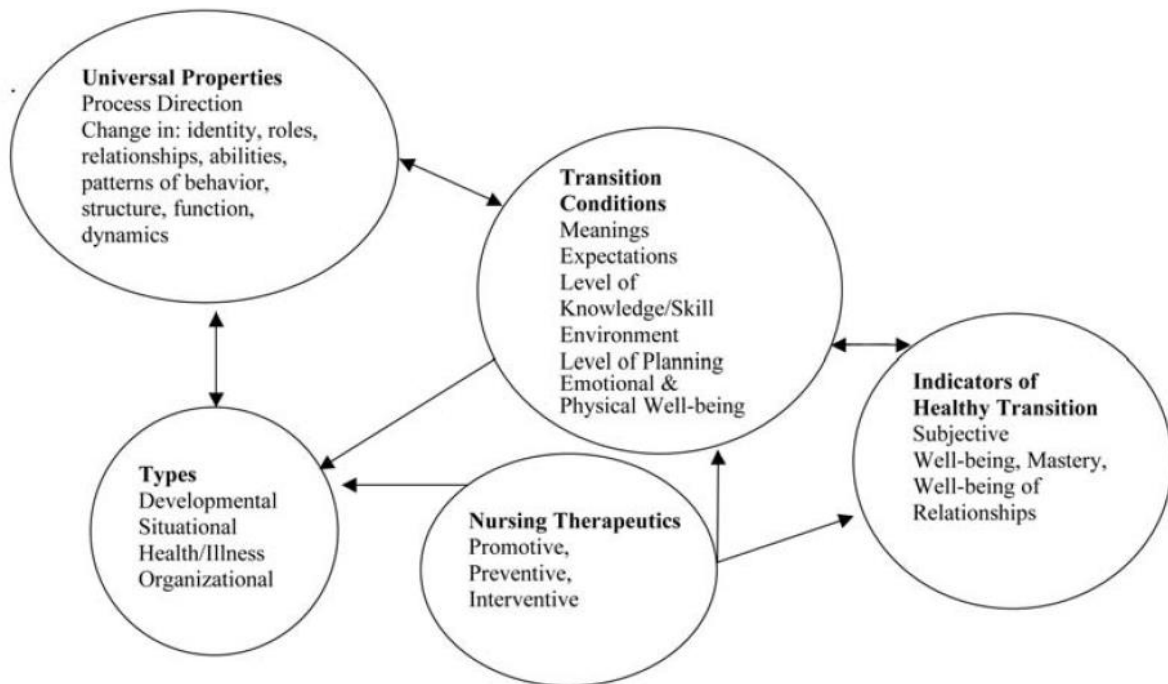
Meleis apresenta-nos o conceito de transição e define-o como central para os enfermeiros; os encontros enfermeiro/a - doente (cliente) ocorrem, frequentemente durante instáveis períodos de transição, precipitadas por mudanças inerentes ao desenvolvimento, situacionais, ou relativas à

saúde. Tais mudanças podem produzir profundas alterações na vida dos indivíduos e seus familiares/outros, tendo importantes implicações para o bem-estar e saúde (Meleis, 2010:38).

Não pretendendo efectuar uma análise exaustiva, neste contexto, do modelo de transições proposto (*A nursing model of transitions*), destacamos desse os seus traços gerais como sejam os tipos de transições habitualmente identificadas, as condições e factores indispensáveis à sua ocorrência e também a definição de alguns indicadores de transição saudável. (Meleis, 1987; Schumacher e Meleis, 1994; Meleis, 2010; Abreu, 2011). São identificados, ainda, um conjunto de propriedades universais de tais transições assim como das medidas ou intervenções terapêuticas de enfermagem, estas como recurso utilizado na preparação e prosseguimento destes processos.

Abreu (2011) relembra-nos os fundamentos filosóficos e a definição essencial do conceito de transição, naturalmente através das palavras e contributos científicos de autores tão conceituados como Sigmund Freud (neurologista e criador da Psicanálise), Jean-Martin Charcot (fundador da moderna neurologia), Melanie Klein (psicoterapeuta pós-freudiana), Lev Vygotsky (pioneiro no conceito de que o desenvolvimento intelectual das crianças ocorre em função das interacções sociais e condições de vida), Urie Bronfenbrenner, Anthony Giddens, entre muitos outros; obviamente, fazendo continuadas referências aos diversos trabalhos de Afaf Meleis.

O conceito de transição «remete para uma mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social» (Meleis *apud* Abreu, 2011:23). A figura seguinte (figura 4) esquematiza o modelo; estes instáveis períodos de transição, dadas as suas propriedades e circunstâncias, podem ser de natureza desenvolvimental, situacional ou relativa à esfera da saúde-doença, constituindo os tipos de transições acima mencionados; quanto às condições e factores indispensáveis à sua ocorrência, os autores utilizam expressões relativas aos significados, expectativas, níveis de conhecimento, ambiente, nível de planeamento e ao bem-estar físico e emocional. Como indicadores de transição saudável, referem aspectos/ conceitos como bem-estar subjectivo, mestria e bem-estar na esfera relacional. Ainda se identificam as propriedades universais de tais *transições*, relativas à mudança de direcção dos processos em curso, nomeadamente quanto à identidade, ao papel esperado, às relações e capacidades, aos padrões de comportamento, estrutura, função e dinâmicas. Finalmente, as intervenções terapêuticas de enfermagem, ou seja, as medidas a implementar, recaindo na esfera da promoção, da prevenção e das intervenções propriamente ditas (Meleis, 1987; Schumacher e Meleis, 1994; Meleis, 2010; Abreu, 2011).



Fonte: Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice; (Meleis, 2010)

Figura 4 - Um modelo de transições, na perspectiva de enfermagem

CAPITULO 4 – QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE VÍTIMA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: TEMPO DE INTERNAMENTO, PLANEAMENTO DA ALTA E FUNCIONALIDADE. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.

No âmbito do trabalho em desenvolvimento, centrado na doença cerebrovascular isquémica “AVC” e também nos abrangentes (e convergentes) conceitos de funcionalidade, de qualidade de vida, de internamento e da alta/ encaminhamento pós-hospitalar, quisemos englobar, numa pesquisa metodologicamente organizada, o que a literatura nos vem disponibilizando nestes anos mais recentes.

Naturalmente que alguns aspectos terão já sido abordados neste relatório. Mas porque pretendemos concretizar uma actualização da pesquisa em torno desses conceitos centrais e sua articulação, corremos, embora o minimizaremos, tal risco.

Relativamente aos procedimentos metodológicos desta revisão integrativa, adoptámos diferentes estratégias ou abordagens de pesquisa (conjugações de palavras-chave); assim, durante o início do 4º trimestre de 2014, pesquisámos a literatura científica publicada nos motores de busca EBSCO, percorrendo as principais bases de dados⁵ e procedemos à selecção dos estudos que respeitassem genericamente alguns critérios de inclusão, embora sem a delimitação crítica que pode decorrer duma estratégia muito formatada (exº PICOD); contudo, seguindo esse modelo, definimos os seguintes:

Tabela 2 - Critérios de inclusão

PICOD	Critérios de Inclusão dos estudos
Participantes	Doentes, serviços e processos de cuidados, cuidadores de doentes vítimas de AVC (lesão neurológica aguda e consequências)
Intervenções	Abordagens a dimensões como a funcionalidade, a qualidade de vida, a sintomatologia depressiva, os processos e tempo de internamento, alta e seu planeamento, os cuidadores, a reabilitação e seus mecanismos
Resultados de Investigação	Evidências e relações entre variáveis, no âmbito das estratégias implementadas e que sejam apresentadas como resultados ou “outcomes”...
Desenho do Estudo	Sem limitações

Considerámos também alguns critérios para exclusão, nomeadamente o cair fora do período temporal definido em cada abordagem, não abordar as repercussões ou vectores de análise

⁵ MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina e Psychology and Behavioral Sciences Collection.

solicitados, sair do âmbito específico da patologia subjacente, não disponibilizar *Full text* ou utilizar outro idioma que não português, inglês e castelhano.

Pontualmente foram admitidas exceções, conforme se apresenta no seguinte quadro; assim, numa primeira estratégia de pesquisa (S_1), com as palavras-chave *stroke*, *quality of life* e *discharge planning*, ligadas com operador booleano *and* (pesquisado em *abstract* ou sem definição de campo), obtivemos 12 artigos (com link para *full text*) mas num período temporal de 14 anos e meses (2000-2014); desses 12 artigos, retiveram-se 10, após exclusão de repetidos e de artigos que abordavam outros aspectos fora do nosso interesse. Apenas obtínhamos 1 artigo, de 2013, quando definíamos o período 2012-2014 e mantínhamos restantes critérios.

Numa segunda estratégia de pesquisa (S_2), com as palavras-chave *length of stay*, *stroke* e *quality of life*, ligadas com operador booleano *and* (pesquisado em *abstract*), obtivemos 13 artigos (com link para *full text*), num período temporal de 2 anos e meses (2012 a 2014); destes, foram retidos 07 artigos, após exclusão dos repetidos e de artigos que abordavam outros aspectos igualmente fora do nosso interesse.

Numa terceira estratégia de pesquisa (S_3), com as palavras-chave *after stroke*, *quality of life* e *length of stay*, ligadas com operador booleano *and* (pesquisado em *abstract*), obtivemos 5 artigos (com link para *full text*), no período temporal de 2012 a 2014. Foram todos excluídos porque já tinham integrado as pesquisas anteriores, porque se repetiam ou estavam redigidos em idioma alemão.

Numa quarta estratégia de pesquisa (S_4), com as palavras-chave *stroke*, *quality of life*, *length of stay* e *functionality*, ligadas com operador booleano *and* (pesquisado em *abstract* ou sem definição de campo), não obtivemos qualquer artigo (com ou sem link para *full text*), no mesmo período temporal (2012 a 2014). O mesmo resultado (sem qualquer artigo) se verificou noutras duas estratégias de pesquisa (S_6 e S_7), nas quais as palavras-chave foram semelhantes.

Quadro 5 - Estratégias de pesquisa e resultados, em número de artigos seleccionados

S	Palavras-chave	Campos especificados	Período	Tx completo?	RES	R / FINAL
1	stroke/ quality of life/ discharge planning	Abst/Abst/---	2000-2014	SIM	12	10
2	length of stay/ stroke/ quality of life	Abst/Abst/Abst	2012-2014	SIM	13	7
3	after stroke/ quality of life/ length of stay	Abst/Abst/Abst	2012-2014	SIM	05	0
4	Stroke/ quality of life/ length of stay/ Functionality	Abst/Abst/Abst/---	2012-2014	SIM + NÃO	0+0	0
5	stroke patients/ quality of life/ Functionality	Abst/Abst/Abst	2012-2014	SIM + NÃO	0+1	1
6	Stroke/ length of stay/ Functionality	Abst/Abst/Abst	2012-2014	SIM	0	0
7	Stroke/ discharge planning/ Functionality	Abst/Abst/Abst ou ---	2012-2014	SIM + NÃO	0+0	0

Na quinta estratégia de pesquisa (S_5), com as palavras-chave *stroke patients*, *quality of life* e *functionality*, ligadas com operador booleano *and* (pesquisado em *abstract*), obtivemos 1 artigo (sem condição de *full text*), no mesmo período temporal (2012 a 2014).

Desta estratégia de trabalho, sintetizada no quadro anterior, resultou um conjunto de 18 artigos (a que adicionámos outro, enquanto artigo comentado), perfazendo um total de 19 artigos, conforme a figura seguinte.

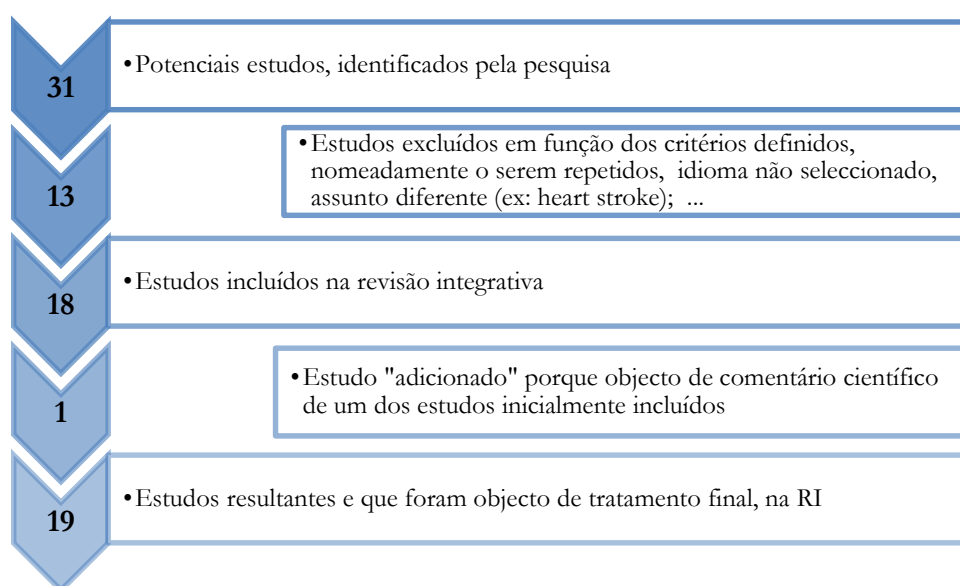


Figura 5 - Diagrama do processo de selecção dos estudos

Na tabela seguinte, relativa à apresentação dos estudos, aqueles seleccionados para esta revisão integrativa da literatura são classificados por número, autores, data de publicação e título; a lógica subjacente à ordem numérica atribuída relaciona-se com a sequência das estratégias de pesquisa implementadas.

Tabela 3 - Apresentação sumária, dos estudos

Nº	Autores	Ano	Título
E ₁	Yea-Ing L. Shyu; Li-Min Kuo; Min-Chi Chen; Sien-Tsong Chen	2010	A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan.
E ₂	Kyle Allen; Susan Hazelett; David Jarjoura; Keding Hua; Kathy Wright; Janice Weinhardt; Denise Kropp	2009	A Randomized Trial Testing the Superiority of a Postdischarge Care Management Model for Stroke Survivors.
E ₃	Ann-Helene Almborg; Kerstin Ulander; Anders Thulin; Stig Berg.	2010	Discharged after stroke - important factors for health-related quality of life.
E ₄	<i>Commentary by:</i> Peter Griffiths	2000	Early discharge plus home based rehabilitation reduced length of initial hospital stay but did not improve health related quality of life in patients with acute stroke.
E ₅ [E _{4.1}]	Craig Anderson; Sally Rubenach; Cliona Ni Mhurchu; Michael Clark; Carol Spencer; Adrian Winsor	2000	Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial. I: health outcomes at 6 months
E ₆	Kyle R. Allen; Susan Hazelett; David Jarjoura; Glenda C. Wickstrom; K. Hua; J. Weinhardt; K. Wright	2002	Effectiveness of a postdischarge care management model for stroke and transient ischemic attack: a randomized trial.
E ₇	Yasmine M. Loupis; Steven G. Faux	2013	Family conferences in stroke rehabilitation: a literature review.
E ₈	E Gräsel; R Schmidt; J Biehler; W Schupp	2006	Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients.
E ₉	David Sulch; Inigo Perez; Anne Melbourn; Lalit Kalra	2000	Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation.
E ₁₀	Theresa L. Green; Kathryn M. King	2007	The trajectory of minor stroke recovery for men and their female spousal caregivers: literature review.
E ₁₁	<i>Commentary by:</i> David Stevenson	2004	Training informal caregivers of patients with stroke improved patient and caregiver quality of life and reduced costs.
E ₁₂	Jing Tao; Yunhua Fang; Zhenkai Wu; Ting Rao; Yusheng Su; Lili Lin; Wei Liu; Jinsong Wu; Shanli Yang; Guohua Zheng; Lidian Chen	2014	Community-applied research of a traditional Chinese medicine rehabilitation scheme on Broca's aphasia after stroke: study protocol for a randomized controlled trial.
E ₁₃	Hans Krueger; Patrice Lindsay; Robert Cote; Moira K. Kapral; Janusz Kaczorowski; Michael D. Hill	2012	Cost avoidance associated with optimal stroke care in Canada.
E ₁₄	Gustavo Saposnik; Sylvain Lanthier; Muhammad Mamdani; Kevin E. Thorpe; Magda Melo; Karen Pope; Daniel Selchen; David F. Moore	2012	Fabry's disease: A prospective multicenter cohort study in young adults with cryptogenic stroke.
E ₁₅	Vilai Kuptniratsaikul; Apichana Kovindha; Krisna Piravej; Piyapat Dajpratham	2013	First-Year Outcomes after Stroke Rehabilitation: A Multicenter Study in Thailand.
E ₁₆	Andrew M. Naidech; Jennifer L. Beaumont; Neil F. Rosenberg; Matthew B. Maas; Adam R. Kosteva; Michael L. Ault; David Cella; E. Wesley Ely	2013	Intracerebral hemorrhage and delirium symptoms. Length of stay, function, and quality of life in a 114-patient cohort.
E ₁₇	M. Barton; S. McClean; J. Gillespie; L. Garg; D. Wilson; K. Fullerton	2012	Is it beneficial to increase the provision of thrombolysis? -- a discrete-event simulation model.
E ₁₈	Jane M. Cramm; Mathilde M. H. Strating; Anna P. Nieboer	2012	Satisfaction with care as a quality-of-life predictor for stroke patients and their caregivers.
E ₁₉	Aline Cristina de Souza; Manoel Otávio da Costa Rocha; Antônio Lúcio Teixeira; José Olímpio Dias Júnior; Lidiane Aparecida Pereira de Sousa; Maria Carmo Pereira Nunes	2013	Depressive symptoms and disability in chagasic stroke patients: Impact on functionality and quality of life.

Estes estudos foram analisados de forma a dar resposta às preocupações definidas acima e que, de forma directa, se desenvolvem no âmbito do trabalho sobre funcionalidade e qualidade de vida em doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico (centrado na influência do período de tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva, e no encaminhamento pós-hospitalar adoptado). Destacaremos os principais resultados e conclusões desses estudos e, previamente, fazemos uma síntese geral dos mesmos, atendendo à sua origem (país), aos objectivos expressos, à metodologia ou desenho de investigação, ao seu contexto e aos participantes envolvidos. Os quadros seguintes sintetizam esses dados, mantendo a mesma ordem apresentada na tabela anterior para facilitação da leitura, compreensão e interpretação de cada um dos trabalhos e do conjunto dos mesmos.

Quadro 6 - Estudos, atendendo a aspectos como país, objectivos, metodologia ou desenho de investigação, contexto e participantes envolvidos.

Nº	VARIÁVEIS	ASPECTOS DESCRITIVOS
E ₁	País	Taiwan
	Objectivo (s)	Explorar os efeitos, a longo prazo, de um programa de preparação da alta, destinado aos familiares cuidadores de idosos taiwaneses com acidente vascular cerebral.
	Desenho/Método	Estudo experimental com aleatorização (randomizado)
	Contexto	Hospital e domicílios dos doentes (in-hospital and posthospital: postdischarge telephone follow-ups and home visits)
	Participantes	Doentes idosos, vítimas de AVC (n= 158; GE=72; GC=86) e os seus familiares cuidadores.
E ₂	País	Estados Unidos da América (USA: Akron, Ohio)
	Objectivo (s)	Avaliar se o modelo de cuidados “ <i>comprehensive postdischarge care management</i> ” é superior ao “ <i>organized acute stroke department care with enhanced discharge planning</i> ”, no perfil de saúde e bem-estar de doentes vítimas de AVC.
	Desenho/Método	Estudo experimental com aleatorização (randomizado)
	Contexto	Hospital/ centros especializados e comunidade (in-hospital and posthospital).
	Participantes	Um total de 380 doentes (n= 380; GE=190; GC=190)
E ₃	País	Suécia
	Objectivo (s)	O objectivo geral foi identificar os factores que influenciam a QVRS (HRQoL) em doentes com AVC, duas a três semanas após alta.
	Desenho/Método	Estudo transversal.
	Contexto	Entrevistas no domicílio próprio do doente ou em “nursing home”.
	Participantes	Um total de 188 doentes (n= 188), consecutivamente incluídos.
E ₄	País	Reino Unido (Londres)
	Objectivo (s)	Comentário e análise de artigos científicos
	Desenho/Método	Comentário e análise de artigos científicos
	Contexto	Comentário e análise de 2 artigos científicos: <u>Artigo 1:</u> Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Côté R, <i>et al.</i> There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. Stroke 2000 May;31:1016–23. <u>Comentário:</u> Prompt hospital discharge with home care improved physical health and community reintegration and reduced initial length of hospital stay after acute stroke. <u>Artigo 2:</u> Anderson C, Rubenach S, Ni Mhurchu C, <i>et al.</i> Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial. I: health outcomes at 6 months. Stroke 2000 May;31:1024–31 (E ₃). <u>Comentário:</u> Early discharge plus home based rehabilitation reduced length of initial hospital stay but did not improve health related quality of life in patients with acute stroke.
	Participantes	Comentário e análise de artigos científicos
E ₅	País	Austrália (Adelaide)

E _{4.1}	Objectivo (s)	Examinar a eficácia da alta hospitalar precoce e programa de reabilitação domiciliar, em doentes com AVC agudo.
	Desenho/Método	Estudo experimental com aleatorização (randomizado)
	Contexto	Hospital/ domicílio dos doentes/ unidades de cuidados de reabilitação
	Participantes	No total, 398 doentes com AVC foram avaliados. No estudo entraram 86 doentes (n=86; GE=42; GC=44)
E ₆	País	Estados Unidos da América (USA: Akron, Ohio)
	Objectivo (s)	Testar a eficácia do modelo “ <i>comprehensive, interdisciplinary postdischarge care management</i> ” na melhoria dos indicadores de recuperação da saúde e prevenção secundária (perfil de saúde e prevenção), em doentes com AVC e AIT.
	Desenho/Método	Estudo experimental com aleatorização (randomizado)
	Contexto	Domicílio dos doentes
	Participantes	No total, 96 doentes com AVC/AIT foram incluídos. Na análise final distribuem-se 93 doentes (n= 93) pelos dois grupos (GE=47; GC=46).
E ₇	País	Austrália (Sydney)
	Objectivo (s)	Integrar e analisar o conhecimento actual sobre conferências familiares no contexto de unidades de reabilitação de doentes vítimas de AVC.
	Desenho/Método	Revisão da literatura.
	Contexto	(n.a.)
	“Participantes”	(n.a.); encontrados 23 artigos, 14 dos quais com nível de evidência entre I e III-3, que tratam com mérito as áreas problemáticas correntes nesta matéria.
E ₈	País	Alemanha
	Objectivo (s)	Investigar se os efeitos dum programa intensivo de preparação e transição entre unidades de internamento de reabilitação neurológica (inpatient) e os cuidados em domicílio, em doentes vítimas de AVC, podem ainda ser identificados a longo prazo (2,5 anos após alta).
	Desenho/Método	Estudo experimental controlado.
	Contexto	Hospital; contacto telefónico e entrevista, pelos 3 anos (comunidade/ domicílios)
	Participantes	No total, 71 doentes foram envolvidos no estudo (n= 71; GE=362; GC=35).
E ₉	País	Reino Unido (Londres)
	Objectivo (s)	Avaliar a eficácia do programa “ICP” (Integrated Care Pathway) na diminuição do tempo de internamento (hospitalização) de doentes vítimas de AVC sujeitos a reabilitação em unidade especializada, e sem prejuízo do resultado funcional final.
	Desenho/Método	Estudo experimental, prospectivo, com aleatorização (randomizado).
	Contexto	Hospital e comunidade (in-hospital and posthospital)
	Participantes	No total, 152 doentes foram envolvidos no estudo (n= 152; GE=76; GC=76).
E ₁₀	País	Canadá
	Objectivo (s)	Examinar o estado actual do conhecimento relativamente ao impacto do AVC “minor” em doentes do sexo masculino e nas suas conjugues cuidadoras, quanto à trajectória de recuperação e qualidade de vida.
	Desenho/Método	Revisão narrativa da literatura.
	Contexto	(n.a.)
	“Participantes”	(n.a.); encontrados e englobados 34 artigos.
E ₁₁	País	Reino Unido (Londres)
	Objectivo (s)	Comentário e análise de artigos científicos
	Desenho/Método	Comentário e análise de artigos científicos
	Contexto	Comentário e análise de 1 artigo científico: <u>Artigo:</u> Kalra L, Evans A, Perez I, <i>et al.</i> Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. BMJ 2004; 328:1099. (E _{não} seleccionado) <u>Comentário:</u> Training informal caregivers of patients with stroke improved patient and caregiver quality of life and reduced costs.
	Participantes	Comentário e análise de artigos científicos
E ₁₂	País	China
	Objectivo (s)	Desenvolver e implementar (na comunidade) um programa terapêutico eficaz e económico para a afasia pós AVC (apoplectic aphasia).
	Desenho/Método	Estudo experimental, com aleatorização (multicêntrico, randomizado, com avaliação cega)
	Contexto	Hospital e Centros de saúde da comunidade (Community Health Centers).
	Participantes	No total, 290 doentes foram envolvidos no estudo (n= 290; GE=145; GC=145).
E ₁₃	País	Canadá

	Objectivo (s)	Estimar o potencial para a prevenção de custos financeiros no Canadá, numa perspectiva social e considerando os 4 aspectos analisados.
	Desenho/Método	Revisão da literatura / “Evidence from the literature”
	Contexto	(n.a.)
	Participantes	(n.a.)
E ₁₄	País	Canadá [Protocolo para estudo]
	Objectivo (s)	Estimar a prevalência de mutações (...) para a doença de Fabry, num grupo não seleccionado de jovens doentes com AVC de etiologia indeterminada (AIT; HIC)
	Desenho/Método	Estudo multicêntrico, prospectivo, de coorte.
	Contexto	Hospital e follow-up
	Participantes	Todos os doentes* com AVC, entre os 18 e os 55 anos de idade, serão incluídos no estudo. (* at facilities enrolled as participating centers and working within the broad guidance of the Canadian Best Practice for Stroke Care).
E ₁₅	País	Tailândia
	Objectivo (s)	Não foram explicitados. Globalmente, será “...determinar os efeitos - a longo prazo - decorrentes da instituição de reabilitação intensiva...”
	Desenho/Método	Estudo prospectivo, de coorte
	Contexto	Hospital e follow-up (1 ano) pós-hospitalar.
	Participantes	De 327 doentes*, apenas 214 (65.4%) foram seguidos durante pelo menos 1 ano. * TSRR - Thai Stroke Rehabilitation Registry: 10/2008 a 09/2009
E ₁₆	País	Estados Unidos da América (USA/Chicago)
	Objectivo (s)	Determinar a relação entre delírio (presença de sintomas) e os subsequentes resultados funcionais e qualidade de vida (QdV), após hemorragia intracerebral.
	Desenho/Método	Estudo prospectivo.
	Contexto	Hospital e follow-up
	Participantes	No total, 114 doentes foram envolvidos no estudo.
E ₁₇	País	Reino Unido (Belfast)
	Objectivo (s)	Perceber se é benéfico investir na generalização e intensificação da trombólise, em termos do seu custo e do seu efeito na qualidade de vida...
	Desenho/Método	Estudo retrospectivo (5 anos: Jan 2003 a Dez 2007)
	Contexto	Estudo dos dados retirados do sistema de registo de doentes. [Patient Administration System (PAS) do Belfast City Hospital (BCH) e transferidos do BCH para South-East Belfast Community Stroke Scheme (rehab)]
	Participantes	No total, 419 doentes foram envolvidos no estudo.
E ₁₈	País	Holanda
	Objectivo (s)	Identificar a relação entre as variáveis “tempo de internamento hospitalar” e “grau de incapacidade” dos doentes vítimas de AVC com a qualidade de vida, própria e de seus cuidadores; especificamente, identificar a relação entre o grau de satisfação com os cuidados recebidos (doente e seus cuidadores) e a qualidade de vida.
	Desenho/Método	Estudo transversal (Cross-sectional)
	Contexto	Hospitalar.
	Participantes	No total, 251 díades (doente e seu cuidador: patient and caregiver couples) foram envolvidas no estudo.
E ₁₉	País	Brasil (Universidade Federal de Minas Gerais)
	Objectivo (s)	Investigar a correlação entre grau de incapacidade e sintomas depressivos com o desempenho funcional e qualidade de vida, em doentes - com doença de chagas - vítimas de AVC.
	Desenho/Método	Estudo transversal (Cross-sectional)
	Contexto	Hospitalar.
	Participantes	No total, 21 doentes com Doença de Chagas e diagnóstico prévio de AVC.

(n.a. – não se aplica)

Pretendendo destacar os principais achados dos estudos, reunimos no quadro 7 os principais tópicos ou aspectos descritivos relativos aos resultados e conclusões, através duma síntese dos mesmos.

Quadro 7 - Estudos, atendendo aos seus principais resultados e conclusões

Nº	VARIÁVEIS	ASPECTOS DESCRITIVOS
E ₁	Resultados e Conclusões: SÍNTESE	<p>No período após alta (follow-up de 12 meses), os cuidadores de doentes idosos vítimas de AVC que integraram o grupo experimental prestaram cuidados de melhor qualidade ($\beta=0,45$; $p=0,03$) do que os que integraram o grupo controlo; entre o 6º e 12º mês após alta, a probabilidade de re-institucionalização foi mais elevada para os doentes que integraram o grupo controlo do que no grupo experimental ($X^2=5,11$; $p=0,03$).</p> <p>Perante tais resultados, pode concluir-se que atenção e cuidados precoces, treino, avaliação e acompanhamento do doente e família (cuidador), durante o internamento e após a alta, melhoram a qualidade dos cuidados recebidos pelos doentes assim como diminui a probabilidade de reinternamento. Apesar dos resultados do estudo não demonstrarem melhoria da qualidade de vida dos cuidadores nem mesmo dos doentes (algumas limitações foram apontadas).</p>
E ₂	Resultados e Conclusões: SÍNTESE	<p>Considerados todos os domínios estudados no âmbito do AVC (1 - função neuromotora; 2 - tempo de internamento ou morte; 3 - qualidade de vida; 4 - gestão de riscos; 5 - conhecimento sobre o AVC e estilo de vida), o efeito (<i>effect size</i>) do tratamento foi próximo do 0 (after standardization to SD of 1 for each measure) para todos, excepto para o domínio “conhecimento e estilo de vida”, o qual mostrou um significativo efeito decorrente da intervenção ($p=0.0003$). Ou seja, destes 5 domínios, apenas o relativo ao conhecimento e estilo de vida foi melhorado com a intervenção, não sendo demonstrada a superioridade de um modelo (“<i>comprehensive postdischarge care management</i>”) sobre o outro (“<i>organized acute stroke department care with enhanced discharge planning</i>”). Contudo, em ambos os grupos, estava garantida uma preparação e acompanhamento na alta.</p>
E ₃	Resultados e Conclusões: SÍNTESE	<p>A análise de regressão múltipla com as oito escalas do SF-36 como variáveis dependentes revelou oito modelos, um para cada escala, que foram estatisticamente significativas. Os sintomas depressivos foram associados com menor qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL). A capacidade para realizar actividades pessoais e sociais, os interesses, menor idade, educação (ensino básico, elementar) e menor tempo de internamento associaram-se com mais elevada qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL). A percepção de participação no próprio planeamento da alta foi quer positiva quer negativamente associado com qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL). Diversas variáveis contribuem para uma boa qualidade de vida relacionada com a saúde nas duas a três semanas após a alta hospitalar, particularmente a menor sintomatologia depressiva e o envolvimento/ participação em actividades sociais (tais como actividades ao ar livre e desempenho de interesses)</p> <p>Em síntese, demonstra-se a relevância dessas variáveis na percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL); o estudo aborda o facto de o doente participar, ou não, na preparação da sua alta (discharge planning), sendo tal participação percebida quer positiva quer negativamente. Revela aspectos como a sintomatologia depressiva associada a menor HRQoL e, por outro lado, preservação de funcionalidade pessoal e social, interesses, mais jovens, educação/ escolaridade e menor tempo de internamento foram relacionados com maior HRQoL.</p>

E ₄	Resultados e Conclusões: SINTESE	<p>No comentário de Griffiths (E₄) ao estudo desenvolvido por Anderson <i>et al</i> (E₅) são sublinhados aspectos importantes no que se refere ao doente vítima de AVC e ao processo de transição do contexto hospitalar para o contexto domiciliário (aspectos como a reabilitação, o tempo de internamento, a alta).</p> <p>Sublinha, por exemplo, que a alta precoce não induz resultados (avaliados aos 6 meses) significativamente melhores para os doentes e pode conduzir a piores resultados em termos de QdV e saúde mental para os seus cuidadores. Também relembra que os cuidados em unidades de AVC são mais eficazes do que os cuidados em enfermarias gerais. Em termos conclusivos, no seu comentário é afirmado que uma redução no tempo de internamento (<i>acelerar</i> a alta) pode ser concretizado sem dano aparente para os doentes (vítimas de AVC) relativamente independentes; afirma também a fraca evidência quanto às vantagens da alta precoce e aos menores custos financeiro relativamente à (permanência) em unidades de cuidados gerais (habituais); refere ainda a necessidade de mais investigação quanto aos efeitos sobre os cuidadores. Não há, contudo, evidência que a alta precoce seja melhor ou menos dispendiosa do que as unidades de AVC. Garantir cuidados de reabilitação após o AVC, coordenados e multidisciplinares, melhora os resultados para o doente. Mais investigação é necessária para determinar a melhor forma de garantir esses cuidados.</p>
E ₅ [E _{4.1}]	Resultados e Conclusões: SINTESE	<p>Estudo comentado por Griffiths [E₄], no qual se apontaram os seguintes resultados e conclusões: no geral os resultados clínicos, aos 6 meses após aleatorização dos grupos, não diferiram significativamente entre esses, mas a duração total do internamento - no grupo experimental - foi significativamente reduzida (15 contra 30 dias; $p=0,001$). Os cuidadores integrantes do grupo de “reabilitação domiciliária” apresentaram níveis significativamente mais baixos de saúde mental (SF-36). Assim, uma política de alta hospitalar precoce e reabilitação em domicílio (“home-based rehabilitation”) para doentes vítimas de AVC, pode reduzir o uso de camas hospitalares para a reabilitação sem comprometer os resultados clínicos. Existe, no entanto, um potencial risco de pior saúde mental por parte dos cuidadores. A escolha desta estratégia de gestão depende, portanto, da conveniência e dos custos associados, mas também de avaliações complementares quanto ao impacto da doença nos cuidadores do doente.</p>
E ₆	Resultados e Conclusões: SINTESE	<p>Os grupos estudados foram objecto de abordagens diferentes; por um lado, os cuidados habituais; por outro, intervenção na alta através de planeamento de cuidados (equipas interdisciplinares) e colaboração estrita com as unidades de cuidados primários (nomeadamente clínicos).</p> <p>Como resultados e conclusões, é referida a significativa melhoria nos 5 domínios avaliados (tendo, cada domínio, mostrado um efeito positivo da intervenção), traduzindo um melhor perfil de saúde e prevenção secundária ($p < 0,0001$), aos 3 meses pós-AVC e pós acidente isquémico transitório (AIT).</p> <p>Assim, este modelo de gestão dos cuidados resultou numa significativa melhora do perfil da saúde e de prevenção secundária pelos 3 meses após alta.</p>
E ₇	Resultados e Conclusões: SINTESE	<p>Os estudos/ artigos sugerem que os sobreviventes (de AVC) e as suas famílias têm necessidades adicionais de educação e apoio, para além do que está habitualmente garantido, e que a intervenção pode ser potenciada sendo-se mais proactivo do que reactivo, prevenindo crises ou rupturas potencialmente evitáveis. Esta revisão fornece informações sobre os métodos ideais de comunicação e planeamento e identifica melhores usos dessas oportunidades.</p> <p>Como conclusões, são referidos vários aspectos: - muito mais poderá ser feito pela equipa multidisciplinar para garantir que as necessidades de informação dos doentes e suas famílias são atendidas durante o internamento hospitalar e no retorno à comunidade; - investigação adicional e estudos experimentais desenvolvidos por reconhecidas unidades de reabilitação permitirão uma melhor e mais informada prática clínica (incluindo na relação custo-benefício), um melhor conhecimento das necessidades dos cuidadores, e essencialmente, melhores resultados para os doentes em reabilitação e para as suas famílias; - a pesquisa poderá permitir desenvolver melhores directrizes práticas para garantir a redução de stresse e ansiedade do cuidador, durante a admissão e alta; - exige-se investigação adicional sobre os efeitos do apoio educacional e emocional fornecido no ambiente hospitalar e em ambulatório na qualidade de vida dos cuidadores e na prevenção de reinternamento hospitalar ou entrada dos doentes para unidades de cuidados continuados (residenciais/lares).</p>

E ₈	Resultados e Conclusões: SÍNTESE	Dois anos e meio após alta hospitalar (t ₃), significativamente menos doentes do grupo experimental foram institucionalizados (2 versus 5) ou morreram (4 versus 11) [<i>p</i> =0.010]. A participação num programa intensivo de treino e trabalho, preparatório do processo de alta/saída hospitalar, induz melhores resultados gerais mesmo a longo prazo (t ₃), constituindo um preditor significativo (o 3º, a par da melhor qualidade funcional na alta e da menor idade), para menores taxas de institucionalização e de mortalidade. Os efeitos da participação num programa com estas características podem persistir a longo prazo, induzindo a manutenção dos cuidados em domicílio e reduzindo a institucionalização e mortalidade.
E ₉	Resultados Conclusões: SÍNTESE	Apesar de um vasto conjunto de resultados, foi concluído que um programa bem estruturado e monitorizado, nomeadamente quanto aos seus objectivos e duração (ICP - Integrated Care Pathway), não revelou vantagem sobre uma abordagem multidisciplinar convencional (quanto à recuperação funcional e aos indicadores de qualidade de vida), em doentes vítimas de AVC acompanhados em unidades de reabilitação de AVC. Tais indicadores de recuperação funcional e de qualidade de vida eram melhores e mais rapidamente alcançados no grupo sujeito a uma abordagem multidisciplinar convencional.
E ₁₀	Resultados e Conclusões: SÍNTESE	Como resultados refere-se que o doente vítima de AVC “minor” e suas esposas e cuidadoras podem experienciar enormes desafios na adaptação pós-alta. A trajectória de recuperação deste AVC “minor” pode exigir uma reavaliação dos planos de vida, o repensar de prioridades e a integração das incapacidades resultantes nas situações de vida atuais e futuras, quer para o doentes quer para suas esposas e cuidadoras. Em muitos casos, tais adaptações são agravadas por transições associadas ao normal processo de envelhecimento. Em forma de conclusão, sublinham não haver muita informação que descreva o processo de recuperação (e papel das cuidadoras) do doente vítima de AVC “minor” na sua relação com o normal processo de envelhecimento, sendo necessária mais investigação nesta perspectiva da transição, para suportar as acções de planeamento da alta efectuadas por enfermeiros e por outros profissionais de saúde.
E ₁₁	Resultados e Conclusões: SÍNTESE	No comentário de Stevenson (E ₁₁) ao estudo desenvolvido por Kalra, Evans, Perez <i>et al</i> (E _{não seleccionado}) são destacados os seus principais resultados e conclusões, entre outros aspectos importantes. Subordinado esse comentário ao título “Training informal caregivers of patients with stroke improved patient and caregiver quality of life and reduced costs”, é afirmado que, aos 12 meses, os doentes do grupo de cuidadores treinados melhoraram o seu humor e qualidade de vida mas não houve diferenças, para os doentes do grupo de cuidados usuais, quanto à mortalidade, institucionalização e funcionalidade. Quanto aos cuidadores do grupo experimental, melhoraram o humor e a qualidade de vida, com diminuição da sobrecarga decorrente dos cuidados, comparado com o grupo controlo, de cuidados habituais. Os grupos não diferiram em função de cuidador. Os custos médios dos serviços/ cuidados - após 1 ano - foram inferiores no grupo treinado do que no grupo de cuidados usuais (controlo). Conclui, referindo que treinar os cuidadores informais dos doentes vítimas de AVC melhora o humor e qualidade de vida de ambos (doente e cuidador), reduz os custos, mas não vem modificar a mortalidade, institucionalização, ou funcionalidade do doente. Como síntese, poderia referir-se que proporcionar treino e formação aos cuidadores de vítimas de AVC melhora a sua qualidade de vida e humor/ ânimo, reduz custos associados aos cuidados sem, contudo, se repercutir na mortalidade, institucionalização ou funcionalidade dos doentes, quando comparado com o procedimento usual, do grupo de cuidadores sem treino específico.
E ₁₂	Resultados Conclusões: SÍNTESE	Estudo experimental em curso, iniciado em Novembro de 2013 e o último doente será incluído em 01 de Agosto de 2015. Estudo no qual a acupunctura funciona com variável experimental no processo terapêutico, que é constituído por terapia da fala e linguagem + terapia inicial (em doentes com afasia após AVC).

E13	Resultados e Conclusões: SINTESE	Efectuada uma análise (via revisão da literatura) a 4 aspectos centrais nos cuidados ou atendimento ao doente vítima de AVC (rapidez na avaliação e instituição de tratamento; terapia trombolítica; unidades de AVC organizadas; alta precoce controlada, com serviços de apoio comunitário), os autores afirmam que seria possível obter resultados substancialmente melhores: assim, indicam que no país seria possível diminuir o número de episódios hospitalares anuais (3,3%), diminuir o número de dias em unidades de cuidados intensivos (25,9%), diminuir o número de dias em cuidados residenciais (12,8%), o número de mortes hospitalares seria reduzido em 14,9% e seria, enquanto estimativa, muito elevado e evitável o montante de custos directos e indirectos. Como conclusão do trabalho, afirmam que seria possível reduzir substancialmente os custos e melhorar os resultados clínicos se fossem mais intensivamente usadas as efectivas e já conhecidas modalidades de tratamento.
E14	Resultados e Conclusões: SINTESE	Aborda-se o problema do AVC em pessoas jovens (18-55 anos) relacionando-o com a doença de Fabry, num protocolo de estudo prospectivo cujo objectivo é estimar e determinar a prevalência desta doença (Fabry) em adultos e jovens que apresentem acidente vascular cerebral. Concluem tratar-se, à data, da primeira iniciativa no país para determinar a prevalência de um resultado positiva para a doença de Fabry em adultos jovens com AVC. Além disso, esta iniciativa (Canadian Fabry Stroke Screening Initiative) fornecerá informações sobre eventos vasculares recorrentes, incapacidade presente aos seis meses (via escala de Rankin modificada), e predisposição desta população pouco estudada.
E15	Resultados e Conclusões: SINTESE	Através de um estudo prospectivo sem objectivos explicitamente expressos, pretendia-se determinar os efeitos - a longo prazo - da instituição de reabilitação intensiva em doentes vítimas de AVC. Numa síntese dos resultados, referem que a baixa funcionalidade pelos 12 meses se correlacionava, significativamente, com mais tempo em internamento (mais prolongado), mais tempo decorrido entre o AVC e a transferência da unidade de cuidados agudos para a unidade de reabilitação (<i>“time between stroke and being transferred from acute care to a rehabilitation unit”</i>), e maiores níveis de depressão aos 12 meses. Enquanto conclusão, referem que aproximadamente metade dos doentes recuperou pelo menos 1 grau no nível de incapacidade aferida ao ano de follow-up e, de outra forma, repetem que a baixa funcionalidade aos 12 meses está associada a mais longo internamento (1ª admissão), atraso no programa de reabilitação e depressão psicológica.
E16	Resultados e Conclusões: SINTESE	Os autores efectuam uma abordagem ao valor prognóstico dos <i>sintomas de delírio</i> em doentes internados em unidades de cuidados intensivos (UCI's), com lesões neurológicas causadas por hemorragia intracerebral (não por AVC isquémico). Manifestar ou apresentar tal sintomatologia (delírio) foi associada a maior probabilidade de maus resultados funcionais (menor funcionalidade) e pior qualidade de vida no futuro, nos domínios da função cognitivo-executiva, após correcções para dano neurológico na admissão, idade, medidas terapêuticas (benzodiazepinas), entre outras. Concluem, afirmando que, após lesão neurológica focal, são frequentes os sintomas de delírio, apesar de baixas taxas de infecção e terapêutica sedativa, sendo esses preditores de piores resultados funcionais e menor qualidade de vida.
E17	Resultados e Conclusões: SINTESE	Os autores desenvolvem um estudo retrospectivo que vem questionar e demonstrar como a intensificação da terapêutica trombolítica (trombólise) vem melhorar a execução financeira do orçamento para a saúde (induzindo poupanças moderadas) e conduzir a melhoria dos scores/ níveis de qualidade de vida dos doentes. Como resultados, verificam que os custos (da trombólise) são compensados pela redução de custos associados ao hospital, à reabilitação e institucionalização, com a correspondente melhoria na qualidade de vida. A um aumento de 10% a 50% na terapêutica trombolítica em doentes com critérios, corresponde potencialmente, uma economia de 8,26% nos custos da reabilitação (comunitária) e a 12,3% nas despesas de institucionalização, por doente elegível.
E18	Resultados e Conclusões: SINTESE	Como síntese de alguns resultados, pode referir-se que a idade dos doentes foi significativamente relacionada com a sua qualidade de vida (QdV); também a idade e escolaridade dos seus cuidadores estavam significativamente relacionadas com a própria QdV. A incapacidade dos doentes na admissão hospitalar e o tempo de internamento foram associadas à própria QdV, sendo a incapacidade dos doentes na admissão hospitalar também relacionada com a QdV dos cuidadores. Não foi encontrada relação entre o tempo de internamento e a QdV dos cuidadores. A satisfação com os cuidados recebidos foi associada à QdV quer dos doentes quer dos cuidadores. Usando um modelo APIM, que podemos designar por modelo de interdependência doente-cuidador [<i>Actor – Partner (patient – caregiver) Interdependence Model</i>] os autores concluem ter sido a satisfação com os cuidados recebidos o indicador (mais) importante e determinante da qualidade de vida de doentes e cuidadores.

E19	Resultados e Conclusões: SÍNTESE	Apesar de ser estudado um grupo particular de doentes, aqueles com AVC e doença de chagas, os autores procuraram investigar a correlação entre a incapacidade e sintomas depressivos (associados ao AVC) com a capacidade de desempenho funcional e a qualidade de vida. Verificada correlação entre os scores funcionais (mRS e IB) mas não com as subescalas de qualidade de vida; com estas subescalas, correlacionou-se a pontuação na escala de depressão, embora esta (depressão) não tivesse associação com a funcionalidade básica (IB). Também estes doentes manifestaram uma correlação e influencia da sua qualidade de vida mais com os sintomas depressivos do que com as consequências motoras do AVC, apesar destas sequelas motoras prejudicarem mais a funcionalidade do que tais sintomas depressivos.
-----	-------------------------------------	---

Da leitura dos artigos apresentados antes poderemos perceber a diversa origem dos mesmos assim como as diferentes metodologias utilizadas (ver quadro 6), desde o comentário de artigos científicos (efectuado por peritos) aos estudos randomizados com dupla aleatorização, passando por estudos prospectivos, retrospectivos, transversais, revisão de literatura e, mesmo, um protocolo de estudo em desenvolvimento. Também fazemos uma chamada de atenção à alínea dos participantes, onde podemos verificar um amplo leque de variação do “N”, mesmo não se aplicando estritamente a doentes e acomodando, p.ex., o número de artigos de uma revisão. Diversidade expectável nesses aspectos mas convergência nos assuntos abordados, como se desejava em função da escolha dos termos de pesquisa inicialmente efectuada.

Da análise ao quadro anterior (quadro 7) decorre o principal contributo para uma discussão/conclusão relativa a este capítulo, pois esse reúne a síntese dos principais resultados e linhas conclusivas dos estudos. Deste modo, centrando-nos no âmbito da alta clínica e as circunstâncias preparatórias, prévias ou subsequentes (termos utilizados: *discharge planning; length of stay; after stroke*), podemos referir, em sintonia com E₁, que os melhores resultados (para os doentes) decorrem da maior atenção no processo de transição hospital-comunidade, com menor probabilidade de re-institucionalização embora sem repercussão directa numa melhor qualidade de vida do doente ou cuidador. Também E₂ falha em encontrar diferenças significativas, nos 5 domínios, entre dois modelos de cuidados passíveis de replicação; desses domínios, apenas o relativo ao conhecimento e estilo de vida foi melhorado com o modelo testado, sendo que estava sempre garantida uma preparação e acompanhamento na alta. Outra abordagem efectuada foi a participação do doente na preparação da própria alta e a relação com a percepção de melhor ou pior qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS); E₃ mostra-nos que tal participação pode ser percebida quer positiva quer negativamente. Num comentário (E₄) a dois estudos neste campo de preocupações, é-nos sublinhado que a alta precoce não induz resultados significativamente (necessariamente) melhores para os doentes... e pode conduzir a piores resultados em termos de qualidade de vida e

prejuízo da saúde mental, para os cuidadores dos doentes. Também noutros trabalhos (E₆, E₈ e E₁₁) está presente e problematizado este momento importante do processo terapêutico (“alta”), sendo estudado ou comentado sob outros ângulos mas, sempre, sintonizado com a necessidade de envolvimento dos múltiplos interessados, hospital, doente, família, cuidadores, serviços de saúde e garantia de reabilitação.

Outro aspecto que devemos analisar e discutir centra-se na vertente funcional, passível de várias interpretações (termo utilizado: *functionality*) mas, inquestionavelmente, dimensão quase sempre prejudicada no doente vítima de AVC. Sete dos 19 estudos (~37%) tratam-na explicitamente (em termos de resultados e conclusões), embora apenas 3 estudos utilizem esta funcionalidade nos seus objectivos.

Associando-a com a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, E₃ confirma que a preservação funcional, pessoal/motora e social (entre outras variáveis), se relaciona com melhor percepção dessa QdVRS, sendo preditor significativo (E₈) para menores taxas de institucionalização e de mortalidade, mesmo a longo prazo e, por outro lado, parece pouco sensível às abordagens implementadas experimentalmente num estudo (E₉) cujo objectivo era avaliar a efectividade de um programa estruturado (ICP) na redução do tempo de internamento, sem afectar tal funcionalidade. Outros estudos/ comentários convergem nestas diferentes realidades; em E₁₁ constatamos que proporcionar treino e formação aos cuidadores de vítimas de AVC melhora aspectos importantes mas não se repercute na funcionalidade dos doentes (quando comparando com procedimentos usuais, inerente ao grupo de cuidadores sem treino específico). Em E₁₆ correlaciona-se esta dimensão com sintomatologia focal prévia; já em E₁₅ a relação parece estabelecer-se com um internamento demasiado longo (prejudicando a funcionalidade aos 12 meses), entre outros aspectos inerentes e decorrentes dos cuidados de saúde enquanto processo.

Uma outra área da nossa atenção é a dimensão da qualidade de vida (termo utilizado: *quality of life*), quase sempre (ou sempre) prejudicada quer no doente vítima de AVC, quer nos seus cuidadores. Dos estudos revistos, cerca de 32% explicitam-na nos objectivos, assumindo-a como foco ou medida de análise e tratamento (E₃, E₁₀, E₁₆, E₁₇, E₁₈, E₁₉) mas, mais de metade desses mesmos estudos (10), têm esta dimensão como medida de resultado ou de comparação, integrando-a e analisando-a enquanto resultado e/ ou conclusão (ver quadros anteriores).

Embora identificando limitações, E₁ assume que mesmo com diversas melhorias de cuidados, mais treino, maior atenção, avaliação e acompanhamento, os resultados desse estudo não demonstraram melhoria da qualidade de vida dos cuidadores nem mesmo dos doentes. Também E₂ e E₉ deparam

com resultados nesse sentido; a dimensão qualidade de vida não foi melhorada com a intervenção concretizada, assente no confronto entre dois modelos de cuidados, ou revelar-se que um programa bem estruturado e monitorizado não trouxe vantagem sobre uma outra abordagem multidisciplinar convencional, igualmente no que se referia aos indicadores de qualidade de vida.

Como já desvendámos antes numa referência a E₃, este trabalho (que aborda a participação e integração do doente na preparação da própria alta) revela algumas variáveis (preservação de funcionalidade pessoal e social, interesses, idade menor, nível de educação/ escolaridade e internamento mais curto) que se relacionam com maior qdv relacionada com a saúde. Alguns abordam mais especificamente a esfera dos cuidadores (E₇, E₁₁) ou, como E₁₈, fazem uma abordagem ao binómio doente-cuidador; numa das conclusões de E₇ vem exigir-se «investigação adicional sobre os efeitos do apoio educacional e emocional fornecido no ambiente hospitalar e em ambulatório, na qualidade de vida dos cuidadores e na prevenção de reinternamento hospitalar ou entrada dos doentes para unidades de cuidados continuados (residenciais/ lares)» enquanto em E₁₁ se afirma que, «aos 12 meses, os doentes do grupo de cuidadores treinados melhoraram o seu humor e qualidade de vida» e se conclui, referindo que «treinar os cuidadores informais dos doentes vítimas de AVC melhora o humor e qualidade de vida de ambos (doente e cuidador)», entre outros aspectos igualmente avançados. Quanto ao E₁₈, sintetizando, «os autores concluem ter sido a satisfação com os cuidados recebidos o indicador (mais) importante e determinante da qualidade de vida de doentes e cuidadores».

Outros 3 estudos mostram resultados e conclusões relacionadas com esta dimensão; em E₁₆ correlaciona-se a qualidade de vida com sintomatologia focal neurológica (numa situação clínica particular), assegurando que manifestar ou apresentar tal sintomatologia (delírio) foi associado a pior qualidade de vida no futuro, nos domínios da função cognitivo-executiva. Já E₁₈ vem demonstrar como a intensificação da terapêutica trombolítica (trombólise) conduz a melhoria dos scores/ níveis de qualidade de vida dos doentes enquanto E₁₉ correlaciona esta dimensão mais com a sintomatologia depressiva do que com as consequências motoras (défices) do AVC.

Finalizando, analisamos e discutimos algumas das abordagens dos estudos à dimensão depressão, percebida e interpretada no contexto das manifestações psicopatológicas decorrentes desta patologia neurovascular. Não tendo sido sujeita a qualquer intenção ou termo específico de pesquisa, é um dos indicadores frequentemente utilizado nos estudos que envolvem estes doentes e familiares, nomeadamente no contexto da revisão presente; assim, embora apenas E₁₉ a assuma no seu título e/ou objectivos (*depressive symptoms*), esta manifestação é abordada em E₃, E₁₅ e E₁₉. Relaciona-se esta sintomatologia depressiva com a qualidade de vida em abordagem metodológica transversal (E₃, E₁₉) e com a funcionalidade, numa abordagem prospectiva (E₁₅), explorando as suas

interacções, nomeadamente de prejuízo destas (menos qualidade de vida e menor funcionalidade) em função das manifestações ou níveis depressivos.

Como conclusão, os elementos mais relevantes permitem evidenciar tópicos centrais emergentes da doença cerebrovascular (AVC) como sejam os problemas e repercussões na funcionalidade e as suas implicações directas, no doente, mas também na extensão e no envolvimento de cuidadores (formais/ informais).

Também se percebe a importância e as repercussões sobre a unidade familiar, não sendo esquecida a díade doente-cuidador, nomeadamente quando se trata de casais.

Subentendem-se os problemas inerentes aos processos subsequentes, e obrigatórios, de reabilitação e de ligação à comunidade, com estudos a incluírem e focarem-se na esfera da transição hospital-família-comunidade. Alguns estudos focalizam-se e testam programas e estratégias de melhor preparação da alta, com redução - ou perspectivando a redução - do tempo de internamento. Outros assentam em objectivos e preocupações de natureza económica, na tentativa de melhor operacionalizar, reduzir custos e rentabilizar ou melhorar resultados, terapêuticos e financeiros.

Grande parte dos trabalhos utiliza e sublinha aspectos de natureza funcional (nas sua óbvias implicações) mas, larga maioria, refere-se à dimensão *qualidade de vida* como aquela com a mais evidente deterioração, sendo identificadas múltiplas correlações e associações, nem sempre expectáveis. Algo semelhante, embora não fazendo parte de tantos estudos quanto o aspecto anterior, a abordagem efectuada à sintomatologia ou manifestações depressivas, sendo objecto de atenção de alguns trabalhos atendendo à repercussão conhecida em grande leque de situações clínicas, em que o AVC está incluído.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Cabe apresentar a parte nobre do trabalho desenvolvido no terreno clínico, junto dos doentes. Foi subdividida em 3 capítulos, nos quais se expõem desde os aspectos metodológicos adoptados aos resultados obtidos, e se procede à sua discussão.

CAPÍTULO 1 - MATERIAL E MÉTODOS

1.1 – PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO. JUSTIFICAÇÃO, RELEVÂNCIA E OBJECTIVOS

Recordando o tema desta tese, pretende-se uma abordagem à funcionalidade e qualidade de vida de doentes vítimas de AVC isquémico, relacionando-as, tanto quanto possível, com o período de tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva, assim como do encaminhamento pós-hospitalar verificado. Para tal, formulámos uma questão de partida (investigação) sobre tal tema geral, e que se enuncia: «em que medida o prolongamento de internamento após a indicação de alta clínica (ou seja, o tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva), assim como o encaminhamento (pós-hospitalar) adoptado, condiciona a funcionalidade e a qualidade de vida dos doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico?».

Sabemos da forte e habitual penalização funcional e intenso prejuízo na dimensão qualidade de vida, subsequente ao AVC isquémico; também se percebe facilmente, e decorre mesmo da observação empírica nas unidades de cuidados (talvez mais intensamente, antes de algumas das transformações que veem acontecendo no sector da saúde), que uma significativa proporção destes doentes permanece nas unidades de internamento por longos períodos de tempo; nem sempre por razões de natureza estritamente médica/ clínica, mas, motivo recorrente, a aguardar vaga no ambiente pós-hospitalar - nomeadamente em unidades da RNCCI⁶ - e cuja justificação é, essencialmente, não médica (constituindo os *waiting days*, ou dias de espera). (van Straten, *et al*; 1997) Também se sabe que este excessivo período de tempo, conseqüente ao adiamento da saída, pode resultar em frustração crescente do doente e em manifestações de ansiedade/ depressão, por obrigar à sua permanência num ambiente não dimensionado para as presentes e, certamente, diferentes necessidades (Roberts, Stiller e Harling; 2010). A estes, acrescem ainda riscos diversos como infecções, descondicionamento e fraqueza (deterioração da capacidade funcional), problemas sociais e problemas cardiovasculares. (Weingart *et al*, 2000; Fernandes, 2009; Pina *et al*, 2010; Clancy, 2010; Lim, *et al*, 2006).

⁶ Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Para reduzir este constrangimento, assumiu-se a necessidade de «diminuir o tempo de referenciação que, em média, desde a sinalização nas EGA hospitalares até ao seu efectivo internamento, demora 22 dias» (ARS_Centro, 2010), indo de encontro ao aspecto que pretendemos abordar e, acima designámos por «dias de espera».

Dado o problema, complexo na sua natureza, nas suas circunstâncias, nos seus motivos, procurámos perceber se era possível identificar o seu efeito deletério sobre as dimensões de saúde e bem-estar dos doentes vítimas de AVC, nomeadamente nas vertentes funcionais e dimensões da sua qualidade de vida, tentando perceber, igualmente, a presença ou não, e seu efeito, das manifestações psicológicas (emocionais, psicopatológicas). A orientação pós-hospitalar foi também aspecto a que se deu relevância, apesar das dificuldades de processo e seguimento.

O objectivo geral deste estudo está implícito, dela decorrendo, na questão de investigação identificada na introdução, agora resumida: «avaliar em que medida o prolongamento de internamento após a indicação de alta clínica, assim como o encaminhamento adoptado, condiciona a funcionalidade e a qualidade de vida dos doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico».

Para tal, definiram-se outros, de natureza mais específica e operacional:

- Estudar a funcionalidade e a expressão da qualidade de vida de doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico, em avaliações efectuadas na admissão, na alta clínica, aos 30 e 90 dias após esse evento.
- Analisar esta evolução em função do número de dias decorridos entre a alta e a saída efectiva.
- Analisar esta evolução em função do destino após a alta e das suas vivências, estas referidas a momentos já distantes no pós-evento.

Para responder a este último objectivo planeámos a segunda fase do trabalho (como se explica à frente) e na qual os objectivos concretos exprimem uma natureza ligeiramente diferente, embora complementar e implícita. Porque procurámos alcançar uma mais abrangente compreensão do processo terapêutico (e suas implicações), assim como obter alguma informação suplementar, abrindo espaço a uma possível triangulação de dados, pretendemos:

- Caracterizar a situação vivencial dos doentes regressados ao domicílio, após acidente vascular cerebral.
- Captar a apreciação do processo de adoecer e de recuperar, após acidente vascular cerebral.
- Compreender como foi vivido o processo de internamento e de alta hospitalar, de doentes vítimas de acidente vascular cerebral.

1.2 – TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo observacional, descritivo, atendendo à sua esfera mais clínica (Grimes & Schulz; 2002) embora também possa ser percebido como um estudo de caso, dada a sua proximidade a uma abordagem de natureza sociológica (Yin, 2005), no sentido em que se procura perceber a situação vivencial destes doentes, coabitando com as sequelas do acidente vascular cerebral isquémico, no meio onde retomaram a sua vida normal.

Realizámos uma revisão integrativa da literatura enquanto trabalho empírico preparatório, a qual serviu para contextualizar, sob um ponto de vista teórico, a variável qualidade de vida e, nesse sentido, optámos pela sua inserção (neste relatório de investigação) como último capítulo do enquadramento teórico.

Assim, trata-se de um estudo longitudinal, desenvolvido em duas fases; numa primeira fase foram concretizados quatro (4) momentos de colheita de informação clínica e sociodemográfica de natureza quantitativa (via avaliações repetidas, a partir do momento de entrada na unidade); numa segunda fase, de natureza qualitativa, procedeu-se à recolha de informação, através de entrevistas.

1.3 – POPULAÇÃO, AMOSTRA E CRITÉRIOS INCLUSÃO/ EXCLUSÃO

Estimou-se uma amostra cuja dimensão fosse da ordem dos 300⁷doentes, valor que não se veio a concretizar; foram reunidos 110 casos (processos válidos), de um total de 161 processos iniciados (e, em muitos casos, seguidos temporariamente, particularmente durante o internamento); tivemos esta quebra significativa (mortalidade experimental de 51 casos), também atendendo aos critérios de inclusão/ exclusão, adiante referidos.

Amostra não probabilística, sendo analisados todos os doentes admitidos por AVC. Toda a informação foi recolhida de forma continuada, quer através da consulta de processos clínicos (e informação directa dos principais intervenientes, médicos e enfermeiros), da avaliação física dos doentes (com preenchimento das escalas) quer ainda na sequência de abordagens formais aos doentes (sempre em função das oportunidades e condições clínicas dos mesmos) e aos seus familiares (conjugues, descendentes, ascendentes). Fez-se um cruzamento de informação, numa perspectiva de complementaridade e sem negligência de nenhuma das fontes.

⁷ Este número de doentes (300) correspondia ao universo expectável de admissões na unidade (serviço) onde nos dirigimos, considerando o desenvolvimento temporal inicialmente previsto para o estudo.

Decorrente do desenho longitudinal do estudo, fizeram-se abordagens em contexto intra-hospitalar e em contexto extra-hospitalar, especificamente nos momentos da hospitalização (com janela temporal média de 24 a 48 horas) e preparatório ou já mesmo de alta, e nos momentos posteriores, pelos 30 e pelos 90 dias após episódio (estes, em circunstâncias diversas: nas vindas dos doentes à 1ª consulta de neurologia, na deslocação do investigador a casa dos doentes ou onde esses estavam ou, também frequente, via contacto telefónico com o doente e com familiares/ cuidadores próximos).

A deslocação às unidades da RNCCI revelou-se mais complexa, mas também foi adoptada para obtenção de informação.

Como se depreende, todo o processo de investigação empírica/recolha de dados se iniciou com a hospitalização dos doentes. Podemos dizer, objectivando, que o estudo foi centrado numa amostra de vítimas de AVC, obtida nos hospitais da universidade de Coimbra (HUC), posteriormente designado por CHUC, que foram internados no serviço de Neurologia 1 e para a qual se definiram os seguintes critérios de inclusão: constituir o 1º episódio de AVC e ter natureza isquémica; a funcionalidade prévia do doente ter valor ≤ 2 pontos (obtida por preenchimento da escala modificada de Rankin - mRS); ter idade superior a 18 anos e expressar-se (língua materna) em Português. Um outro critério adoptado foi o de não incluir doentes que viessem a ser transferidos para outras unidades hospitalares, não integrantes da RNCCI.

Recolheram-se os dados (primeira fase) entre os dias 21 de Novembro (2011) e 31 de Julho (2012) e entre os dias 10 de Janeiro e 05 de Fevereiro (2013). Mais recentemente, durante Dezembro de 2013 e Janeiro de 2014, foram realizadas as entrevistas semi-estruturadas (segunda fase).

1.4 – VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Todos os doentes foram identificados e, sobre os mesmos, foi preenchido um questionário geral, com notas e questões/ variáveis de natureza clínica e sociodemográfica. Os dados compilados acompanharam e serviram de suporte informativo, nas duas fases do estudo.

Este designado questionário complementar (ver anexo) inclui diversas variáveis, como acima referido, de que podemos exemplificar: data e hora do episódio de urgência; data de nascimento do doente, género, informação relativa à natureza clínica do episódio, antecedentes funcionais do doente (mRS), factores de risco, variáveis sociodemográficas (residência, escolaridade, estado civil, convivência), caracterização e classificação do AVC (etiologia, localização), terapêutica instituída, incapacidades e/ou défices resultantes, aspectos relativos à função alimentar e ao uso, ou recurso,

a dispositivos de apoio (ex: sonda nasogástrica; cateter urinário), durante o internamento actual. (Anexo 1)

1.4.1 – Primeira fase do estudo

Além das variáveis acima identificadas, a obtenção da informação mais específica foi feita através do recurso a instrumentos previamente existentes, de uso regular em diversos contextos, impondo-se uma escolha prévia atendendo ao pretendido; utilizámos as escalas que considerámos mais adequadas face aos objectivos, não só atendendo às suas características métricas mas, igualmente, atendendo às características, e dificuldades potenciais, dos doentes objecto da investigação.

Foram as seguintes:

Escala de AVC do National Institute of Health (NIHSS)

Índice de Barthel (IB)

Escala de Rankin Modificada (mRS)

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH)

Escala de Qualidade de Vida (EQ5D3L)

Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

Embora não fazendo parte do nosso protocolo de investigação, mas sendo central na avaliação de várias dimensões clínicas, utilizámos os dados provenientes da utilização regular da escala de AVC do National Institute of Health (NIH).

Esta *escala de AVC do NIH (NIHSS)* é um instrumento de uso sistemático em contexto clínico, que permite uma avaliação quantitativa dos défices neurológicos relacionados com o mesmo; é válido para prever o tamanho da lesão e a gravidade do AVC, tendo revelado valor quanto ao prognóstico do doente, tanto a curto como a longo prazo. Foi desenvolvido para ser um instrumento simples, válido e fiável, podendo ser aplicado à cabeceira do doente, de forma consistente, por médicos, enfermeiros ou terapeutas.

Tem vários itens ou instruções relativas ao exame neurológico, para avaliação do efeito do AVC agudo no nível de consciência, linguagem, negligência, perda de campos visuais, movimentos oculares, força muscular, ataxia, disartria e perda sensitiva.

Um observador treinado classifica a capacidade do doente para responder a questões e efectuar manobras.

Os itens que a compõem são 11 (estando o primeiro subdividido em 3):

1a. Nível de Consciência (NDC)

- 1b. Nível de Consciência: questões
- 1c. Nível de Consciência: ordens
2. Melhor Olhar Conjugado: horizontais
3. Campos visuais
4. Parésia Facial
5. Membros Superiores (5a. MSE; 5b. MSD)
6. Membros Inferiores (6a. MIE; 6b. MID)
7. Ataxia de membros
8. Sensibilidade
9. Melhor linguagem
10. Disartria
11. Extinção e Desatenção

A maioria destes itens classifica-se entre 0 e 2; alguns podem classificar-se até 3, até 4, ou NT= não testável), correspondendo o 0 (zero) à indicação de normalidade. A avaliação completa de um doente requer menos de 10 minutos (Know Stroke; 2013), devendo todos os doentes ser avaliados à apresentação/ admissão e/ou nas primeiras 24 horas.

A pontuação total varia entre 0 e 42 pontos, com os valores mais elevados a reflectirem maior compromisso neurológico, logo maior gravidade; tais valores, e seu significado, podem ser estratificados num quadro, assim como o valor preditivo dos mesmos, segundo estudos referidos em StrokEngine (2013).

Quadro 8 - Escala de AVC do NIH (NIHSS) - pontuações e respectivo significado

Estratificação do grau de gravidade		Valor preditivo e orientação clínica proposta	
≥ 25	Comp neurológico muito grave	≥ 14	Severe: Long-term care in nursing facility required
5-14	Comp neurológico leve a grave	6-13	Adequate: Acute inpatient rehabilitation required
< 5	Comp neurológico leve, suave	≤ 5	Mild: 80% with this score are discharged home

Outros investigadores, nomeadamente Duncan, *et al* (2005) já registavam que esta escala possibilita antever a probabilidade de recuperação do doente após o AVC e, assim, determinar o nível de prestação de cuidados e intervenções necessárias. Pontuação superior a 16 indica uma elevada probabilidade de morte ou incapacidade grave, enquanto uma pontuação <6 aponta para uma boa recuperação. Maior pontuação, pior prognóstico.

É vasta a literatura científica que confirma as suas características métricas, nomeadamente de confiabilidade, validade e capacidade de resposta (responsiveness); «apresenta confiabilidade e validade para uso em estudos clínicos prospectivos e validade preditiva para as consequências de longo prazo do AVC.»; também há alguns estudos aqui referidos que descrevem efeitos de piso e de tecto. (StrokEngine, 2014).

Traduzida na generalidade dos idiomas, reúne em Portugal um grupo de trabalho específico, encontrando-se sediada no endereço: www.nihstrokescale.org/Portuguese/2_NIHSS-português-site.pdf (Anexo 2)

Outra escala, o *Índice de Barthel (IB)*, avalia a capacidade funcional do indivíduo quanto a 10 funções ou actividades básicas de vida diária (alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, controlo intestinal, controlo vesical, uso de sanitário, passagem cadeira-cama e vice-versa, deambulação/mover-se, subir e descer escadas). (Mahoney & Barthel, 1965)

A pontuação máxima possível (100 pontos) corresponde à melhor condição, logo menor incapacidade ou dependência; a pontuação mínima possível (0 pontos) corresponde às situações de máxima dependência ou incapacidade.

Como refere Araújo *et al* (2007:61), é amplamente utilizada «essencialmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação e vários autores consideram-no o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das AVD». Indicando esses autores, acrescenta ainda que «também em contexto comunitário num estudo sobre a fidelidade de escalas usadas em doentes com AVC, confirmou que o IB mostrou ser um instrumento de óptima fidelidade.»

As suas propriedades psicométricas, num estudo envolvendo pessoas idosas, denotam um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach* de 0.96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0.66$ e $r = 0.93$, pelo que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia dessas pessoas idosas, de uma forma objectiva, nos serviços de saúde. (Araújo *et al*, 2007) (Anexo 3)

Através da *Escala de Rankin Modificada (mRS)*, avaliam-se as desvantagens sociais e funcionais, decorrentes de processos fisiológicos ou patológicos, numa perspectiva de capacidade/incapacidade. Varia ou desenvolve-se em 7 níveis (0-6), entre o *grau 0* (sem sintomas) e o *grau 6* (morte; este, por vezes omitido, terminando no *grau 5*); o *grau 5* indica o nível de maior gravidade na pessoa viva (incapacidade severa, confinado ao leito, incontinente e requerendo constantes cuidados/atenção de enfermagem).

Em estudos desenvolvidos na década de 50 (Rankin, 1957a,b,c) foram lançadas as bases deste instrumento simples para utilização clínica. O seu autor, objecto de homenagem através de artigo histórico (Quinn, Dawson & Walters, 2008) propôs a versão inicial com 5 níveis, (grau I - *no significant disability* a grau V- *Severe disability*); em estudos posteriores, essa sofreu modificações (Bonita & Beaglehole, 1988) sendo apresentada em 7 níveis na *web page* do The Internet Stroke Center (ISC_, 2014). Este mesmo modelo é utilizado na unidade onde decorreu este estudo.

A escala apresenta propriedades psicométricas confirmadas, nomeadamente nos índices de concordância/ confiabilidade entre observadores. Os resultados do estudo de van Swieten *et al* (1988) confirmam o valor desta escala (mRS) na avaliação da deficiência (*handicap*) em doentes vítimas de AVC, com Kappa= 0.56 para todas as observações emparelhadas.

Dadas as suas características, é confiável mesmo quando usada através de entrevistas telefónicas, em alternativa à observação e avaliação directa, conforme estudos de Candelise *et al* (1994).

A direcção-geral da saúde (ver Oliveira, 2010) e muitos outros investigadores (ex: Martins, Pais-Ribeiro & Garrett, 2003) indicam-na como um dos instrumentos de trabalho a utilizar em unidades/ contextos clínicos diversos, nomeadamente perante os doentes vítimas de AVC.

(Anexo 4)

Outra escala utilizada foi a *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH)* (Zigmond & Snaith, 1983; Snaith & Zigmond, 1986; Snaith, 2003). É uma escala com a qual se pretende a mensuração de sintomatologia ou manifestações de natureza emocional (estado emocional) e psicológica, estando dimensionada para captar alterações indiciadoras de ansiedade e/ou de depressão-estado, relativas aos últimos 7 dias.

Compõe-se, assim, por duas subescalas com 7 questões cada, de um total de 14 questões que são cotadas entre 0 e 3 pontos (em cotação directa ou inversa, em qualquer uma dessas subescalas); questões formuladas de forma a não reflectirem a doença actual. Bidimensional na sua natureza, questionou-se se não poderia ser utilizada como ferramenta singular, unidimensional, de mensuração do *distress* emocional, dada a forte correlação entre as dimensões de ansiedade e depressão.

A sua pontuação pode ser interpretada de duas formas, conforme quadro seguinte.

Quadro 9 - Pontuação para cada subescala da EADH e classificação das manifestações respectivas, em duas interpretações/ leituras possíveis (A e B).

A		B	
Pontuação	Classificação	Pontuação	Classificação
0 – 7	Normal	≤ 7	Não-casos
8 – 10	Ligeiro	8 – 10	Duvidosos
11 – 14	Moderado	≥ 11	Casos
15 – 21	Severo		

Segundo Pais-Ribeiro *et al* (2007), estudos diversos recomendam um ponto de corte entre 8-9, na transição da ausência para a possível presença de ansiedade/ depressão. No âmbito dos estudos conducentes à sua validação para a população portuguesa, os autores agora referidos indicam a concordância das suas propriedades métricas com outros estudos internacionais, medindo os mesmos achados/ constructos, e do mesmo modo, que a versão original. Estes resultados confirmam a confiabilidade e validade da versão portuguesa, nomeadamente que essa pode ser utilizada como medida de rastreio de ansiedade e depressão em populações doentes. (Anexo 5)

Ao longo do trabalho referimo-nos às manifestações psicopatológicas e/ou psico-emocionais, atribuindo sentido próximo (convergente) às mesmas, nomeadamente quando em referencia a esta escala.

Para abordar a esfera da qualidade de vida optámos pela proposta do grupo EuroQol, ao qual solicitámos a escala (versão portuguesa) e autorização para a sua utilização. Posteriormente no tempo, foram publicados estudos relativos ao processo de validação, avaliação e normas, para a realidade portuguesa. (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013; Ferreira, Ferreira, Pereira *et al*, 2014 a, b) Assim, a *Escala de Qualidade de Vida*, também designada por questionário de saúde e integrando duas componentes ou subescalas, «é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) que permite gerar um índice representando o valor do estado de saúde de um indivíduo.» (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013:664)

Quanto às suas componentes ou subescalas, são designadas de descritiva e visual analógica, respectivamente a EQ-5D *descriptive system* e a EQ *visual analogue scale* (VAS). A primeira, descritiva, baseia-se num sistema de 5 dimensões da saúde*, cada uma das quais é cotada, pelos doentes, num dos 3 seguintes níveis de gravidade (1: sem problemas; 2: alguns problemas; 3: extremas dificuldades ou problemas), sempre em função da sua própria percepção relativamente ao estado de saúde no momento do preenchimento ou entrevista (questão formulada: “qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje?”)

* As 5 dimensões da saúde acima referidas, são:

- Mobilidade
- Cuidados pessoais
- Actividades habituais/ actividades de vida diária (ex: trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)
- Dor/ desconforto/ mal-estar
- Ansiedade/depressão.

A segunda componente ou subescala integra uma medida que se pretende semelhante a um termómetro ou régua, visando auxiliar o doente na construção de um juízo valorativo e quantificador do seu actual estado de saúde, sendo que “o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0”.

A escala, agora sucintamente referida por EQ5D3L, permite a definição de 243 estados de saúde ($3^5=243$), através de algoritmo cedido pelo EQ Group (Rabin *et al*, 2011; EuroQol Group, 2013). Assim, na perspectiva de obter «informação sobre o impacto do estado de saúde na vida e na qualidade de vida dos indivíduos» (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013:665), aproveitámos e trabalhámos particularmente com as 5 dimensões que integram a vertente descritiva acima referida, cujas pontuações, via *EQ-5D Index Calculator*, permitiram a transformação dos resultados num índice europeu ou espanhol e, posteriormente, a obtenção de resultados já referentes à população portuguesa (Ferreira *et al*, 2013; Ferreira *et al*, 2014a; Ferreira *et al*, 2014b).

Porque muito incompletos, ignorámos, no tratamento de dados, aqueles relativos à segunda vertente, isto é, à escala visual analógica (VAS), nomeadamente alguns dos que obtivemos.

Tendo sido sujeita ao processo de tradução e validação, socorremo-nos agora da síntese conclusiva de um dos trabalhos antes referidos e que atesta as suas características: «A versão portuguesa do EQ-5D tem uma boa aceitabilidade, fiabilidade e validade na medição do estado de saúde.» (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013:664) (Anexo 6)

Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), uma escala derivada e adaptada da original FAI (Frenchay Activities Index), cuja chave de resposta foi reduzida a uma matriz única com 15 itens, pontuáveis entre 1 e 4, em função da avaliação atribuída a cada um desses itens. A pontuação a atribuir, será: 1: totalmente incapacitado; 2: muita dificuldade; 3: alguma dificuldade; 4: nenhuma dificuldade.

Os itens da escala, são:

- 1 Governar a casa
- 2 Trabalhar
- 3 Jardinar
- 4 Ir às compras perto de casa
- 5 Divertir, fazer passatempos
- 6 Viajar de autocarro ou de carro

- 7 Fazer trabalhos domésticos mais pesados
- 8 Ler livros
- 9 Cozinhar refeições ligeiras
- 10 Lavar a roupa
- 11 Lavar a louça
- 12 Sair e fazer viagens distantes
- 13 Fazer trabalhos domésticos ligeiros
- 14 Andar fora de casa mais de 15 minutos
- 15 Visitar amigos e familiares

Destinada a avaliar a capacidade funcional para as designadas actividades instrumentais da vida diária, nomeadamente de natureza doméstica, recreativa, social e laboral/ profissional e, por essa via, também fornecendo contributos uteis para a avaliação de componentes relacionados com a qualidade de vida do doente vítima de AVC.

Foi inicialmente proposta nos anos 80, em sequência dos estudos de Holbrook e Skilbeck (1983) e de Wade, Legh-Smith e Langton Hewer (1985).

Da análise efectuada nesse processo de adaptação foi concluído que «a solução factorial para o sexo feminino sugere dois factores que explicam 77,1% da variação total dos resultados. O primeiro factor, com doze itens, integra actividades domésticas e sociais. O segundo factor, com 3 itens, inclui trabalhar, jardinar e fazer trabalhos domésticos pesados» (Martins, Pais-Ribeiro & Garrett; 2003:120)

No que se refere ao sexo masculino, este mesmo trabalho «sugere apenas um factor que explica 68,5% dos resultados» (idem), com alguns itens não seleccionáveis face ao género: trabalhos domésticos pesados; cozinhar refeições ligeiras; lavar a roupa; lavar a louça. (Martins, 2006)

No presente trabalho estas salvaguardas são, naturalmente, operacionalizadas.

Para o sexo masculino (♂) serão utilizados os 10 itens recomendados, do total de 15 (excluem-se os itens 7, 9, 10, 11 e 13), resultando uma variação entre 10 e 40 pontos. Para o sexo feminino (♀), conforme referido antes, consideram-se dois factores (com 12 e 3 itens, respectivamente) e a escala total (15 itens), com uma variação pontual inerente. O factor 1, com 12 itens (todos, excepto o 2, 3 e 7), variará entre 12 e 48 pontos; o factor 2, com apenas 3 itens (2, 3, 7), variando entre 3 e 12 pontos.

Dado resultarem amplitudes de pontuação diferentes, entre géneros e entre factores, será efectuada a necessária standardização das pontuações para uma escala de 0-100, traduzindo o 0 a «maior dependência funcional» e o 100, a «autonomia funcional» (Anexo 7)

1.4.2 – Segunda fase do estudo

Como já foi referido, desenvolvemos uma segunda fase do estudo na qual procedemos à recolha de informação a partir de entrevistas aos doentes. A entrevista semi-estruturada, uma ferramenta corrente de investigação, foi aqui introduzida através de uma abordagem qualitativa de inspiração fenomenológica e apenas como complemento metodológico que possibilitasse captar a perspectiva individual dos doentes, em momento já distante da ocorrência inicial (ou seja, do AVC) que determinou a sua inclusão no estudo. Porque pretendemos dar particular relevância à dimensão dos cuidados, do bem-estar do doente, da sua qualidade de vida no percurso terapêutico até ao momento actual, o recurso a esta teve como objectivos principais os já enunciados no ponto 1 deste capítulo.

Optámos por esta via, construindo um guião de questões que atendesse às características da população-alvo assim como às temáticas e objectivos que desejávamos abordar.

Construímos 5 grandes blocos de questões com afinidade temática (constituídos por 3 ou 4 questões cada), e através desses, possibilitava-se ao doente: fazer uma leitura e exprimir-se sobre a sua situação e dificuldades no presente; dar opinião sobre o que mais contribuiu para tal (positivo ou negativo) e sobre a qualidade de vida antes e após AVC; indicar possíveis aspectos positivos e negativos do percurso terapêutico e deixar sugestões, opinião ou mensagem; fazer uma retrospectiva sobre a sua vivência do período de internamento devido a AVC (e suas circunstâncias) e, finalmente, no último bloco temático, levar o doente a pensar e reflectir sobre o processo de alta/ saída hospitalar e transição para as fases posteriores ao acontecimento AVC e respectivos desafios. (Anexo 8)

Realizámos 12 entrevistas; os doentes e/ou familiares (os 12 entrevistados, e muitos outros, na fase preparatória) foram contactados previamente via telefone, efectuando-se a contextualização do estudo e do processo terapêutico, assim como a necessária verificação das possibilidades cognitivas e da capacidade de responder, de forma perceptível, por parte dos mesmos.

Sendo os assuntos introduzidos e lançados para a conversa pelo investigador, deixava-se o doente discorrer sobre os mesmos, registar os seus pontos de vista, sem o pressionar excessivamente para respostas que nem sempre os doentes desejavam dar. Já antevendo dificuldades maiores do que as

efectivamente verificadas, optou-se pelo não registo áudio das entrevistas, o qual seria, sem dúvida, um factor inibitório. No decurso das mesmas, apontaram-se as ideias centrais e, assim que terminada (acto contínuo) foi efectuada e registada uma síntese das mesmas sob a forma de tópicos da entrevista (centralizadas no documento de apoio a cada entrevistado, onde foram, igualmente, registadas e redigidas as diversas notas de campo).

Analisámos as respostas (tópicos da entrevista), incidindo em cada questão e, especialmente, em cada bloco temático de questões, tentando apanhar o sentido geral do grupo ainda que se fosse ilustrando com particularidades relevantes.

1.5 – ANÁLISE DOS DADOS E SOFTWARE UTILIZADO

Os dados recolhidos têm características quantitativas e qualitativas e foram obtidos em momentos diferentes, mesmo significativamente distantes entre si na evolução temporal inerente.

O seu tratamento efectuou-se através de mecanismos de estatística descritiva e inferencial, com utilização do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22. Os dados resultantes das entrevistas serão sujeitos a processo de análise e síntese dos seus conteúdos, efectuada à luz das propostas de Bardin (2013).

1.6 – ASPECTOS FORMAIS E ÉTICOS

Foram obtidas as necessárias autorizações junto dos serviços e responsáveis envolvidos.

Todos os procedimentos ético-legais foram conduzidos e concretizados dentro das orientações habituais nas circunstâncias: junto das instituições envolvidas - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - e junto de cada um dos doentes incluídos e, mesmo, suas famílias. (Anexo 9; Anexo 10)

CAPÍTULO 2 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo compreende a apresentação dos resultados derivados das designadas primeira e segunda fase do estudo, as quais constituem momentos diferentes de um trabalho de corpo único e que pretendemos coerente.

Na que referimos como primeira fase do estudo foram estudados 110 casos ou processos válidos, embora resultantes de um número mais alargado de doentes seleccionados (161; cf. Parte II, cap.1: 1.3).

Apresentamos esses resultados seguindo a ordem subjacente ao alinhamento de tópicos do questionário e das escalas utilizadas perante os doentes, distribuindo-se pelos próximos 9 subcapítulos (em função das temáticas e das abordagens estatísticas efectuadas); no 10º subcapítulo deste capítulo 2, reúnem-se os resultados decorrentes da segunda fase do estudo, assente nas entrevistas efectuadas a subamostra de doentes.

No final de cada subcapítulo faz-se uma breve síntese e destaque dos aspectos mais relevantes, de forma a encadear e dar mais relevância aos achados da investigação.

2.1 - ELEMENTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Numa vertente sociodemográfica, referimos a prevalência do género masculino, com 62 casos (56,4%); as idades dos doentes, aquando do episódio cerebrovascular, variaram entre os 21 e os 93 anos e a média global foi de 69,5 ($\pm 13,3$) anos, sendo as mulheres ligeiramente mais velhas ($\text{♀} = 73,06 \pm 12,78$; $\text{♂} = 66,75 \pm 13,17$).

Em relação ao estado civil, cerca de três quintos dos doentes referiram a situação de casado/ junto e cerca de um quarto, a situação de viúvo; também representadas marginalmente, as situações de separado/ divorciado e solteiro (5,5% e 6,4%, respectivamente). Cerca de três quartos dos doentes estavam na situação de aposentado (reformados: n:81; 73,6%), verificando-se uma distribuição da

população mais activa, não reformada, por um leque de 21 ocupações/ profissões, entre as quais a de doméstica, como a mais referida (n:5; 17,2% deste subgrupo).

Globalmente com baixa escolaridade (embora não tenhamos dados discriminados), tinham como proveniência e residência, na sua maioria, o meio rural (64,5%), especificamente em aldeias (51,8%), em vilas (27,3%) e em cidades (20,9%).

Ainda nesta vertente, um aspecto também relevante e inerente à vida das pessoas é o como/ com quem essas vivem; verificámos que 20% destas vítimas de AVC isquémico residiam sós, contraponto aos 80% restantes que referiram as situações típicas e expectáveis: conjuge; filho/a(s); conjuge + filhos; outra situação. Algumas vezes o doente é já cuidador de outrem, situações aqui marginais, que recaíram em outra situação (n:8; 7,3%).

Numa perspectiva mais focada na informação e nos dados clínicos, não reportamos episódios prévios de acidente vascular cerebral (constituía critério de exclusão) mas 20% dos doentes (n:22) referiram a ocorrência de AIT em momento anterior (♀=7; ♂=15).

O registo das alterações ou danos neurológicos decorrentes do AVC, assim como a sua evolução, é efectuado e quantificado através da escala específica, já apresentada (NIHSS).

Tal é feito, na instituição, pelos clínicos responsáveis pelo doente, em diversos momentos do percurso intra-hospitalar. Fazem-se registos frequentes durante as primeiras 24 horas e, posteriormente, registos que recaem pelo 7º dia de internamento (se o doente ainda estiver internado) e no momento da alta.

Como foi referido, os valores/ scores podem variar entre 0 e 42.

Na nossa amostra, obtiveram-se 87 registos relativos à admissão, 75 registos relativos ao 7º dia e 102, relativos à alta (quadro 10). A pontuação mínima foi 0 (nos 3 momentos) sendo 30 o valor máximo registado (7º dia e alta).

Quadro 10 - Valores obtidos na NIHSS

Nihss	ADMISSÃO	7º DIA	ALTA
Valid	87	75	102
Missing	23	35	8
Mean	8,53	7,12	4,89
Sd.	6,649	7,192	5,885
Median	7,00	4,00	3,00
Mode	3	3	0

Quanto aos factores de risco reportados, assim como à identificação de antecedentes diagnósticos, efectuou-se um levantamento baseado na informação disponível, obtida dos doentes/ família ou via consulta do processo clínico. Tal informação está reunida no quadro seguinte.

Quadro 11 - Factores de risco e outros diagnósticos

\ Género; N/S; freq e %)	♂				♀			
	NÃO		SIM		NÃO		SIM	
FACTORES DE RISCO:	f	%	f	%	f	%	f	%
Alcoolismo (hábitos alcoólicos)	47	75,8	15	24,2	47	97,9	1	2,1
Tabagismo (hábitos tabágicos)	43	69,4	19	30,6	44	91,7	4	8,3
Hipertensão Arterial	11	17,7	51	82,3	8	16,7	40	83,3
Hipercolesterolemia/ Dislipidemia	34	54,8	28	45,2	16	33,3	32	66,7
Sedentarismo	62	100	--	--	48	100	--	--
Alterações cardíacas	39	62,9	23	37,1	23	47,9	25	52,1
Obesidade	53	85,5	9	14,5	42	87,5	6	12,5
Diabetes	40	64,5	22	35,5	34	70,8	14	29,2
Outros	10	16,1	52	83,9	8	16,7	40	83,3
Outros Δ [Depressão, Ansiedade; Antec. Psiquiátricos]	59	95,2	3	4,8	40	83,3	8	16,7

Atendendo aos objectivos do estudo, também averiguámos a existência de antecedentes de natureza psicopatológica, isto é, referências a sintomatologia de carácter depressivo e ansioso ou história clínica relativa a episódios de natureza psiquiátrica. Tais referências (registos) verificaram-se em 10% dos doentes, com predomínio do género feminino ($\text{♀}=8$; 16,7% e $\text{♂}=3$; 4,8%).

Relativamente à classificação dos episódios isquémicos pelos critérios modificados TOAST, há predomínio da natureza cardioembólica, representando cerca de 32% do total ($n:35$), sobrepondo-se aos de natureza aterotrombótica, aterotrombótica provável e lacunar; aqueles de causas desconhecidas e coexistentes (com estudo completo ou incompleto) representam, enquanto subconjunto, cerca de 21% (ver gráfico 1 e quadro 12).

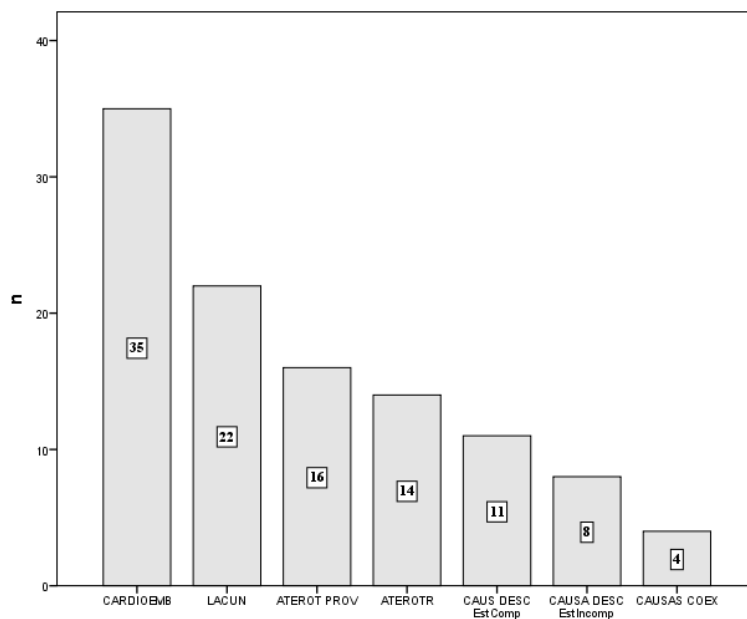


Gráfico 1 - Classificação TOAST modificada (n = n° de doentes)

Quadro 12 - Classificação dos episódios / TOAST MODIFICADA

Classificação	f	%
Aterotrombótico	14	12,7
Aterotrombótico provável	16	14,5
Cardioembólico	35	31,8
Lacunar	22	20,0
Episódio isquémico, por causas coexistentes	4	3,6
Episódio isquémico, causa desconhecida-estudo completo	11	10,0
Episódio isquémico, causa desconhecida-estudo incompleto	8	7,3
Total	110	100,0

Na classificação Oxfordshire existe uma representação idêntica entre as suas diferentes componentes, tendo sido menos frequentes os POCI (AVC isquémicos da circulação posterior).

Quadro 13 - Classificação dos episódios de AVC OXFORDSHIRE

	f
PACI	31
Isquémico parcial da circulação anterior	30
TACI	28
Isquémico total da circulação anterior	20
LACI	1
Isquémico lacunar	110
POCI	
Isquémico da circulação posterior	
LACS	
Isquémico lacunar-Syndrome	
Total	110

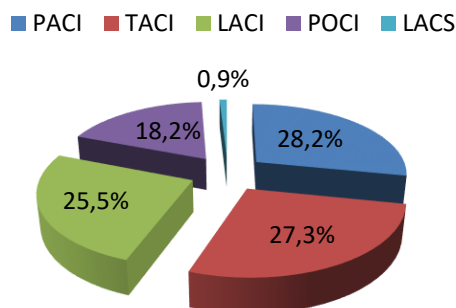


Gráfico 2 - Classificação dos episódios de AVC OXFORDSHIRE

Ainda na esfera clínica e complementado as classificações antes expostas, referimos que o território cerebral esquerdo foi o mais afectado (n:56; 51%), seguido do território cerebral direito (n:35; 32%) e do vertebro-basilar/ cerebral posterior (n:19; 17%).

Todos os doentes foram sujeitos, de forma regular, aos protocolos terapêuticos convencionais e habituais, contudo (e além dessa abordagem) foi instituída terapêutica fibrinolítica intravenosa em 33,6% da amostra (n:37) havendo apenas 2 registos, nesta mesma amostra, de fibrinólise endovascular/ intra-arterial (1,8%)⁸.

Na esfera das incapacidades ou défices resultantes (especificamente as relativas à alteração da motricidade) e tendo por base os registos clínicos obtidos no período após admissão (quadro 14), sublinha-se a frequente referência a lateralização esquerda e/ou direita, por alterações da força e mobilidade, em 80,8% dos doentes, quer identificada por hemiplegia quer, mais amiúde, por hemiparesia.

⁸ Os valores obtidos na unidade, nomeadamente quanto à terapêutica fibrinolítica intravenosa, são – nos anos subsequentes a este estudo – globalmente superiores como se poderá verificar nos registos aí existentes.

Quadro 14 - Lateralização esquerda e/ou direita, verificada após admissão

Registo	Hemiplegia		Hemiparesia		PERDAS	Total
	ESQ	DIR	ESQ	DIR		
f	2	3	35	49	----	----
%	1,8	2,7	31,8	44,5	----	80,8

Apenas foi registada uma situação de monoplegia, mas houve um grande número de registos que identificavam outras assimetrias, normalmente associadas às acima indicadas. Dada a dispersão de termos e conceitos, referimos – meramente a título ilustrativo e sem tentativa de ordenamento (quadro 15) – aqueles mais frequentemente indicados (e que se enquadravam nas diversas vertentes do exame neurológico, designadamente dos pares craneanos):

Quadro 15 - Outras assimetrias frequentemente referidas/ identificadas / problemas de equilíbrio e/ou coordenação

...com face; Parésia facial esquerda /direita Parésia facial DIR tipo periférica	Ataxia Ataxia bilateral, Ataxia marcha	Tendência ao desvio ocular D Tendência ao desvio oculocefálico D/E Ptose direita
Barré DIR; Baré duvidoso; Disestesias hemicorpo esquerdo Anosognosia esquerda	Desvio Cefálico p/ DIR Desvio Comissura labial Desvio Úvula Esquerda Hiporreflexia generalizada	Parésia MIE - franco domínio crural Hemiparesia facial esquerda ligeira Parésia facial central Parésia facial central direita / esquerda

Nesta mesma esfera, referimos as alterações sensoriais averiguadas; a informação recolhida é algo vaga, traduzindo os registos clínicos iniciais relativos a esta área de alterações e vai de encontro ao verificarem-se (ou não) alterações de natureza visual⁹: perturbação evidente do campo visual? Verificou-se a presença de handicap ou dificuldade, em 46,4% dos doentes. Efectuámos múltiplas notas a partir desses registos, convergindo nos diferentes exemplos deixados no quadro seguinte.

Quadro 16 - Exemplos de alterações sensoriais descritas/ registadas nos PU, assinaladas no campo da questão “perturbação evidente do campo visual?”

<ul style="list-style-type: none"> - Sem nistagmos - Nistagmos; nistagmos horizontal para esquerda - Sem paresias oculares - Sem alteração dos últimos campos visuais - Hemianopsia homónima direita - HHD* - Hemianopsia homónima esquerda- HHE* - HHD parcial - Sem alterações; sem alterações dos campos visuais; sem parésias* - Desvio oculocefálico esquerdo; direito; desvio do olhar para direita; desvio do olhar conjugado para... <p>* Entre os registos mais frequentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HHE e extinção visual; - Ptose, sem miose - Tonturas; visão turva - Glaucoma OE - Problemas anteriores - Olhos linha média; sem Hemianopsia homónima - Limitação na abdução olho esquerdo
--	---

Ainda como alteração sensorial, foi obtida informação relativamente às queixas álgicas ou dolorosas (presença da dor), havendo um rico espectro de apontamentos que traduzem muito a visão e forma

⁹ Alterações por vezes discretas, que têm enorme repercussão na vida das pessoas mas que nem sempre são devida e permanentemente valorizadas/ percebidas pelos profissionais de saúde e/ou familiares (cuidadores) que interagem com estes doentes.

de registo de cada profissional quando tal perturbação se verificava ou uma manifestação algica estava presente; podem destacar-se algumas das notas:

Quadro 17 - Exemplos de alterações sensoriais “dor” registadas nos PU.

Hemi-hipostesia algica hemiface esquerda	MAS TAMBÉM REFERÊNCIA A...
Hemi-hipostesia algica direita	
Hemi-hipostesia algica esquerda	Cefaleias
Hemi-hipostesia algica esquerda c/ face	Artrite
Hemi-hipostesia algica esquerda segmentar	Lombar, posicional; após queda
Hipostesia da face	Escala de glasgow baixa
Hipostesia algica antebraço + mão esquerda	Parestesias membro inferior esquerdo

Cabendo neste mesmo grupo (alterações sensoriais decorrentes do AVC) uma referência às alterações de eliminação e seus diferentes graus, tal revelou-se complexo e difícil de operacionalizar numa base exaustiva (relativa a cada doente), quer em função dos protocolos de tratamento em execução quer da própria flutuação e evolução que se verifica, a este nível, nas primeiras horas/dias após a admissão. Contudo, foi obtida informação básica quanto à utilização de recursos ou dispositivos auxiliares (nomeadamente sonda ou cateter vesical), aspecto a abordar mais à frente.

Relativamente às alterações comunicacionais, uma dimensão central na lista de incapacidades resultantes dum AVC (e não ignorando, igualmente, a relativa complexidade na sua classificação) temos cerca de dois terços dos doentes em que foi objectiva a presença destas alterações em oposição aos 32,7% de doentes em que tal não se verificava. Do conjunto de alterações reportadas (por 67,3% dos doentes), a sua classificação apresenta-se no quadro 18, reflectindo os registos iniciais em PU, obtidos no período após admissão.

Quadro 18 - Exemplos de alterações comunicacionais registadas nos PU.

Alterações comunicacionais	f	%
Disartria	45	40,9
Afasia	10	9,1
Afasia de Broca (não fluente)	5	4,6
Afasia de Wernicke (fluente)	4	3,6
Afasia global	10	9,1
Total	74	67,3

Outro importante grupo de défices é o relativo às alterações cognitivas (gerais e de domínio específico) e alterações ou distúrbios emocionais; optámos, desde início, por não procurar informação concreta, discriminativa e inquestionável relativamente a estas dimensões (no questionário complementar) atendendo à multiplicidade de factores envolvidos e à precocidade da apreciação, essencialmente feita no contexto intra-hospitalar.

Apesar de tal, especificamente no que se refere aos distúrbios emocionais, foi possível um registo válido em algumas situações concretas (com algumas perdas) mas que deverão ser observados com

cautela, pois os factores tempo e graus de recuperação verificados (ou não), desempenham aqui um papel determinante.

Quadro 19 - Distúrbios emocionais

Distúrbios	NÃO		SIM	
	f	%	f	%
Labilidade emocional	104	94,5	5	4,5
Depressão	109	99,1	---	
Observáveis sentimentos de medo, ansiedade, frustração raiva, tristeza...	107	97,3	2	1,8

Ainda na perspectiva das incapacidades ou défices instalados, observámos o que resultou do AVC na vertente alimentar, isto é, a função alimentar. Considerámos o tipo de triagem ou avaliação efectuada, o apresentar ou não disfagia e a ocorrência de complicações.

Quanto à disfagia (*s.f.* dificuldade de engolir. (med)), dos 107 doentes observados não se verificou em 87 (81,3%), mas estava presente em 20 doentes (18,7%). Não resultou a tentativa da sua classificação em ligeira, moderada ou severa (relativamente a cada doente), nomeadamente por efeito das medidas terapêuticas implementadas. A triagem efectuada foi, quase exclusivamente, por abordagem visual/ clínica, sem recurso a escalas; em alguns casos (5.5%), foi utilizado espessante alimentar como forma de abordar, esclarecer e iniciar a recuperação progressiva desta função.

De forma geral não foi identificada ou estabelecida uma relação directa, de causa-efeito, entre esta função e complicações clínicas.

Algumas das medidas terapêuticas antes invocadas e que, de forma regular, fazem parte do arsenal terapêutico de 1ª linha, são a entubação nasogástrica e a entubação vesical, entre outras; sempre na perspectiva da minimização de danos e aumento do conforto do doente. Procurámos saber quantos doentes tinham sido objecto destas medidas (quadro 20), na perspectiva duma mais abrangente compreensão dos processos terapêuticos desenvolvidos.

Quadro 20 - Medidas terapêuticas implementadas (ab initio)

Recurso	Entubação NASOGÁSTRICA		Entubação VESICAL	
	f	%	f	%
NÃO	91	82,7	72	65,5
SIM	19	17,3	38	34,5
Total	110	100	110	100

Maioritariamente, as situações clínicas apresentadas pelos doentes não obrigaram à sua implementação (82,7% e 65,5%, respectivamente); já a informação relativa ao número de dias (ou de horas, apenas) de entubação, à ocorrência (ou não) de complicações e ao tipo de complicações, foi informação de monitorização complexa, não tendo sido reunida de forma exaustiva.

Estes doentes permaneceram hospitalizados um total de 1833 dias, correspondendo estritamente à contagem de dias desde a entrada até à saída (quadro 21); o tempo específico, digamos mínimo necessário, de internamento correspondeu a um total de 1159 dias, havendo um diferencial de cerca de 674 dias, contas globais, que corresponderam a tempo de espera para saída, seja por dificuldades familiares, seja por dificuldades na obtenção de vaga em unidades da rede nacional de cuidados continuados ou mesmo por dificuldades mais logísticas.

Quadro 21 - Tempos de internamento: admissão – alta – saída efectiva (110 doentes)

Nº de DIAS	INTERNAMENTO (TOTAL)	ADM (t ₁) – ALTA (t ₂)	ALTA (t ₂) – SAÍDA EFECTIVA (t ₂)
Σ	1833	1159	674
\bar{X}	16,66	10,54	6,15
Md	11	9,50	0,00
Mo	5	5	0
DP	16,431	7,08	12,76
Mín	2	2	0
Max	96	39	84

Os homens permaneceram, em média, menos tempo internados

Quadro 22 - Tempo médio de internamento (dias t₁-t₂) e género

Género	n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.
♂	62	2	31	9,95	6,839
♀	48	3	39	11,29	7,389

O gráfico 3 mostra uma distribuição do número de dias entre alta e saída efectiva; com 2 dias de prolongamento (*delay*/ atraso na saída) contaram-se 6 doentes; com 5, 6 e 7 dias, contam-se 4 doentes (respectivamente) e assim sucessivamente. A definição ou indicação da data (timing) de alta é uma prerrogativa clínica, naturalmente sujeita a análise e ponderação de todos os factores ou elementos envolvidos nessa decisão.

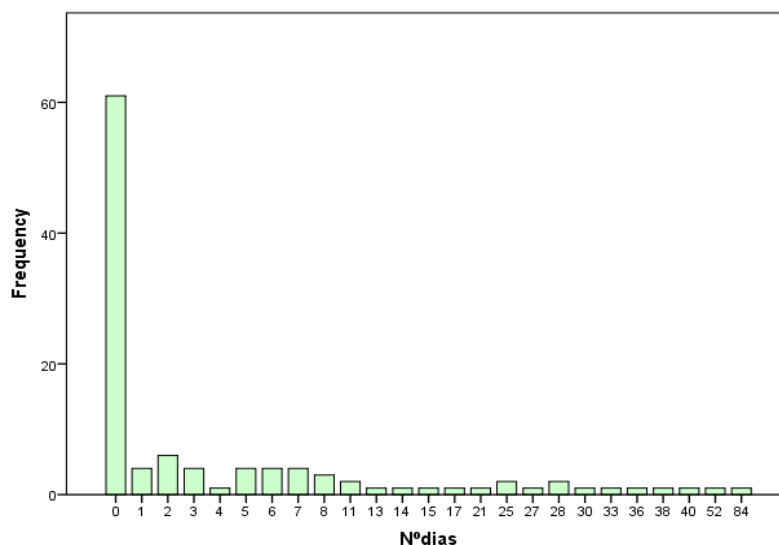


Gráfico 3 - Nº de dias entre "alta - saída efectiva" (Frequency: nº de doentes)

Este período de tempo, em dias, entre alta e saída efectiva ($t_2 - t_1$) traduz-se, podemos afirmar, em prolongamentos de internamento não determinados necessariamente por factores de natureza clínica (outros se encontram...), são frequentes nas unidades de internamento hospitalar e, naturalmente, também na unidade envolvida nesta pesquisa ($\bar{X}=6,15d$; $S=12,76d$).

Tratámos esta variável (tempo) organizando ou constituindo 2 grupos distintos: no grupo 1, considerámos os doentes que permaneceram menos de três dias até à sua saída efectiva (<3) e, no grupo 2, os doentes que estiveram três ou mais dias em espera, internados, para saída (≥ 3). Da leitura do quadro seguinte e gráfico anterior, ressalta que cerca de dois terços da amostra (64,5%) saiu dentro de um tempo normal, em articulação com família e/ou unidades da rede, e cerca de um terço da mesma (35,5%) ficou em espera durante 3 ou mais dias.

Quadro 23 - Tempo em espera, até concretização da saída efectiva

Grupos e total	f	%
Grupo 1 [Gp1 < 3 dias]	71	64,5
Grupo 2 [Gp2 \geq 3 dias]	39	35,5
Total	110	100

Encontrámos correlações moderadas, pontualmente fracas, entre o nº de dias de prolongamento ou extensão do internamento ($t_2 - t_1$) e os índices medidos e tratados. Como exemplos, referimos os scores na escala modificada de Rankin (mRS), que se correlacionam de forma positiva, fraca no momento da admissão ($r=0,41$; $p \leq 0,001$) e moderada nos momentos seguintes, *id est*, na alta, aos 30 e aos 90 dias ($r=0,59$ a $0,66$; $p \leq 0,001$).

O mesmo se verifica na sua correlação com o índice de Barthel (IB); considerados os mesmos momentos de avaliação (adm, alta, 30d, 90d), a correlação é aqui negativa moderada, com valores de $r=-0,54/-0,68/-0,72/-0,68$ (respectivamente), e significância estatística $p \leq 0,001$.

Idêntico comportamento é obtido quando se correlaciona com o indicador de qualidade de vida, via soma dos scores do questionário de saúde (alta, 30d, 90d). O valor desta correlação (r) varia entre $+0,58$ e $+0,60$ (com $p \leq 0,001$), denunciando uma correlação moderada, como já referido.

Numa análise estatística centrada na divisão pelos grupos acima apresentados e explicados (ver quadro 23), verificamos diferenças de médias estatisticamente significativas quando consideramos as variáveis ou indicadores de dano neurológico global (NIHSS), de funcionalidade (mRS, IB e AIVD), de manifestações psicopatológicas/ emocionais (EADH) e de qualidade de vida (EQ5D3L).

Considerando os dados ou valores reportados pela escala de AVC (NIHSS), o quadro seguinte sintetiza a análise estatística no que se refere à diferença de médias verificada em relação ao grupo global, aos grupos constituídos (1; 2) e evolução clínica verificada (recuperação neurológica) entre os momentos de admissão (scores NIHSS, na admissão) e de alta (scores NIHSS, na alta).

Quadro 24 - Grupos [= > dias entre alta e saída efectiva] e médias dos scores na NIHSS (var: 0 a 42)

NIHSS	NIHSS/GRUPOS			Levene's		t – student	
	\bar{X} GLOBAL	\bar{X} Gp1	\bar{X} Gp2	F	Sig.	t	p
ADMISSÃO	8,53; n=87	6,39	12,03	4,171	0,044	- 3,922	≤ 0,001
7º DIA	7,12; n=75	--	--	--	--	--	--
ALTA	4,89; n=102	2,66	8,81	22,805	0,000	- 4,834	≤ 0,001
DIF. ^a ADM/ALTA	3,39 (dif)	3,49 (-1; 17)	3,23 (-9; 20)	4,002	0,049	0,224	0,824♦

♦ Não significativo....

Objectivam-se os valores médios superiores no grupo 2 (Gp2: aquele que veio a prolongar mais o internamento), relativamente ao grupo 1 e à média global e uma amplitude de recuperação (traduzida pela diferença de médias da NIHSS entre a admissão e a alta: DIF.^a ADM/ALTA) também ligeiramente menor neste grupo 2 (=3,23).

Os valores decorrentes do teste estatístico (*t-student*) revelam significância estatística na análise Gp1-Gp2, nos momentos ADMISSÃO e ALTA ($p \leq 0,001$) embora não se verifique o mesmo quando analisada a sua diferença (DIF.^a ADM/ALTA: $p=0,824$; não é estatisticamente significativa a diferença de médias entre os grupos 1 e 2 (Gp1/Gp2), quando considerada a diferença de scores da NIHSS entre a admissão e a alta.

Integrando a variável género nesta análise (quadro 25), referimos que o n-válido da variável «DIF.^a ADM/ALTA» é de 48 para o género ♂ e de 36 para o género ♀; o mesmo teste estatístico confirma a não significância estatística entre os géneros (m/f) quando pensamos nos níveis de recuperação traduzidos pela evolução favorável na escala NIHSS (embora ressalvando que significância estatística \neq significância clínica) cujo valor absoluto se concretiza nesta diferença de médias, *id est*, diferença adm/alta: $t=0,476$; $p=0,636$.

Quadro 25 - Grupos [= > dias entre alta e saída efectiva] e médias dos scores na NIHSS (var: 0 a 42) e GÉNERO

NIHSS/GRUPOS/GÉNERO	GÉNERO					Levene's		t – student	
	\bar{X} GLOBAL	\bar{X} Gp1	\bar{X} Gp2	\bar{X} ♂	\bar{X} ♀	F	Sig.	t	p
ADMISSÃO	8,53; n=87	6,39	12,03	8,06	9,13				
7º DIA	7,12; n=75	--	--	6,72	7,56				
ALTA	4,89; n=102	2,66	8,81	4,18	5,80				
DIF. ^a ADM/ALTA	3,39	3,49	3,23	3,60	3,11	0,862	0,356	0,476	0,636 ♦

♦ Não significativo....

Ainda no âmbito desta análise, verificámos a relação estatística quando considerados o género e os 2 diferentes grupos que vimos mencionando (Gp1 / Gp2).

Como se observa no quadro seguinte, não há significância estatística na análise desta diferença entre géneros ♂ e ♀, considerados o grupo 1 ($p=0,927$) e o grupo 2 ($p=0,532$). Ainda que dentro de grupos internamente homogéneos quanto ao factor tempo considerado, as diferenças de médias dos scores NIHSS (diferenças entre scores na admissão e na alta), não se revelaram significativas em função do género dos doentes.

Quadro 26 - Grupos [= > dias entre alta e saída efectiva] e médias dos scores na NIHSS (var: 0 a 42) e GÉNERO

GRUPOS/NIHSS/GÉNERO					Levene's		t – student	
	NIHSS	\bar{X}	\bar{X} ♂	\bar{X} ♀	F	Sig.	t	p
\bar{X} Gp1 [< 3 dias]	ADMISSÃO	6,39						
	7º DIA	--						
	ALTA	2,66						
	DIF.ª ADM/ALTA	3,49	3,45 [n=33]	3,55 [n=20]	0,136	0,714	0,086	0,927♦
\bar{X} Gp2 [≥ 3 dias]	ADMISSÃO	12,03						
	7º DIA	--						
	ALTA	8,81						
	DIF.ª ADM/ALTA	3,23	3,93 [n=15]	2,56 [n=16]	1,374	0,251	0,643	0,532♦

♦Não significativo....

Foi efectuado o agrupamento dos doentes (amostra) por idades, referenciadas à data de entrada no hospital (ver quadro 27), constituindo 3 grandes classes ou grupos.

Quadro 27 - Idades agrupadas

	f	%
Classe 1 [até 50 anos]	9	8,2
Classe 2 [51 – 75 anos]	59	53,6
Classe 3 [76 + anos]	41	37,3
Perdas	1	0,9
Total	110	100,00

Analisámos os valores obtidos na escala neurológica (NIHSS) em função de tais classes, correspondendo os dados do quadro seguinte à sua descrição estatística. Sublinhamos o «valor de n» muito baixo para a classe 1 (idade ≤ 50 anos) assim como diversos valores de «n» nos diferentes momentos de leitura em cada classe, o que revela quebras de avaliação através desta escala, logo ausência de scores em alguns dos doentes/ momentos.

Pela observação dos dados, verificam-se valores médios mais elevados (NIHSS) nos doentes mais idosos (classe 3), quer no momento de admissão quer no momento da alta, em comparação directa com os doentes que integram as classes 1 e 2.

Quadro 28 - Grupos [= > dias entre alta e saída efectiva] e médias dos scores na NIHSS (var: 0 a 42)

Idadesagrupdas	Scores NIHSS	n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.
Classe 1 [... - 50]	ADMISSÃO	6	3	14	8,33	3,559
	7º DIA	6	1	22	7,00	8,149
	ALTA	7	1	18	5,14	6,203
	DIF. ^a ADM/ALTA	6	-9,00	8,00	2,67	6,408
	Valid N	5				
Classe 2 [51 - 75]	ADMISSÃO	50	0	26	7,30	6,450
	7º DIA	42	0	30	6,64	7,450
	ALTA	57	0	30	4,65	5,924
	DIF. ^a ADM/ALTA	49	-8,00	11,00	2,24	3,263
	Valid N	37				
Classe 3 [76 + anos]	ADMISSÃO	31	2	27	10,55	7,066
	7º DIA	26	0	26	7,73	6,862
	ALTA	37	0	26	5,03	5,885
	DIF. ^a ADM/ALTA	29	-1,00	20,00	5,48	5,692
	Valid N	24				

Integrando nesta análise a variável relativa ao prolongamento t_2-t_2' (quadro 29), reflectida nos constituídos Gp1 e Gp2, temos para as classes de idades 2 e 3 (≥ 51 anos), um valor não estatisticamente significativo ($p=0,936$ e $p=0,990$, respectivamente) da diferença de médias NIHSS entre adm/alta. Contudo, obtém-se significância estatística quer na admissão quer na alta na classe de idades “2” ($p=0,002$) e, apenas na alta, na classe de idades “3” (\bar{X} Gp1=3,05; \bar{X} Gp2=7,11; $t=-2,206$; $p=0,034$).

Atendendo ao valor de “n” envolvido e desvio padrão verificado, não oferecem relevância os resultados para a classe de idades mais jovem (classe 1: AVC no adulto jovem).

Quadro 29 - Idades agrupadas, NIHSS e Grupos [= > dias entre alta e saída efectiva], médias dos scores na NIHSS (var: 0 a 42)

Idadesagrupdas (anos)	Scores NIHSS	\bar{X} Gp1 [< 3 dias]	\bar{X} Gp2 [≥ 3 dias]	Levene's		t - student	
				F	Sig.	t	p
Classe 1 [... - 50]	ADMISSÃO	8,50	8,00	17,833	0,000	-3,604	0,002
	ALTA	2,40	12,00				
	DIF. ^a ADM/ALTA	6,00	-4,00				
Classe 2 [51 - 75]	ADMISSÃO	4,88	12,44	21,398	0,000	-3,639	0,002
	ALTA	2,51	10,13	7,085	0,011	-0,081	0,936 ♦
	DIF. ^a ADM/ALTA	2,21	2,31	0,288	0,596	-1,122	0,233
Classe 3 [76 +]	ADMISSÃO	9,06	12,13	3,007	0,92	-2,206	0,034
	ALTA	3,05	7,11	0,279	0,602	0,18	0,990 ♦
	DIF. ^a ADM/ALTA	5,50	5,46				

♦Não significativo....

Explorando a relação entre dano neurológico (score expresso pela NIHSS) e a terapêutica instituída, focamo-nos no ter sido instituída, ou não, a terapêutica fibrinolítica. Como já referimos neste texto, no período em estudo foi instituída terapêutica fibrinolítica intravenosa a 37 doentes (33,6%).

Considerando a avaliação efectuada aquando da alta (ver no quadro 30), verificamos uma não homogeneidade das variâncias (Levene's p -value =0,000); assumida a estatística adequada (teste t -student), verifica-se um p -value não significativo ($p=0,076, >\alpha$); assim, não se rejeitaria uma $H_0: \mu A = \mu B$. Concretizando, os valores médios (nesta escala) aquando da alta, não são significativamente diferentes, independentemente da terapêutica instituída.

Quadro 30 - NIHSS e terapêutica fibrinolítica

Scores NIHSS	NIHSS; FIBRINÓLISE				Levene's		t – student	
	Fibrinólise (r-tPA)?	n	\bar{X}	Sd.	F	Sig.	t	p
ADMISSÃO	NÃO	51	6,35	5,786	1,770	0,187	-3,926	≤0,001
	SIM	36	11,61	6,643				
ALTA	NÃO	65	3,98	4,343	15,364	0,000	-1,815	0,076
	SIM	37	6,49	7,716				
DIF. ^a ADM/ALTA	NÃO	48	1,98	2,589	13,786	0,000	-3,069	0,004
	SIM	36	5,28	6,046				

Considerando não os valores da NIHSS num determinado momento mas os valores da sua diferença entre admissão e alta (DIF.^a ADM/ALTA), traduzindo a recuperação dos défices neurológicos ou, eventualmente, um agravamento dos mesmos no decurso do período de internamento (ver mesmo quadro, anterior), constatamos a mesma não homogeneidade de variâncias (Levene's p -value =0,000) mas agora, também assumida a estatística adequada, verifica-se p -value significativo ($p=0,004, <\alpha$); rejeita-se $H_0: \mu A = \mu B$. Concretizando, as médias dos 2 grupos (não/sim, quanto a terapia fibrinolítica intravenosa) são significativamente diferentes, ou seja, os valores médios da alteração verificada (traduzidos pelos scores da escala) são mais favoráveis quando foi instituída a terapia fibrinolítica.

O gráfico 4 permite uma visualização mais clara da distribuição das variáveis agora em análise.

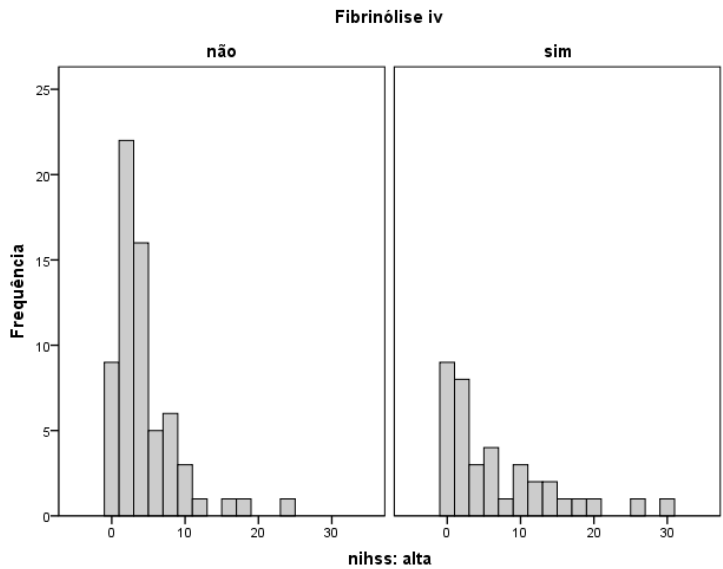


Gráfico 4 - Distribuição dos valores “NIHSS na alta”, em função do recurso, ou não, à terapia fibrinolítica (Frequency: nº de doentes)

O próximo gráfico revela-nos a amplitude da recuperação neurológica verificada entre a admissão e a alta, através duma diferença de valores da NIHSS, entre esses dois momentos.

Fica patente o comportamento da distribuição dada a modalidade terapêutica utilizada: a convencional (48 doentes) ou com terapia fibrinolítica (n válido: 36 doentes). Num excerto do mesmo gráfico, identificam-se os outliers.

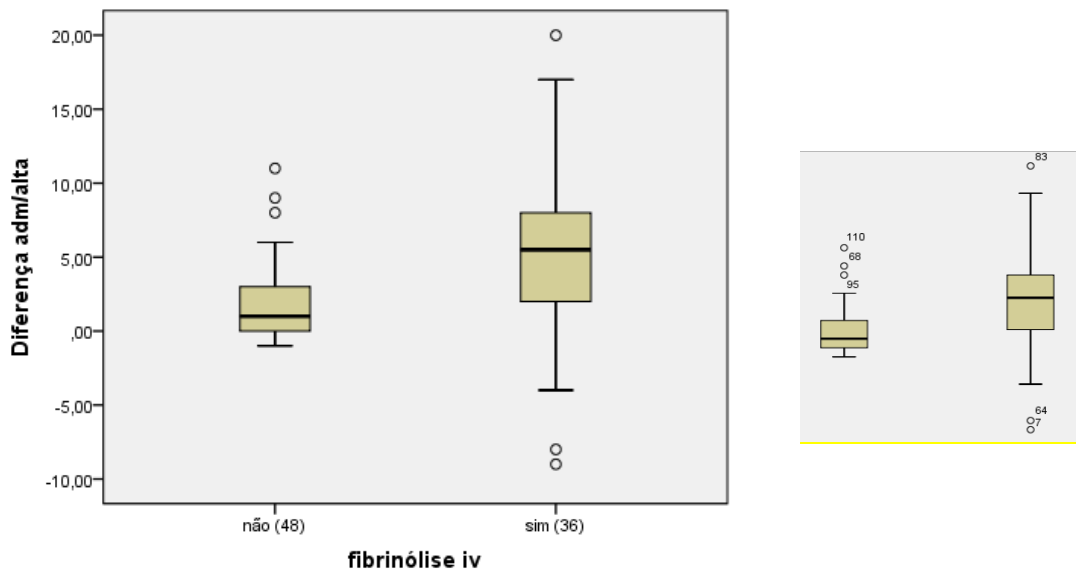


Gráfico 5 - Amplitude da recuperação neurológica “admissão – alta” em função do recurso à fibrinólise intravenosa.

Decorrido o período crítico pós AVC, referente ao tempo de internamento em unidade aguda (U-AVC) e em enfermaria regular, com todas as especificidades e intervenções inerentes (avaliação permanente; intervenções diagnósticas, implementação de medidas mais ou menos intensas de tratamento e reabilitação), os doentes são/ foram encaminhados para ambientes extra-hospitalares, preferencialmente para o seu contexto familiar, na comunidade, ou, noutros casos, para outros contextos protegidos e organizados, devido às elevadas dificuldades ou incapacidades normalmente apresentadas. Pretende-se, sempre e acima de tudo, a continuação e consolidação da recuperação e a prevenção secundária para eventos futuros.

Da nossa amostra, cerca de dois terços regressaram ao seu domicílio (n:82; 74,5%), carecendo de apoio muito diversificado mas, contudo, retomando a vida num espaço próprio, familiar, normalmente acolhedor. Cerca de um quinto da mesma (19,1%) foi encaminhada directamente para unidades de cuidados continuados (diferentes tipologias, predominantemente para unidades de convalescença, para unidades de média duração e reabilitação, e ainda para unidades de longa duração e manutenção (ver parte I, cap. 3)).

Houve ainda um valor marginal de situações (n:7; 6,4%) cuja orientação na saída foi outra situação. Nesta categoria tivemos, como exemplo, as saídas para outra unidade de internamento no hospital, seguindo depois para domicílio, ou situações de saída para domicílio/ para lar/ para casa de filhos, mas a aguardar vaga numa unidade de cuidados continuados ou em lar e, ainda, a saída para o hospital Rovisco Pais (não UCC).

Um leque de situações muito diversas, todas equacionadas em função de múltiplos e variados factores (a melhor e mais imediata resposta às dificuldades agudas dos doentes, o apoio familiar, outros apoios existentes) embora nem sempre sendo possível colocar em primeiro lugar a autodeterminação e opções específicas dos doentes, mesmo quando expressas.



Numa breve síntese, este subcapítulo permite-nos caracterizar a amostra com que estamos a trabalhar, quer em termos sociodemográficos quer em termos clínicos. Assim, predomina o género masculino, casados/ juntos ou viúvos, com média de 70 anos, reformados e residindo sós em 20% das situações. Foram vítimas de primeiro episódio de AVC isquémico da circulação anterior (~56%), cardioembólicos e lacunares (~52%) e causa desconhecida (21%); registo de AIT em tempo anterior (20%). O score neurológico médio, à entrada, classificava o grupo na faixa de compromisso neurológico leve a grave, sendo que, na alta, tal classificação caía para compromisso

nerológico leve, suave (mas com desvio padrão considerável!), podendo ser encaminhados, em 80% dos casos, para domicílio.

Foram reportados os factores de risco habituais, assim como um leque grande de dificuldades e incapacidades, de natureza motora, coordenação, sensitiva, sensorial, comunicacional, emocional. Foram tratados em unidades diferenciadas, permanecendo no ambiente hospitalar por períodos diversificados de tempo (atendendo-se aos desvios face ao tempo médio de internamento), num total global de 1833 dias. Destes, 1159 dias correspondem a um tempo de internamento no qual a alta e a saída foram consideradas coincidentes (no limite, os doentes saíram em 1 ou 2 dias) e, 674 dias correspondem a tempo de internamento em que essas não se consideraram coincidentes, sendo prolongado para além do momento em que a alta foi definida (os doentes permaneceram para além de 3 dias, até saírem).

Analisámos o dano neurológico e sua evolução, trabalhando e cruzando com diversas variáveis como o género, as classes de idades, a terapia fibrinolítica e o prolongamento de internamento; este prolongamento de tempo ocorre nos doentes que têm pior estado neurológico à entrada (diferenças estatisticamente significativas), parecendo “necessário” para que não exista diferença nos ganhos neurológicos entre admissão e a alta (DIF.^a ADM/ALTA) quando comparado com o grupo que sai logo aquando da alta. Por último, abordámos a orientação aquando da saída do hospital, isto é, o destino adoptado pelo doente (pela família/pelos serviços de saúde), relembrando os 74,5% orientados para domicílio e 19,1% para unidades de cuidados continuados.

2.2 - CAPACIDADE FUNCIONAL E ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA: ÍNDICE DE BARTHEL

Uma vertente central do presente estudo relaciona-se com a esfera funcional do indivíduo. Diversas escalas foram utilizadas para aceder à informação, nomeadamente a escala ou índice de Barthel (IB); como já referimos neste texto, este índice avalia a capacidade funcional do indivíduo relativamente a 10 funções ou actividades básicas de vida diária (ver cap. I da parte II).

As avaliações foram efectuadas em vários momentos, desde a admissão (t_0) até aos 90 dias pós-AVC (t_4), traduzindo-se, esses diferentes momentos, pelas designações adoptadas nos quadros seguintes: IB1 a IB4 (1º ao 4º momento).

Verificamos que há heterogeneidade na nossa amostra atendendo, particularmente, ao valor dos desvios-padrão (Sd.), mas verificamos também que há um padrão global de recuperação entre o

momento de inicial (IB1) e o final (~3meses: IB4), aumentando o valor médio desse índice (\bar{X}) numa aproximação progressiva ao valor máximo possível (100).

Quadro 31 - Índice de Barthel/ amostra total

Momentos	n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.
IB 1 (adm)	110	0	100	56,22	37,201
IB 2 (alta/saída)	110	0	100	75,64	32,735
IB 3 (30d)	109	0	100	78,39	32,467
IB 4 (90d)	107	0	100	83,83	28,637
V.n. (Valid n)			107		

Considerando o género dos doentes, a distribuição mostra valores médios ligeiramente mais baixos no género feminino.

Quadro 32 - Índice de Barthel, considerado o género

GÊNERO		n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.
♂ [V.n. = 62]	IB 1	62	0	100	61,92	37,693
	IB 2	62	0	100	78,71	32,340
	IB 3	62	0	100	81,05	31,403
	IB 4	62	0	100	84,19	28,733
♀ [V.n. = 45]	IB 1	48	0	100	48,85	35,599
	IB 2	48	0	100	71,67	33,156
	IB 3	47	0	100	74,89	33,839
	IB 4	45	0	100	83,33	28,822

Efectuada uma análise dos valores que expressam a funcionalidade básica e considerando não apenas o género (quadro 32), mas também a classe de idades dos doentes (classes 1, 2 e 3) assim como a variável relativa ao prolongamento de internamento (Gp1 <3d; Gp2 ≥ 3d), verificamos alguns aspectos relevantes¹⁰:

- A classe de idades até aos 50 anos (classe 1), para qualquer dos géneros, apresenta um “n” particularmente baixo, que não possibilita qualquer conclusão/ ilação, nomeadamente quando está ainda desdobrada em 2 grupos (na variável prolongamento t_2-t_2).
- O grupo 2 (≥ 3d) apresenta sempre (comparativamente ao grupo 1: <3d), para os dois géneros e para as diferentes classes de idades, valores médios (\bar{X}) menores (traduzindo maior incapacidade) em todos os 4 momentos de avaliação (IB1 a IB4).
- Havendo um padrão de recuperação progressiva (↑ dos valores médios: \bar{X}] entre o momento inicial (IB1) e o final (~3meses: IB4), sem inversões, conforme foi referido acima e para o total da amostra (rever quadro 31), verificamos na análise com mais “pormenor” (quadro 33) algumas inversões que cabe destacar ou sublinhar: os doentes mais idosos (classe 3: ≥76 anos) e independentemente do género (embora ligeiramente mais pronunciado no género masculino),

¹⁰ Quadro não apresentado no texto dada a sua extensão, decorrente das subdivisões introduzidas.

manifestam uma diminuição (\downarrow) dos valores médios, indicando perda funcional, na transição das unidades de internamento para o ambiente pós-hospitalar (IB2 => IB3) tal como decorre das avaliações efectuadas aquando da alta e pelos 30 dias pós-AVC.

Quadro 33 - Índice de Barthel, género, classe de idades “3” e prolongamento t₂-t₂

			n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.	
♂	3 [76 +]	2 [≥ 3d]	IB 1	6	0	45	18,33	19,664
			IB 2	6	5	100	54,17	38,134
			IB 3	6	5	100	$\downarrow\downarrow\downarrow$ 50,83	36,526
			IB 4	6	5	100	55,00	34,351
		V.n.			6			
♀	3 [76 +]	2 [≥ 3d]	IB 1	14	0	95	38,57	37,336
			IB 2	14	0	100	56,07	35,636
			IB 3	14	0	100	$\downarrow\downarrow$ 54,29	37,461
			IB 4	12	0	100	67,08	35,449
		V.n.			12			

Considerada a orientação clínica na saída do hospital (quadro 34), naturalmente precedida dum respectivo planeamento de alta, verificamos que para as UCC foram orientados doentes que apresentavam os mais reduzidos valores nesta escala, considerados todos os momentos avaliados e comparando com as restantes orientações clínicas. Maioritariamente, os doentes regressaram para o domicílio.

Quadro 34 - Índice de Barthel: orientação clínica na alta/ saída

ORIENT_CLINICA_SAÍDA		n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.
DOMICILIO [V.n. = 81]	IB 1	82	0	100	70,49	29,39
	IB 2	82	20	100	89,51	18,55
	IB 3	81	20	100	92,35	16,40
	IB 4	81	20	100	93,52	16,17
UCC – U. CUIDADOS CONTINUADOS [V.n. = 20]	IB 1	21	0	30	9,43	10,88
	IB 2	21	0	75	26,43	23,83
	IB 3	21	0	100	30,95	30,03
	IB 4	20	0	100	44,25	37,25
OUTRA SITUAÇÃO [V.n. = 6]	IB 1	7	0	100	29,43	42,43
	IB 2	7	10	100	60,71	39,52
	IB 3	7	10	100	59,29	38,13
	IB 4	6	65	100	85,00	11,83

Considerada a dimensão prolongamento de internamento, traduzida nos 2 grupos constituídos, temos os dados do quadro 35 que mostram menor funcionalidade no grupo 2, com maior dispersão dos valores.

Quadro 35 - Índice de Barthel: prolongamento de internamento

Grupos 1&2		n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.
1: [$< 3d$] [V.n. = 69]	IB 1	70	0	100	71,79	29,89
	IB 2	70	35	100	90,86	17,55
	IB 3	69	25	100	94,28	13,73
	IB 4	69	35	100	96,30	10,46
2: [$\geq 3d$] [V.n. = 38]	IB 1	40	0	100	28,98	33,03
	IB 2	40	0	100	49,00	36,15
	IB 3	40	0	100	51,00	37,08
	IB 4	38	0	100	61,18	36,49

Considerando as idades dos doentes (quadro 36), agrupadas em 3 classes, temos os mais idosos a apresentar a menor funcionalidade (IB), conforme valor médio das médias encontradas (não mostrado no quadro), que foi de 77.39, 78.15 e 67.31, para as classes 1, 2 e 3, respectivamente. Sublinhe-se o baixo valor de “n” na classe 1 e a elevada dispersão verificada, nomeadamente nas avaliações na admissão e alta/saída (IB1; IB2).

Quadro 36 - Índice de Barthel: classes de idades

CLASSES DE IDADES		n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.
1: [até 50] [V.n. = 9]	IB 1	9	0	100	52,33	41,671
	IB 2	9	15	100	79,44	32,156
	IB 3	9	30	100	85,56	25,055
	IB 4	9	65	100	92,22	12,775
2: [51 – 75] [V.n. = 59]	IB 1	59	0	100	63,19	34,622
	IB 2	59	0	100	79,58	32,234
	IB 3	59	0	100	83,14	30,918
	IB 4	59	0	100	86,69	28,233
3: [76 +] [V.n. = 38]	IB 1	41	0	100	48,41	38,331
	IB 2	41	0	100	70,49	32,803
	IB 3	40	0	100	71,25	34,395
	IB 4	38	0	100	79,08	30,019

Tentando perceber se eram significativas tais diferenças de scores (IB) entre diferentes classes de idades, submetemos os dados ao teste ANOVA (oneway), conforme dados do quadro seguinte.

Com nível de significância α ($=0,05$) não há significância estatística; contudo, atendendo ao reduzido valor de “n” verificado nas idades mais jovens, não havendo homogeneidade dos grupos, recorreremos a um teste não paramétrico¹¹ no sentido de confirmar, ou não, tais resultados, ao mesmo nível de significância (0,05). Verificamos que apenas no momento de avaliação 4 (IB4, 90 dias) se verifica existir significância estatística ($p=0,048$) em função dos grupos etários.

¹¹ K-W test: Kruskal–Wallis one-way analysis of variance

Quadro 37 - Índice de Barthel, classes de idades

Barthel	CLASSE DE IDADES	Descritiva			ONEWAY ANOVA		K-W test	
		n	\bar{X}	Sd.	F	Sig.	Sig.	Dec
IB 1	1	9	52,33	41,671	2,038	0,135	0,144	Ret H ₀
	2	59	63,19	34,622				
	3	41	48,41	38,331				
	Total	109	56,73	36,976				
IB 2	1	9	79,44	32,156	1,000	0,371	0,109	Ret H ₀
	2	59	79,58	32,234				
	3	41	70,49	32,803				
	Total	109	76,15	32,444				
IB 3	1	9	85,56	25,055	1,870	0,159	0,061	Ret H ₀
	2	59	83,14	30,918				
	3	40	71,25	34,395				
	Total	108	78,94	32,122				
IB 4	1	9	92,22	12,775	1,234	0,296	0,048	Rej H ₀
	2	59	86,69	28,233				
	3	38	79,08	30,019				
	Total	106	84,43	28,084				

Efectuando uma análise mais pormenorizada, numa perspectiva de evolução temporal (leitura emparelhada), verificamos significância estatística entre os momentos de avaliação concretizados, conforme quadro seguinte ($p \leq 0,001$ ou $p = 0,008$), com elevada diferença de médias entre esses mesmos momentos de leitura (todos os pares considerados).

Quadro 38 - Índice de Barthel (IB) em análise emparelhada

IB emparelhado	t	df	Valor de p	
Par 1	IB1 - IB2	-9,058	109	$\leq 0,001$
Par 2	IB1 - IB3	-9,411	108	$\leq 0,001$
Par 3	IB1 - IB4	-9,843	106	$\leq 0,001$
Par 4	IB2 - IB3	-2,694	108	0,008
Par 5	IB2 - IB4	-4,426	106	$\leq 0,001$
Par 6	IB3 - IB4	-3,720	106	$\leq 0,001$

Legenda: IB 1 (adm); IB 2 (alta/saída); IB 3 (30d); IB 4 (90d)

Podemos afirmar que, em relação aos níveis de funcionalidade global, estes estão em crescendo de momento para momento (pares), com diferenças entre todos os momentos (sentido crescente) sempre estatisticamente significativas.

Considerando novamente a dimensão prolongamento de internamento, efectuando análise emparelhada dos valores do índice de Barthel (quadro seguinte) e tentando perceber se, nestes dois grupos, as diferenças nos níveis funcionais (para estas actividades de vida diária) entre os diversos momentos se mantém (como anteriormente) estatisticamente significativa, constatamos:

Quadro 39 - Índice de Barthel (IB) em análise emparelhada, em função do prolongamento de internamento

<i>Prolong. t₂-t₁</i>	IB emparelhado		\bar{X}	Sd.	t	df	Valor de p
Gp1 <3d	Par 1	IB1 - IB2	-19,071	21,758	-7,334	69	≤0,001
	Par 2	IB1 - IB3	-22,029	23,110	-7,918	68	≤0,001
	Par 3	IB1 - IB4	-24,058	25,121	-7,955	68	≤0,001
	Par 4	IB2 - IB3	-2,609	7,554	-2,869	68	0,005
	Par 5	IB2 - IB4	-4,638	11,418	-3,374	68	0,001
	Par 6	IB3 - IB4	-2,029	8,546	-1,972	68	0,053♦
Gp2 ≥ 3d	Par 1	IB1 - IB2	-20,025	23,974	-5,283	39	≤0,001
	Par 2	IB1 - IB3	-22,025	26,876	-5,183	39	≤0,001
	Par 3	IB1 - IB4	-30,816	32,009	-5,935	37	≤0,001
	Par 4	IB2 - IB3	-2,000	11,701	-1,081	39	0,286♦
	Par 5	IB2 - IB4	-10,132	20,484	-3,049	37	0,004
	Par 6	IB3 - IB4	-8,026	15,002	-3,298	37	0,002

♦ Não significativo (ns)

- no grupo que teve alta e saída até 3 dias (Gp1<3d) só não se verifica diferença estatisticamente significativa no par 6, entre 30 e 90 dias. No grupo que prolonga a saída (Gp2≥3d) não é significativa a diferença entre o momento da alta/saída (IB2) e a avaliação aos 30 dias (IB3).

Note-se que no 1º grupo (1) não se acentuam as diferenças na funcionalidade mais tardia (30-90 dias), o que não se verifica no grupo que prolonga tal internamento. Neste grupo 2 não há diferenças entre alta e 30 dias (par4: IB2 - IB3) pela possível proximidade (ou quase sobreposição) das avaliações resultantes do prolongamento da sua saída efectiva, que determina a proximidade temporal entre IB2 (alta efectiva) e IB3 (30 dias), sendo esta não diferença estatisticamente relevante mas de menor importância investigativa. Assim a funcionalidade no tempo mais longo parece ser distinta no seu percurso (30-90 dias) com ganhos para os que prolongaram o internamento, já que não o é no resultado final, sendo neste estatisticamente significativo para ambos os grupos (par3: IB1 – IB4).



Sublinhamos, em síntese, que os doentes revelaram dificuldades significativas para o desempenho funcional medido pelo índice de Barthel, isto é, para o desempenho específico de 10 funções ou actividades básicas humanas de vida quotidiana. Tais dificuldades foram sendo menores ao longo do período sob avaliação, mas com heterogeneidade significativa, como foi evidenciado; esta variação decorreu e foi analisada em função de variáveis como o género, a idade dos doentes e o prolongamento de internamento. Também relacionámos a funcionalidade (IB) com a orientação clínica aquando da saída do hospital, confirmando-se que para as UCC foram orientados aqueles doentes que evidenciavam os mais reduzidos valores nesta escala.

Embora sejam estatisticamente significativos os ganhos de funcionalidade (Barthel) nos dois grupos (sem e com prolongamento) quando comparados relativamente à situação inicial e final

(par3), existe uma diferença no grupo 2 (com prolongamento), com ganhos estatisticamente significativos entre os 30 e os 90 dias, o que não ocorre no outro grupo (par6). Tal, dá ideia que os indivíduos do grupo 2 necessitam dessa extensão de tempo (prolongamento) para terem os mesmos ganhos de funcionalidade que os do grupo 1.

2.3 - CAPACIDADE E DESVANTAGEM: ESCALA DE RANKIN MODIFICADA

Ainda no âmbito da esfera funcional do ser humano e na perspectiva duma mais abrangente caracterização desta dimensão, foi utilizada a escala de Rankin Modificada (mRS), também já apresentada neste texto.

As avaliações foram efectuadas em 4 momentos após ocorrência do AVC (admissão; alta/saída; 30 e 90 dias), com uma 5ª avaliação/informação retrospectiva, direccionada à funcionalidade prévia ao actual evento. O próximo quadro e gráfico 6 resumem/ ilustram tais avaliações.

Quadro 40 - Sumário da avaliação via mRS (*Escala de Rankin Modificada*)

mRS		Prévio ao AVC	Admissão	Alta	30dias	90dias
n	Valid	110	110	109	109	107
	Missing	0	0	1	1	3
Mediana		0	3	2	2	1
Moda		0	4	1	1	1
Score na escala	Grau 0	≤ 2	1	3	11	19
	Grau 1		11	35	36	37
	Grau 2		23	26	24	23
	Grau 3		21	14	13	11
	Grau 4		42	25	19	12
	Grau 5		12	6	6	5

OBS: ♂ = 62 doentes; ♀ = 48 doentes

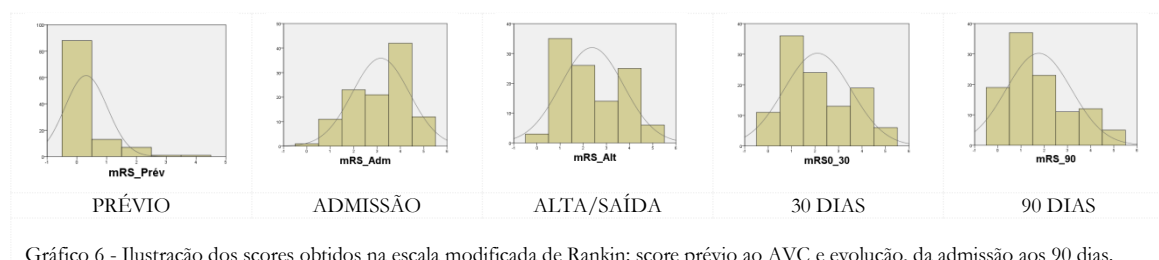


Gráfico 6 - Ilustração dos scores obtidos na escala modificada de Rankin: score prévio ao AVC e evolução, da admissão aos 90 dias.

Destacamos a transição de uma situação de normalidade para a situação problemática (cf. gráficos acima, de prévio a 90 dias), mas também (mais especificamente) a evolução funcional pós-AVC, expressa pelos scores (com números expressos no quadro) entre admissão e 90 dias.

Dum maior número de doentes com scores elevados na admissão (grau 5: incapacidade severa, confinado ao leito; grau 4: incapacidade moderadamente severa, incapacidade para caminhar), até

números (de doentes) ainda preocupantes (mas expectáveis), aos 3 meses (- incapacidade moderada, requerendo alguma ajuda/- incapacidade leve, mas com capacidade de cuidar de suas.../- nenhuma incapacidade significativa e com capacidade para desempenhar todas as actividades de vida diária), traduzindo, respectivamente, os graus 2, 1 e 0.

Considerada a variável prolongamento de internamento (t_2-t_1), verificamos que quase dois terços dos doentes (64,5%) tiveram saída “não retardada”, sem adiamento (*delay*), ou apenas com atraso considerado aceitável, integrando o grupo 1 (Gp1: <3 dias). A diferença de médias entre esses grupos é sempre significativa ($p<0,001$) nos momentos aqui considerados, excepto na análise retrospectiva, referente à funcionalidade prévia ao AVC, em que tal diferença estatística não se verificava ($\alpha=0,05$; $p=0,413$).

Quadro 41 - Grupos 1 e 2 [=] dias entre alta e saída efectiva: 1 <3d; 2 \geq 3d] e funcionalidade pela escala modificada de Rankin

mRS_ / grupos	n	\bar{X}	Sd.	Levene's		t-test			
				F	Sig.	t	df	Valor de p	
_prévio	1	71	0,27	0,736	0,946	0,333	-0,822	108	0,413
	2	39	0,38	0,673					
_admissão	1	71	2,77	1,111	2,544	0,114	-4,965	108	$\leq 0,001$
	2	39	3,87	1,105					
_alta/s	1	70	1,76	1,013	1,619	0,206	-8,023	107	$\leq 0,001$
	2	39	3,49	1,189					
_30	1	70	1,43	1,001	4,993	0,028	-7,822	63,408	$\leq 0,001$
	2	39	3,31	1,301					
_90	1	70	1,10	0,919	8,219	0,005	-7,910	54,863	$\leq 0,001$
	2	37	3,03	1,323					

Considerado o género dos doentes (quadro 42), verificamos valores médios sempre mais elevados no feminino, mesmo consideradas as leituras prévias ao AVC.

Quadro 42 - Género e médias na mRS

Género // mRS_	n	\bar{X}	Sd.
♂ [nv=62]	prévio	0,26	0,65
	admissão	2,87	1,31
	alta/s	2,18	1,33
	_30	1,89	1,40
	_90	1,66	1,46
♀ [nv=45]	prévio	0,37	0,79
	admissão	3,54	0,99
	alta/s	2,64	1,37
	_30	2,38	1,44
	_90	1,91	1,35

Legenda: nv = “n válido”

É percebida uma melhoria de funcionalidade desde a admissão até aos 90 dias, traduzida na objectiva e expectável diminuição dos scores. Tal como anteriormente, também agora (quadro seguinte), considerado o género, se verificam diferenças significativas entre os grupos (com

excepção da avaliação retrospectiva, para momento anterior ao AVC, em que $p > \alpha$ para ambos os géneros).

Quadro 43 - Género dos doentes, funcionalidade via mRS e grupos [= > dias entre alta e saída efectiva: 1 < 3d; 2 ≥ 3d]

Género // mRS_ // grupos		n	\bar{X}	Sd.	Levene's		t-test			
					F	Sig.	t	df	Valor de p	
♂	_prévio	1	45	0,16	0,562	9,516	0,003 ↓	-1,769	22,25	0,091
		2	17	0,53	0,800					
	_admissão	1	45	2,51	1,100	0,002	0,962 ↑	-3,903	60	≤0,001
		2	17	3,82	1,380					
	_alta/s	1	45	1,67	1,000	0,186	0,668	-6,324	60	≤0,001
		2	17	3,53	1,125					
	_30	1	45	1,33	0,977	4,124	0,047	-5,742	22,95	≤0,001
		2	17	3,35	1,320					
	_90	1	45	1,07	1,009	3,608	0,062	-6,961	60	≤0,001
		2	17	3,24	1,300					
♀	_prévio	1	26	0,46	0,948	2,683	0,108	0,823	46	0,415
		2	22	0,27	0,550					
	_admissão	1	26	3,23	0,992	2,464	0,123	-2,498	46	0,016
		2	22	3,91	0,868					
	_alta/s	1	25	1,92	1,038	1,708	0,198	-4,573	45	≤0,001
		2	22	3,45	1,262					
	_30	1	25	1,60	1,041	1,151	0,289	-4,861	45	≤0,001
		2	22	3,27	1,316					
	_90	1	25	1,16	0,746	6,989	0,011	-5,023	28,11	≤0,001
		2	20	2,85	1,348					

Legenda: (Levene's: Sig < 0,05 => ↓:Equal variances not assumed)

A título de informação acessória, dizemos que os itens avaliados por esta escala, nos diversos momentos, correlacionam-se bem com os obtidos nas restantes escalas e/ou em momentos diferentes, nomeadamente nas que mais directamente indicam esferas funcionais, como o índice de Barthel (IB) e as somas de scores obtidos (Qt) na escala de qualidade de vida utilizada, nos momentos indicados em índice (alta/saída; 30d; 90d). O quadro 44 reúne esses resultados, consolidando e mostrando coerência e validade convergente das avaliações efectuadas.

Quadro 44 - Correlações entre a escala de Rankin (nos ≠ momentos) e outras medidas de funcionalidade e qualidade de vida utilizadas.

mRS_		_adm	_alta/s	_30	_90	Qt1	Qt3	Qt4	IB1	IB2	IB3	IB4
_adm	Pearson Corr	1	0,648**	0,655**	0,614**	0,652**	0,643**	0,639**	-0,749**	-0,620**	-0,575**	-0,474**
	Sig. (2-tail)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	110	109	109	107	101	101	101	110	110	109	107
_alta/s	Pearson Corr	0,648**	1	0,921**	0,866**	0,829**	0,784**	0,777**	-0,729**	-0,855**	-0,795**	-0,712**
	Sig. (2-tail)	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	109	109	109	107	101	101	101	109	109	109	107
_30	Pearson Corr	0,655**	0,921**	1	0,943**	0,852**	0,867**	0,856**	-0,775**	-0,880**	-0,863**	-0,784**
	Sig. (2-tail)	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	109	109	109	107	101	101	101	109	109	109	107
_90	Pearson Corr	0,614**	0,866**	0,943**	1	0,804**	0,856**	0,882**	-0,753**	-0,864**	-0,868**	-0,856**
	Sig. (2-tail)	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	107	107	107	107	101	101	101	107	107	107	107

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed); Qt = QdVt = somas de scores obtidos na escala de QV



Em síntese, reforçando os dados apresentados e que decorrem da análise aos scores obtidos na escala modificada de Rankin, constatámos as expectáveis dificuldades destes doentes para um desempenho funcional normal.

Todos os doentes eram independentes (ou manifestavam, apenas, discretas dificuldades) antes do AVC (estado prévio ao evento), tendo progredido ao longo dos 3 meses subsequentes, no sentido de menores dificuldades; tal está patente no 1º quadro e nos gráficos apresentados neste subcapítulo.

Como no subcapítulo anterior, estudámos esta variável em relação com outras, nomeadamente o prolongamento de internamento e o género, mas também a sua convergência com outras dimensões avaliadas sendo que, naturalmente, não há diferenças entre os grupos (Gp1; Gp2), para o total e por género, quanto aos scores prévios e existem sempre diferenças estatisticamente significativas, no total e por géneros, nas avaliações posteriores à ocorrência de AVC.

2.4 - AS MANIFESTAÇÕES PSICO-EMOCIONAIS: ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR

As manifestações de natureza emocional e psicológica, por vezes mesmo de natureza psicopatológica, são inquestionáveis na vivência da doença. Analisámos a pontuação obtida na escala de ansiedade e depressão hospitalar (EADH), já introduzida e explicada antes, verificando que as médias para as duas subescalas integrantes (ansiedade e depressão) se distribuem entre 5,51 e 7,73 (com desvio padrão médio de 3,63); isto considerando todos os momentos (mm) de avaliação definidos e concretizados.

Quadro 45 - EADH (ANS & DEP) no grupo

Subescalas/mm	n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.	Subescalas/mm	n	\bar{X}
EADH2- ANS	88	2	15	6,83	3,174	EADH2- ANS	88	6,83
EADH2- DEP	88	0	21	7,73	4,171	EADH3- ANS	87	6,18
EADH3- ANS	87	0	13	6,18	3,021	EADH4- ANS	85	5,51
EADH3- DEP	87	0	21	7,22	4,491	EADH2- DEP	88	7,73
EADH4- ANS	85	1	11	5,51	2,910	EADH3- DEP	87	7,22
EADH4- DEP	85	0	18	5,61	4,006	EADH4- DEP	85	5,61
Valid N = 84								

Legenda: EADH2= Av. na alta/saída; EADH3= Av. aos 30 dias; EADH4= Av. aos 90 dias

Como verificamos, os scores da ansiedade decrescem de 6,83 para 5,51 e os scores da depressão decrescem de 7,73 para 5,61 – no decurso dos primeiros 3 meses pós AVC – apresentando esta subescala os valores médios mais elevados.

Efectuado um teste para medidas emparelhadas, considerando as duas subescalas e os diferentes momentos de avaliação (quadro 46), temos os resultados seguintes a confirmar, genericamente, significância estatística (excepto no par4, relativo à subescala depressão).

Quadro 46 - EADH (ANS & DEP) no grupo, tratamento emparelhado

EADH emparelhado		n	\bar{X}	Sd.	t	df	Valor de p
Par 1	EADH2- ANS ♦ EADH3- ANS	87	0,64	2,124	2,827	86	0,006
Par 2	EADH2- ANS ♦ EADH4- ANS	85	1,29	2,781	4,290	84	≤0,001
Par 3	EADH3- ANS ♦ EADH4- ANS	84	0,58	2,146	2,491	83	0,015
Par 4	EADH2- DEP ♦ EADH3- DEP	87	0,49	2,795	1,650	86	0,103
Par 5	EADH2- DEP ♦ EADH4- DEP	85	1,99	3,414	5,369	84	≤0,001
Par 6	EADH3- DEP ♦ EADH4- DEP	84	1,43	2,466	5,310	83	≤0,001

Legenda: EADH2= Av. na alta/saída; EADH3= Av. aos 30 dias; EADH4= Av. aos 90 dias

Considerado o género, verificamos significância estatística na diferença de médias obtidas para as diferentes leituras (momentos), traduzindo uma abordagem longitudinal, exceptuando para o par4, subescala depressão (já apresentada no quadro anterior, todo o grupo, e confirmada em ambos os géneros, quadro seguinte) e, na subescala ansiedade, no género feminino (par1: alta/ saída – 30d) ou género masculino (par3: 30d-90d).

Quadro 47 - EADH (ANS & DEP) no grupo, tratamento emparelhado, por género

GÉN	EADH emparelhado, momentos ≠		n	\bar{X}	Sd.	t	df	Valor de p
♂	Par 1	EADH2- ANS ♦ EADH3- ANS	53	0,64	2,030	2,301	52	0,025
	Par 2	EADH2- ANS ♦ EADH4- ANS	53	0,89	2,743	2,353	52	0,022
	Par 3	EADH3- ANS ♦ EADH4- ANS	53	0,25	2,139	0,835	52	0,408
	Par 4	EADH2- DEP ♦ EADH3- DEP	53	0,51	2,722	1,363	52	0,179
	Par 5	EADH2- DEP ♦ EADH4- DEP	53	1,53	3,484	3,193	52	0,002
	Par 6	EADH3- DEP ♦ EADH4- DEP	53	1,02	2,469	3,004	52	0,004
♀	Par 1	EADH2- ANS ♦ EADH3- ANS	34	0,65	2,295	1,644	33	0,110
	Par 2	EADH2- ANS ♦ EADH4- ANS	32	1,97	2,753	4,045	31	≤0,001
	Par 3	EADH3- ANS ♦ EADH4- ANS	31	1,16	2,067	3,128	30	0,004
	Par 4	EADH2- DEP ♦ EADH3- DEP	34	0,47	2,946	0,931	33	0,358
	Par 5	EADH2- DEP ♦ EADH4- DEP	32	2,75	3,203	4,857	31	≤0,001
	Par 6	EADH3- DEP ♦ EADH4- DEP	31	2,13	2,334	5,078	30	≤0,001

Legenda: EADH2= Av. na alta/saída; EADH3= Av. aos 30 dias; EADH4= Av. aos 90 dias

Considerado o prolongamento de internamento (traduzido no incremento ou excesso de tempo t_2-t_1) assim como o género dos doentes, temos os resultados apresentados no quadro seguinte:

Quadro 48 - EADH (ANS & DEP), por grupos (Gp1 e Gp2) e por género.

t ₂ -t ₂	EADH	n	\bar{X}	Sd.	Género	EADH	n	\bar{X}	Sd.
Gp1 <3d [Valid N = 64]	EADH2- ANS	66	6,73	3,116	♂ [Valid N = 53]	EADH2- ANS	53	6,00	2,915
	EADH3- ANS	65	5,78	2,741		EADH3- ANS	53	5,36	3,032
	EADH4- ANS	65	5,08	2,852		EADH4- ANS	53	5,11	2,907
	EADH2- DEP	66	6,73	3,363		EADH2- DEP	53	7,00	4,256
	EADH3- DEP	65	5,85	3,589		EADH3- DEP	53	6,49	4,697
	EADH4- DEP	65	4,65	3,425		EADH4- DEP	53	5,47	4,436
Gp2 ≥ 3d [Valid N = 20]	EADH2- ANS	22	7,14	3,399	♀ [Valid N = 31]	EADH2- ANS	35	8,09	3,175
	EADH3- ANS	22	7,36	3,540		EADH3- ANS	34	7,47	2,549
	EADH4- ANS	20	6,90	2,713		EADH4- ANS	32	6,16	2,841
	EADH2- DEP	22	10,73	4,949		EADH2- DEP	35	8,83	3,839
	EADH3- DEP	22	11,27	4,506		EADH3- DEP	34	8,35	3,953
	EADH4- DEP	20	8,75	4,229		EADH4- DEP	32	5,84	3,224

Legenda: EADH2= Av. na alta/saída; EADH3= Av. aos 30 dias; EADH4= Av. aos 90 dias

Numa leitura directa e comparando os grupos envolvidos, temos valores médios mais elevados no Gp2 do que no Gp1, nomeadamente atendendo à análise e comparação das subescalas a que se referem. Quanto ao género, e nas mesmas condições de avaliação, os homens revelam menores scores nas escalas, logo menores manifestações psico-emocionais (psicopatológicas), do que as mulheres.

Num teste para medidas emparelhadas considerando os diferentes momentos de avaliação e constituindo os respectivos pares de análise (ver próximo quadro), temos os resultados que confirmam, genericamente, significância estatística para o grupo 1, o mesmo não se verificando nos doentes que integravam o grupo 2.

Quadro 49 - EADH (ANS & DEP) em tratamento estatístico emparelhado, por grupo

<i>Prolong</i> ^a . t ₂ -t ₂	EADH emparelhado		n	\bar{X}	Sd.	t	df	Valor de p
Gp1 <3d	Par 1	EADH2- ANS ♦ EADH3- ANS	65	0,94	2,150	3,520	64	0,001
	Par 2	EADH2- ANS ♦ EADH4- ANS	65	1,71	2,882	4,778	64	≤0,001
	Par 3	EADH3- ANS ♦ EADH4- ANS	64	0,67	2,190	2,455	63	0,017
	Par 4	EADH2- DEP ♦ EADH3- DEP	65	0,85	2,717	2,511	64	0,015
	Par 5	EADH2- DEP ♦ EADH4- DEP	65	2,12	3,252	5,263	64	≤0,001
	Par 6	EADH3- DEP ♦ EADH4- DEP	64	1,23	2,061	4,792	63	≤0,001
Gp2 ≥ 3d	Par 1	EADH2- ANS ♦ EADH3- ANS	22	-0,23	1,824	-0,584	21	0,565
	Par 2	EADH2- ANS ♦ EADH4- ANS	20	-0,05	1,932	-0,116	19	0,909
	Par 3	EADH3- ANS ♦ EADH4- ANS	20	0,30	2,029	0,661	19	0,516
	Par 4	EADH2- DEP ♦ EADH3- DEP	22	-0,55	2,824	-0,906	21	0,375
	Par 5	EADH2- DEP ♦ EADH4- DEP	20	1,55	3,953	1,753	19	0,096
	Par 6	EADH3- DEP ♦ EADH4- DEP	20	2,05	3,456	2,653	19	0,016

Legenda: EADH2= Av. na alta/saída; EADH3= Av. aos 30 dias; EADH4= Av. aos 90 dias

Considerada a orientação clínica à saída do hospital (o encaminhamento pós-hospitalar), e a sua relação com as manifestações psicopatológicas de ansiedade e depressão, temos os elementos reunidos no quadro seguinte:

Quadro 50 - EADH e orientação clínica na alta/ saída

ORIENT_CLINICA_SAÍDA		n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.
DOMICILIO [Valid N = 73]	EADH2- ANS	75	2	14	6,40	3,018
	EADH3- ANS	74	0	11	5,70	2,832
	EADH4- ANS	74	1	11	5,20	2,784
	EADH2- DEP	75	0	15	6,80	3,345
	EADH3- DEP	74	0	14	6,11	3,447
	EADH4- DEP	74	0	14	4,95	3,339
UCC – U. CUIDADOS CONTINUADOS [Valid N = 8]	EADH2- ANS	8	5	15	9,13	3,357
	EADH3- ANS	8	6	13	8,75	2,435
	EADH4- ANS	8	4	11	7,88	2,850
	EADH2- DEP	8	8	21	13,37	4,955
	EADH3- DEP	8	8	21	13,00	4,781
	EADH4- DEP	8	3	18	10,38	5,805
OUTRA SITUAÇÃO [Valid N = 3]	EADH2- ANS	5	7	13	9,60	2,702
	EADH3- ANS	5	6	13	9,20	3,271
	EADH4- ANS	3	3	11	6,67	4,041
	EADH2- DEP	5	9	19	12,60	4,336
	EADH3- DEP	5	7	19	14,40	4,775
	EADH4- DEP	3	4	12	9,33	4,619

Legenda: EADH2= Av. na alta/saída; EADH3= Av. aos 30 dias; EADH4= Av. aos 90 dias

Com valores amostrais muito baixos (particularmente nas saídas para ucc ou outra situação), qualquer comparação de médias (e desvio padrão) é frágil; assim, refira-se que a média dos valores médios foi, para domicílio (ansiedade: 5,77; depressão: 5,95) muito próxima da verificada para os doentes integrantes do grupo 1 (ansiedade: 5,86; depressão: 5,74), sendo apenas ligeiramente inferior à verificada para o total amostral (ansiedade: 6,17; depressão: 6,85).

Se considerarmos apenas os pontos de avaliação mais afastados no tempo, relativos às subescalas de ansiedade e depressão e retomarmos a variável prolongamento de internamento (excesso de tempo entre t_2-t_2), obtemos os seguintes resultados:

Quadro 51 - EADH (ANS & DEP) no grupo; tratamento emparelhado, momentos de avaliação mais afastados

<i>Prolong^o</i> t_2-t_2	EADH emparelhado		n	\bar{X}	Sd.	t	df	Valor de p
Gp1 <3d	Par 1	EADH2- ANS ♦ EADH4- ANS	65	1,71	2,882	4,778	64	≤0,001
	Par 2	EADH2- DEP ♦ EADH4- DEP	65	2,12	3,252	5,263	64	≤0,001
Gp2 ≥ 3d	Par 1	EADH2- ANS ♦ EADH4- ANS	20	-0,05	1,932	-0,116	19	0,909
	Par 2	EADH2- DEP ♦ EADH4- DEP	20	1,55	3,953	1,753	19	0,096

EADH2= Av. na alta/saída; EADH4= Av. aos 90 dias

Verificamos que no grupo 1 há significância estatística considerada a diferença de médias nesses dois momentos, ambas as subescalas ($p \leq 0,001$), ao contrário do que se verifica no outro grupo, mesmas subescalas, com valores de $p=0,909$ e $p=0,096$, não significativo. Considerando o factor género nesta mesma análise, resulta o quadro seguinte:

Quadro 52 - EADH (ANS & DEP) no grupo; tratamento emparelhado, momentos de avaliação mais afastados, nos grupos e por género

<i>Pro^o</i> t ₂ -t ₂	Género	EADH emparelhado		n	\bar{X}	Sd.	t	df	Valor de p
Gp1 <3d	♂	Par 1	EADH2- ANS ♦ EADH4- ANS	42	1,10	2,844	2,496	41	0,017
		Par 2	EADH2- DEP ♦ EADH4- DEP	42	1,52	3,255	3,034	41	0,004
	♀	Par 1	EADH2- ANS ♦ EADH4- ANS	23	2,83	2,657	5,101	22	≤0,001
		Par 2	EADH2- DEP ♦ EADH4- DEP	23	3,22	3,014	5,119	22	≤0,001
Gp2 ≥ 3d	♂	Par 1	EADH2- ANS ♦ EADH4- ANS	11	0,09	2,256	0,134	10	0,896
		Par 2	EADH2- DEP ♦ EADH4- DEP	11	1,55	4,435	1,156	10	0,275
	♀	Par 1	EADH2- ANS ♦ EADH4- ANS	9	-0,22	1,563	-0,426	8	0,681
		Par 2	EADH2- DEP ♦ EADH4- DEP	9	1,56	3,539	1,318	8	0,224

EADH2= Av. na alta/saída; EADH4= Av. aos 90 dias

Globalmente retira-se a mesma conclusão; no Gp1 há significância estatística para ambas as subescalas ($p \leq 0,05$) – independentemente do género – contrariamente ao que se verifica no Gp2.

☐

Abordámos as manifestações de natureza emocional e psicológica atendendo às classificações obtidas, pelos doentes, na EADH. As médias nas duas subescalas distribuíram-se, para todo o grupo, entre 5,51-6,83 e 5,61-7,73 (respectivamente ansiedade e depressão). Não existindo avaliação prévia ao AVC, consideramos estes valores decorrentes desse evento, embora possam acontecer aspectos fora desta nossa presunção. Como nos subcapítulos anteriores, estudámos esta variável considerando todo o grupo e relacionando-a com o género, o prolongamento de internamento (Gp1; Gp2) e a orientação clínica aquando da saída do hospital. Naturalmente, considerando os diferentes momentos de avaliação impostos pelo protocolo de trabalho.

Detectámos diferenças de médias estatisticamente significativas nas leituras emparelhadas (par1 a par6), com excepções identificadas na subescala depressão (par 4: em todo o grupo e no desdobramento por géneros) e na subescala ansiedade (par 3, ♂ - entre 30 e 90 dias; par 1, ♀ - entre alta/saída e 30 dias).

Consideradas apenas as avaliações mais afastadas no tempo, em análise cruzada com a variável prolongamento de internamento (Gp1; Gp2), verificamos significância estatística na diferença de médias do Gp1 mas não do Gp2, com médias idênticas, sendo isto válido quer na subescala ansiedade (par1) quer na subescala depressão (par2). O género dos doentes não altera estes dados, considerado esse prolongamento de internamento (Gp1; Gp2).

2.5 - DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

Focamo-nos agora nas várias vertentes integrantes da escala já apresentada (cf. metodologia), as quais remetem para a dimensão qualidade de vida/ estado de saúde, central neste estudo e que poderá ser uma das mais difíceis de traduzir por quadros e gráficos, dada a sua natureza multifactorial, subjectiva, pessoal, cultural e contextual.

Como já referimos neste trabalho, «aproveitámos e trabalhámos particularmente com as 5 dimensões ou indicadores que integram a vertente descritiva» da escala, isto é, efectuámos a análise do questionário EQ5D3L (ou questionário de saúde) na convicção de que cada uma dessas dimensões representava uma esfera importante no âmbito do conceito de qualidade de vida. Considerámo-las na perspectiva do seu valor intrínseco, individual, mas também atendendo à sua evolução ao longo do período de tempo em análise.

Perguntámos aos doentes, por vezes também em sintonia com os seus familiares, “qual das afirmações melhor descrevia o seu estado de saúde”, solicitando que cotassem ou atribuíssem um dos níveis possíveis, obtendo os resultados do quadro seguinte:

Quadro 53 - Dimensões da escala EQ5D3L em abordagem longitudinal e temporal

MOMENTOS DE AVALIAÇÃO =>		~ALTA ("momento A")			~30 DIAS ("momento 3")			~90 DIAS ("momento 4")		
DIMENSÕES (média e freq)	NIVEL =>	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Mobilidade [Mob]	\bar{X}	1,69			1,60			1,51		
	f	51	36	18	57	32	15	63	27	13
Cuidados pessoais [Cuidpess]	\bar{X}	1,66			1,57			1,51		
	f	60	21	24	63	23	18	65	23	15
Actividades habituais [Acthab]	\bar{X}	1,99			1,98			1,82		
	f	32	42	31	30	46	28	39	42	22
Dor/mal-estar [Dor]	\bar{X}	1,35			1,49			1,53		
	f	69	35	1	54	49	1	50	51	2
Ansiedade/depressão [Ansdep]	\bar{X}	1,72			1,62			1,56		
	f	38	64	2	44	56	4	47	53	2

Legenda: 1 - sem problemas; 2 - com alguns problemas; 3 - com extrema dificuldade/ problemas/ impossível

Os valores médios mais elevados (e frequências absolutas registadas) decorrem da escolha de níveis mais elevados nas diversas afirmações colocadas, níveis menos favoráveis, indicando uma pior percepção do estado de saúde. Encontramos diferenças significativas em algumas das dimensões, quando efectuada uma análise dessas em função dos diferentes momentos de avaliação (pós-AVC) a que a informação se refere (pela alta, pelos 30 dias e pelos 90 dias)

O quadro anterior e gráfico seguinte ilustram uma suave evolução neste curto período de tempo (inferior a 3 meses, de forma geral), com diminuição dos valores médios (melhorial), excepto para a dimensão dor/mal-estar (dor).

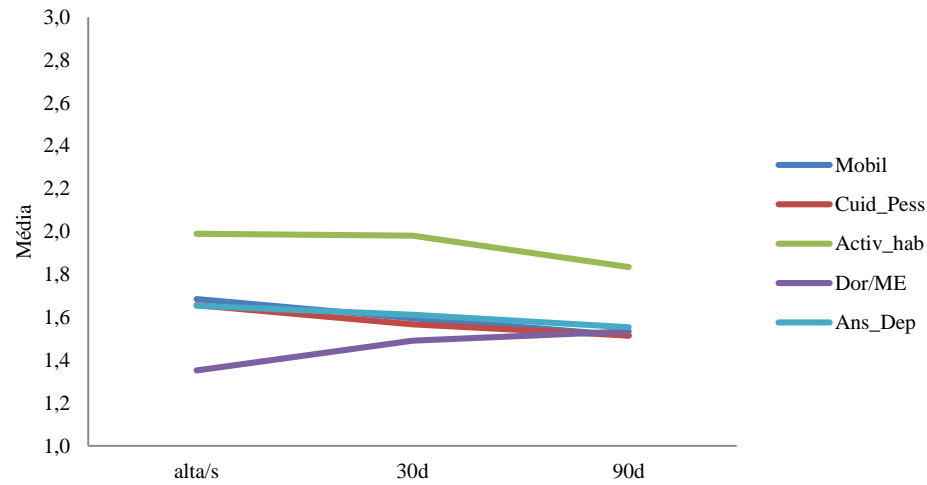


Gráfico 7 - Dimensões EQ5d3L

Como dito acima, encontramos diferenças significativas em algumas das dimensões. O quadro seguinte sintetiza essa informação. Em relação à dimensão mobilidade, verifica-se significância estatística quando se relaciona o momento de saída e os 30 dias ($p=0,019$) e, particularmente, entre a saída e o momento mais distante, aos 90 dias ($p=0,003$).

Quadro 54 - Dimensões da EQ5D3L e momentos de avaliação considerados

Dimensões da escala	t	df	Valor de p
Mob - Mob3	2,375	103	0,019
Mob3 - Mob4	1,969	101	0,052
Mob - Mob4	3,037	101	0,003
Cuidpess - Cuidpess3	1,909	103	0,059
Cuidpess3 - Cuidpess4	1,421	101	0,158
Cuidpess - Cuidpess4	2,408	101	0,018
Acthab - Acthab3	0,000	103	1,000
Acthab3 - Acthab4	3,474	101	0,001
Acthab - Acthab4	2,386	101	0,019
Dor - Dor3	-2,837	103	0,005
Dor3 - Dor4	-1,043	101	0,299
Dor - Dor4	-2,875	101	0,005
Ansdep - Ansdep3	1,310	103	0,193
Ansdep3 - Ansdep4	0,928	100	0,356
Ansdep - Ansdep4	1,412	100	0,161

Legenda: Mob = dimensão mobilidade, no momento da alta/saída; Mob3 = dimensão..., aos 30 dias pós-AVC; Mob4 = dimensão..., pelos 90 dias pós-AVC (...)

Na dimensão cuidados pessoais, apenas há significância estatística quando se relaciona o momento de saída e os 90 dias ($p=0,018$). Na dimensão actividades habituais, verifica-se significância estatística na evolução entre os 30 e 90 dias ($p=0,001$) assim como entre a saída e os mesmos 90 dias ($p=0,019$).

A dimensão dor (dor/mal-estar) é estatisticamente significativa quando observada entre a altura da saída (alta) hospitalar e os 30 ou 90 dias pós-AVC, com $p=0,005$ nas duas circunstâncias. Por último considera-se a dimensão ansiedade/depressão, não se obtendo qualquer significância estatística, independentemente dos momentos considerados.

Observando o comportamento estatístico face ao género (quadro seguinte), com particular atenção à avaliação nos momentos mais afastados (com maior distanciamento temporal entre as leituras: alta/saída vs. 90 dias), verificamos alguns cambiantes na significância estatística detectada.

-- Para o género masculino, verifica-se tal nas dimensões mobilidade e dor (dor/mal-estar), respectivamente $p=0,007$ e $p=0,003$. Clinicamente falando, poderemos dizer que na dimensão mobilidade constata-se uma evolução para melhor e, na dimensão dor/mal-estar, uma evolução para pior.

-- Para o género feminino, verifica-se tal nas dimensões cuidados pessoais e actividades habituais (com $p=0,044$ e $p=0,031$). Clinicamente falando, sempre no sentido da melhoria de estado de saúde/ qualidade de vida.

Isto traduz, para todo o grupo amostral (quadro anterior), que a dimensão dor (dor/mal-estar) reflecte diferenças estatisticamente significativas entre o momento da alta/saída e os 30 e 90 dias pós-AVC, mas quando considerado o género (quadro 55), apenas o masculino mantém essa significância estatística nesta dimensão.

Quadro 55 - Género, dimensões da EQ5D3L e momentos de avaliação temporalmente mais distantes

Sexo		t	df	Valor de p
♂	Mob - Mob4	2,821	58	0,007
	Cuidpess - Cuidpess4	1,272	58	0,209
	Acthab - Acthab4	1,070	58	0,289
	Dor - Dor4	-3,089	58	0,003
	Ansdep - Ansdep4	0,000	57	1,000
♀	Mob - Mob4	1,402	42	0,168
	Cuidpess - Cuidpess4	2,075	42	0,044
	Acthab - Acthab4	2,228	42	0,031
	Dor - Dor4	-0,771	42	0,445
	Ansdep - Ansdep4	1,936	42	0,060

Legenda: Acthab = na alta/saída; Acthab4 = aos 90 dias pós-AVC (...)

As diferenças são significativas para os ganhos de mobilidade, nos homens, não o sendo para as mulheres e, por outro lado, no género feminino, encontramos ganhos significativos na dimensão dos cuidados pessoais e das actividades habituais, deixando perceber uns homens mais queixosos e piegas.

Numa outra abordagem a estas dimensões (próximo quadro) e sempre na perspectiva de melhor perceber os aspectos relativos à percepção do próprio estado de saúde por parte destes doentes, considerámos e agrupámos os scores referidos numa variável dicotómica, o não ter problemas (1: sem problemas) ou ter problemas (2: com alguns + com muitos problemas) relativamente a cada dimensão.

Quadro 56 - Dimensões da EQ5D3L em leitura agrupadas

Dimensões [agrup] ... e níveis definidos		~ALTA		~30 DIAS		~90 DIAS	
		f	%	f	%	f	%
Mobilidade	1	50	45,5	57	51,8	63	57,3
	2	54	49,1	47	42,7	40	36,4
Cuidados pessoais	1	60	54,5	63	57,3	65	59,1
	2	45	40,9	41	37,3	38	34,5
Actividades habituais	1	32	29,1	30	27,3	39	35,5
	2	73	66,4	74	67,3	64	58,2
Dor/mal-estar	1	69	62,7	54	49,1	50	45,5
	2	36	32,7	50	45,5	53	48,2
Ansiedade/depressão	1	38	34,5	44	40,0	47	42,7
	2	66	60,0	59	53,6	54	49,1

Legenda: 1 = sem problemas; 2 = com alguns + com muitos problemas

Exceptuando a dimensão dor/mal-estar, todas as outras reflectem uma evolução em sentido positivo (ver gráfico seguinte), isto é, havendo deslocação de testemunhos dum nível 2 (reunindo os doentes com alguns e com muitos problemas) para o nível 1 (doentes que dizem não ter/ sem problemas).

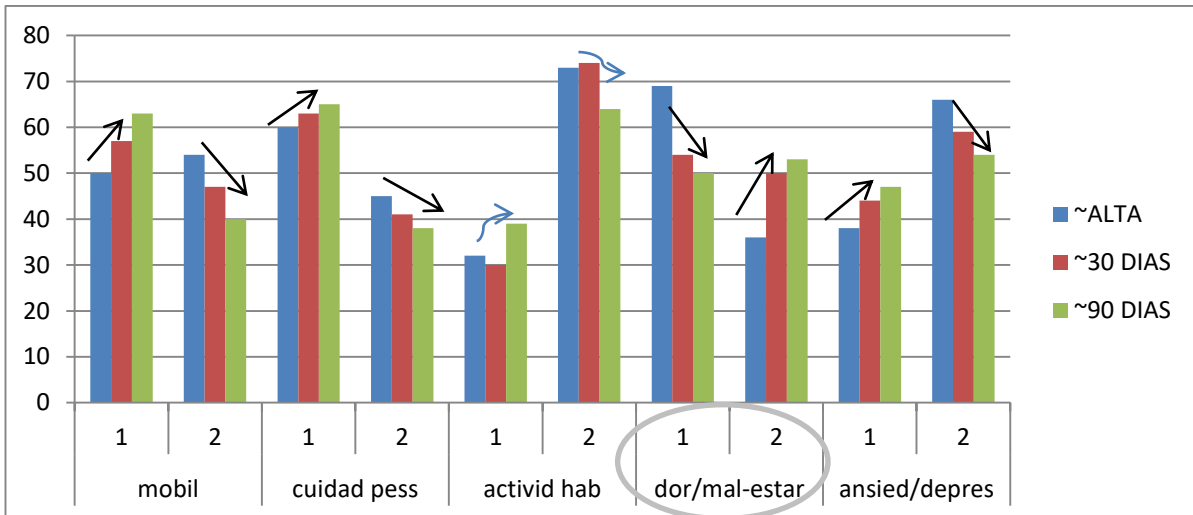


Gráfico 8 - Dimensões em estudo e a evolução percebida entre a alta e os 90 dias pós-AVC, dado o agrupamento dicotómico *não ter problemas* (1) ou *ter problemas* (2) = alguns...; muitos...

Através duma soma dos scores destas 5 dimensões, integrantes do questionário de saúde e cotadas com valores entre 1 e 3 pontos cada (logo com valor mínimo de 5 e valor máximo 15), obtemos dados que podem reflectir, de algum modo, o efeito temporal sobre a percepção que os doentes têm do seu estado de saúde. Verificamos que há uma discreta descida entre o momento de alta/saída (QUATOTAL1: $\bar{X} = 8,19$) e os 90 dias pós AVC (QUATOTAL4: $\bar{X} = 7,86$); reflecte a melhor percepção global de saúde, decorrente directamente da recuperação progressiva (efeito longitudinal) das dificuldades instaladas, aquando do AVC.

Quadro 57 - Soma de scores do questionário de saúde integrante da escala EQ5D3L

	n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.
QUATOTAL1	101	5	13	8,19	2,693
QUATOTAL3	101	5	15	8,11	2,630
QUATOTAL4	101	5	14	7,86	2,506

Legenda: QUATOTAL1 (Q1): na alta/saída; QUATOTAL3 (Q3): aos 30 dias; QUATOTAL4 (Q4): aos 90 dias

Efectuada uma análise emparelhada destes diferentes momentos de avaliação (quadro 58), o total da amostra reflecte essa mesma realidade, verificando-se significância estatística na análise do par3 (momentos 3 e 4: $t=2,227$; $p=0,028$) mas o mesmo não se verificando entre os outros momentos analisados.

Quadro 58 - Análise emparelhada, reflectindo o decurso do tempo pós-AVC

		\bar{X}	Sd.	t	df	Valor de p
Par 1	Q1 - Q3	0,079	1,324	0,601	100	0,549
Par 2	Q1 - Q4	0,327	1,680	1,955	100	0,053
Par 3	Q3 - Q4	0,248	1,117	2,227	100	0,028

Legenda: QUATOTAL1 (Q1): na alta/saída; QUATOTAL3 (Q3): aos 30 dias; QUATOTAL4 (Q4): aos 90 dias

Quando analisado na perspectiva das diferenças de género, apenas no feminino se verifica significância estatística, quer considerados os momentos temporais mais afastados (par2; $p=0,020$) ou o período entre os 30 e 90 dias pós-AVC (par3; $p=0,001$).

Quadro 59 - Género e somas dos scores do questionário de saúde (EQ5D3L)

		n	\bar{X}	Sd.							
QUATOTAL1	♂	58	7,69	2,716	♂	Par 1	Q1 - Q3	0,832	57	0,409	
	♀	43	8,86	2,541		Par 2	Q1 - Q4	0,346	57	0,731	
QUATOTAL3	♂	58	7,55	2,597		Par 3	Q3 - Q4	-0,551	57	0,584	
	♀	43	8,86	2,513		♀	Par 1	Q1 - Q3	0,000	42	1,000
QUATOTAL4	♂	58	7,62	2,608			Par 2	Q1 - Q4	2,410	42	0,020
	♀	43	8,19	2,353			Par 3	Q3 - Q4	3,717	42	0,001

Legenda: QUATOTAL1 (Q1): na alta/saída; QUATOTAL3 (Q3): aos 30 dias; QUATOTAL4 (Q4): aos 90 dias

Continuando a análise dos elementos, verificámos se tal percepção de estado de saúde (qualidade de vida) era modificada pela idade dos doentes. Dadas as classes de idades, constatamos que as médias (\bar{x}) são muito próximas em cada classe e entre as 3 classes consideradas, não se verificando qualquer significância estatística no processamento estatístico (diferenças de médias) efectuado (quadro 60).

Quadro 60 - Idades agrupadas e qualidade de vida (EQ5D3L)

Idades agrupadas (anos)			t	df	Valor de p
Classe 1:]... - 50]; [n=9]	Par 1	Q1 - Q3	1,512	8	0,169
	Par 2	Q1 - Q4	2,268	8	0,053
	Par 3	Q3 - Q4	1,644	8	0,139
Classe 2: [51 - 75]; [n=55]	Par 1	Q1 - Q3	1,040	54	0,303
	Par 2	Q1 - Q4	1,363	54	0,179
	Par 3	Q3 - Q4	0,772	54	0,444
Classe 3: [76 +]; [n=37]	Par 1	Q1 - Q3	-0,513	36	0,611
	Par 2	Q1 - Q4	0,738	36	0,465
	Par 3	Q3 - Q4	1,867	36	0,070

Legenda: QUATOTAL1 (Q1): na alta/saída; QUATOTAL3 (Q3): aos 30 dias; QUATOTAL4 (Q4): aos 90 dias

Se em cada classe de idades analisarmos as diferenças entre géneros, constatamos uma ligeira diferença em relação ao verificado no quadro anterior; a classe 1, com “n” demasiado baixo, apresenta dificuldades acrescidas pelo facto de aí estarem representados apenas 6 homens e 3 mulheres. Contudo, nas classes de idades 2 e 3 verifica-se significância estatística, apenas pontual, e para o género feminino.

Quadro 61 - Idades agrupadas, género e qualidade de vida (EQ5D3L)

Idades agrupadas (anos)	SEXO e QUATOTAL		\bar{X}	t	df	Valor de p	
Classe 1]... - 50] [n=9]	♂	Par 1	Q1 - Q3	0,667	2,000	5	0,102
		Par 2	Q1 - Q4	1,000	1,581	5	0,175
		Par 3	Q3 - Q4	0,333	0,791	5	0,465
	♀	Par 1	Q1 - Q3	0,000	0,000	2	1,000
		Par 2	Q1 - Q4	1,000	1,732	2	0,225
		Par 3	Q3 - Q4	1,000	1,732	2	0,225
Classe 2 [51 - 75] [n=55]	♂	Par 1	Q1 - Q3	0,118	0,572	33	0,571
		Par 2	Q1 - Q4	-0,059	-0,268	33	0,790
		Par 3	Q3 - Q4	-0,176	-1,184	33	0,245
	♀	Par 1	Q1 - Q3	0,238	0,960	20	0,348
		Par 2	Q1 - Q4	0,810	2,232	20	0,037
		Par 3	Q3 - Q4	0,571	2,248	20	0,036
Classe 3 [76 +] [n=37]	♂	Par 1	Q1 - Q3	0,000	0,000	17	1,000
		Par 2	Q1 - Q4	0,000	0,000	17	1,000
		Par 3	Q3 - Q4	0,000	0,000	17	1,000
	♀	Par 1	Q1 - Q3	-0,263	-0,664	18	0,515
		Par 2	Q1 - Q4	0,474	0,963	18	0,348
		Par 3	Q3 - Q4	0,737	2,501	18	0,022

Legenda: QUATOTAL1 (Q1): na alta/saída; QUATOTAL3 (Q3): aos 30 dias; QUATOTAL4 (Q4): aos 90 dias

Como já fizemos antes, verificámos a percepção dos doentes quanto ao próprio estado de saúde, também em função do prolongamento do internamento (tempo t_2-t_1).

É estatisticamente significativa, nos 3 momentos de avaliação, as diferenças das médias verificadas entre os dois grupos, conforme dados seguintes. As médias do grupo 2 são sempre superiores às do grupo 1, com $p < 0,001$.

Quadro 62 - Grupos 1 e 2 [1 < 3d; 2 ≥ 3d] e qualidade de vida (EQ5D3L) avaliada na alta/ saída, pelos 30 e 90 dias.

Percepção /// grupos 1 e 2	Descritiva				Levene's		t - student	
	n	\bar{X}	Sd.	F	Sig.	t	p	
QUATOTAL1	1	69	7,29	1,986	10,378	0,002	-4,856	≤0,001
	2	32	10,13	3,013				
QUATOTAL3	1	69	7,09	1,923	7,009	0,009	-6,228	≤0,001
	2	32	10,31	2,620				
QUATOTAL4	1	69	6,93	1,826	8,151	0,005	-5,764	≤0,001
	2	32	9,88	2,612				

Legenda: QUATOTAL1 (Q1): na alta/saída; QUATOTAL3 (Q3): aos 30 dias; QUATOTAL4 (Q4): aos 90 dias

Um quadro completo (demasiado longo e exaustivo) teria um alinhamento semelhante ao simples extracto apresentado abaixo (quadro 63); não o apresentamos em versão integral dado o baixo valor de “n” na classe de idades 1 (que impossibilitou tratamento estatístico relativo à mesma) e, sobretudo, dados os valores de p verificados (n.s. - não significância). Determinámos, apenas, valor de $p=0,049$ para a classe de idades 3 (no género feminino, no grupo1: <3d), quando comparada a média de scores entre os 30 e 90 dias (par 3), constituindo a excepção estatística à n.s. acima referida.

Quadro 63 - Idades agrupadas, género, prolongamento “t₂-t₂” e percepção do estado de saúde (EQ5D3L)

Classes de idades	Género	Grupos/ Prolongamento “t ₂ -t ₂ ” (Gp1 <3d // Gp2 ≥ 3d)			t	df	Valor de p
1	♂ / ♀	1	Pares 1...2...3	QUATOTAL... QUATOTAL...			n.s. (não significativo)
2	♂ / ♀	1 / 2	Pares 1...2...3	QUATOTAL... QUATOTAL...			
3	♂ / ♀	1 / 2	Pares 1...2...3	QUATOTAL... QUATOTAL...			

Legenda: QUATOTAL1 (Q1): na alta/saída; QUATOTAL3 (Q3): aos 30 dias; QUATOTAL4 (Q4): aos 90 dias

Ainda considerando esta soma de scores em cada um dos momentos estudados e tentando dar resposta aos objectivos, isto é, analisar a evolução das vertentes funcionalidade e qualidade de vida em função do destino após a alta, verificamos, sem surpresa, que os valores médios têm diferentes grandezas, reflectindo percepções menos favoráveis (valores mais elevados) em função das situações clínicas concretas, estas condicionando diversas orientações clínicas para o pós-hospitalar: domicílio/ ucc/ outra. Em termos médios, para o domicílio foram encaminhadas as melhores situações, nomeadamente aqueles doentes que tinham melhor juízo sobre o seu próprio estado de saúde. Em oposição, as situações cuja orientação foram as UCC reportaram pior estado de saúde, logo qualidade de vida menos satisfatória (quadro seguinte).

Quadro 64 - Orientação dos doentes e percepção do estado de saúde (dimensões da EQ5D3L)

ORIENT_CLINICA_SAÍDA		Min	Max	\bar{X}	Sd.
DOMICILIO (n=80)	QUATOTAL1	5	13	7,28	1,981
	QUATOTAL3	5	12	7,14	1,798
	QUATOTAL4	5	13	7,00	1,856
UCC: UNID CUID CONT (n=15)	QUATOTAL1	10	13	12,40	0,986
	QUATOTAL3	9	13	12,13	1,457
	QUATOTAL4	8	14	11,60	1,765
OUTRA SITUAÇÃO (n=6)	QUATOTAL1	5	13	9,83	3,251
	QUATOTAL3	7	15	11,00	2,757
	QUATOTAL4	8	13	10,00	1,789

Legenda: QUATOTAL1 (Q1): na alta/saída; QUATOTAL3 (Q3): aos 30 dias; QUATOTAL4 (Q4): aos 90 dias

Contudo, quando observamos os dados na perspectiva da evolução clínica no tempo, fazendo-a incidir nos momentos mais distantes, sucintamente Q1 e Q4 (pares 2), não se encontra significância estatística na diferença de médias, excepto para a situação cuja orientação foi a saída para unidade de cuidados continuados.

Quadro 65 - Orientação dos doentes e percepção do estado saúde (dimensões da EQ5D3L)

			t	df	Valor de p
DOMICILIO (n=80)	Par 1	QUATOTAL1 - QUATOTAL3	0,939	79	0,351
	Par 2	QUATOTAL1 - QUATOTAL4	1,474	79	0,144
UCC: UNID CUID CONT (n=15)	Par 1	QUATOTAL1 - QUATOTAL3	1,293	14	0,217
	Par 2	QUATOTAL1 - QUATOTAL4	2,449	14	0,028
OUTRA SITUAÇÃO (n=6)	Par 1	QUATOTAL1 - QUATOTAL3	-1,400	5	0,220
	Par 2	QUATOTAL1 - QUATOTAL4	-0,155	5	0,883

Legenda: QUATOTAL1 (Q1): na alta/saída; QUATOTAL3 (Q3): aos 30 dias; QUATOTAL4 (Q4): aos 90 dias

O mesmo é válido se efectuada análise em função do género; não há diferenças estatisticamente significativas, excepto para o género feminino, numa análise que incida nos mesmos momentos, mas na orientação para domicílio ($p=0,046$)

Numa análise das 5 dimensões, agrupadas em não ter (1: sem problemas) ou ter (2: com alguns + com muitos) problemas e atendendo-se ao encaminhamento adoptado à saída hospitalar, reportamos um comportamento semelhante, conforme quadro seguinte: apenas entre os doentes que foram para domicílio, com “n” mais elevado, se verifica significância estatística em duas das áreas (dimensões): mobilidade e dor (dor/mal-estar).

Quadro 66 - Dimensões **agrupadas** da EQ5D3L [*não ter/ ter problemas*], no momento da alta/saída e aos 90 dias e... orientação dos doentes

ORIENT_CLINICA_SAÍDA		t	df	Valor de p
DOMICILIO (n=80)	Mob1 - Mob4	3,15	78	0,002
	Cuidpess1 - Cuidpess4	1,40	79	0,167
	Activhab1 - Activhab4	1,73	79	0,088
	Dor_me1 - Dor_me4	-3,19	79	0,002
	Ans_dep1 - Ans_dep4	1,22	79	0,225
UCC: UNID CUID CONT (n=15)	Dor_me1 - Dor_me4	0,81	15	0,432
	Ans_dep1 - Ans_dep4	1,47	13	0,165
OUTRA SITUAÇÃO (n=6)	Mob1 - Mob4	-1,00	5	0,363
	Cuidpess1 - Cuidpess4	0,00	5	1,000
	Activhab1 - Activhab4	-1,00	5	0,363
	Dor_me1 - Dor_me4	-2,24	5	0,076
	Ans_dep1 - Ans_dep4	0,00	5	1,000

Legenda: 1: avaliação na alta/saída; 4: avaliação aos 90 dias

Introduzindo a variável género nesta abordagem (quadro 67), mantem-se globalmente o mesmo comportamento; apenas se obtém significância estatística quando a orientação adoptada foi o domicílio, em duas dimensões para o género masculino (mobilidade e dor) e numa dimensão para o género feminino (ansiedade).

Quadro 67 - Dimensões **agrupadas** da EQ5D3L [*não ter/ ter problemas*], no momento da alta/saída e aos 90 dias... e orientação dos doentes

ORIENT_CLINICA_SAÍDA		t	df	Valor de p	
DOMICILIO (n=80)	♂	Mob1 - Mob4	2,918	47	0,005
		Cuidpess1 - Cuidpess4	0,375	48	0,710
		Activhab1 - Activhab4	0,903	48	0,371
		Dor_me1 - Dor_me4	-3,263	48	0,002
		Ans_dep1 - Ans_dep4	-0,496	48	0,622
	♀	Mob1 - Mob4	1,438	30	0,161
		Cuidpess1 - Cuidpess4	1,680	30	0,103
		Activhab1 - Activhab4	1,541	30	0,134
		Dor_me1 - Dor_me4	-1,000	30	0,325
		Ans_dep1 - Ans_dep4	2,334	30	0,026
UCC: UNID CUID CONT (n=15)	♂	Dor_me1 - Dor_me4	0,552	7	0,598
		Ans_dep1 - Ans_dep4	1,000	6	0,356
	♀	Dor_me1 - Dor_me4	0,552	7	0,598
		Ans_dep1 - Ans_dep4	1,000	6	0,356
OUTRA SITUAÇÃO (n=6)	♂	Dor_me1 - Dor_me4	-1,000	1	0,500
		Ans_dep1 - Ans_dep4	1,000	1	0,500
	♀	Mob1 - Mob4	-1,000	3	0,391
		Cuidpess1 - Cuidpess4	0,000	3	1,000
		Activhab1 - Activhab4	-1,000	3	0,391
		Dor_me1 - Dor_me4	-1,732	3	0,182
Ans_dep1 - Ans_dep4	-1,000	3	0,391		

Esta escala (EQ5D3L) permite a definição de 243 estados de saúde (ver metodologia), através do algoritmo *Index Calculator* disponibilizado pelo EQ Group; este *calculator* possibilita a transformação dos resultados num índice europeu ou de diversas nacionalidades (tendo nós optado pelo índice espanhol, num primeiro momento deste tratamento de dados¹²). Contudo, em finais de 2013 foi publicado um trabalho relativamente a esta matéria que veio melhorar a confiabilidade no uso desta escala ao permitir utilizar o sistema indiciário, mas agora referenciado a Portugal; dois dos objectivos desse trabalho (que foi acedido, apenas, já no decurso de 2014) foram «validar para a realidade portuguesa o EQ-5D e determinar um sistema de valores para Portugal adaptado à realidade cultural portuguesa» (Ferreira, Ferreira & Pereira; 2013, p667). Assim, podemos destacar os valores mínimos e máximos obtidos nos 3 momentos (quadro seguinte), sublinhando o valor médio progressivamente superior e desvio padrão em evolução contrária, na evolução entre alta e 90 dias.

Quadro 68 - Index decorrente das ponderações das diferentes dimensões da EQ5D3L – PORTUGAL

	ALTA/SAÍDA EQ5D1	30dias EQ5D3	90dias EQ5D4
N	105	104	102
Intervalo	0,834	1,244	1,079
Min	-0,184	-0,594	-0,429
Max	0,650	0,650	0,650
Média	0,368	0,373	0,398
DP	0,2802	0,2798	0,2560

Sobre estes últimos valores, referenciados ao nosso país e considerando a variável género, temos o quadro seguinte (em dupla apresentação, para facilitação de leitura) do qual destacamos as médias mais elevadas para os homens, nos diferentes momentos de avaliação.

Quadro 69 - Index decorrente das ponderações das diferentes dimensões da EQ5D3L – Portugal... e género

Sexo	N	Interv	Min	Máx	Média	DP	Sexo	N	Média	DP	EPméd*	
♂	EQ5D1	59	0,816	-0,166	0,65	0,420	EQ5D1	♂	59	0,420	0,2769	0,0361
	EQ5D3	59	0,816	-0,166	0,65	0,432		♀	46	0,301	0,2728	0,0402
	EQ5D4	60	1,079	-0,429	0,65	0,403	EQ5D3	♂	59	0,432	0,2628	0,0342
	N válido	59						♀	45	0,296	0,2857	0,0426
♀	EQ5D1	46	0,834	-0,184	0,65	0,301	EQ5D4	♂	60	0,403	0,2787	0,0360
	EQ5D3	45	1,244	-0,594	0,65	0,296		♀	42	0,391	0,2227	0,0344
	EQ5D4	42	0,816	-0,166	0,65	0,391	* EPméd – Erro Padrão da média					
	N válido	42										

¹² Optamos pelo índice espanhol, dada a proximidade geográfica e características sociodemográficas e por não estar disponível, aquando do primeiro tratamento de dados, um índice próprio e específico para Portugal; tal situação foi melhorada com a publicação de estudos em torno desta escala, nomeadamente o de Ferreira, Ferreira e Pereira (2013).

No próximo quadro apresentamos os valores do teste para igualdade de médias, amostras independentes, considerando os géneros envolvidos (β/φ).

Quadro 70 - Index decorrente das ponderações das diferentes dimensões da EQ5D3L – Portugal: teste t

		Teste de Levene (IVar)		teste-t para igualdade de médias						
		Z	Sig.	t	df	Valor de p	Dif. média	EP de diferença	95% IC da Diferença	
									Inferior	Superior
EQ5D1	VIA	0,00	0,99	2,20	103,00	0,03	0,12	0,05	0,01	0,23
EQ5D3		0,38	0,54	2,51	102,00	0,01	0,14	0,05	0,03	0,24
EQ5D4		2,07	0,15	0,24	100,00	0,81	0,01	0,05	-0,09	0,12

Legenda: **IVar**: igualdade de variâncias; **VIA**: Variâncias iguais assumidas; p = Sig. 2 extremidades

Podemos afirmar que aos 90 dias não há diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida entre mulheres e homens (EQ5D4: $p=0,81$); por outro lado, existe diferença estatisticamente significativa aquando da alta/ saída (EQ5D1: $p=0,03$) assim como pelos 30 dias (EQ5D3: $p=0,01$) sempre com os homens a revelar valores mais elevados nessa apreciação. Ou seja, as diferenças de género quanto à percepção da qualidade de vida, com vantagem para os homens, desaparecem no tempo mais longo ou distante (EQ5D4) do momento em que ocorreu o AVC.



Abordámos as 5 dimensões descritivas da qualidade de vida e integrantes da escala EQ5D3L, na convicção de que essas representam, em conjunto ou de forma individual, uma esfera ou vertente importante desse conceito. As suas frequências absolutas e valores médios variam em função da pontuação /nível atribuído e do tempo decorrido após o AVC (intensidade); a dimensão dor/ mal-estar apresenta-se com a evolução menos típica, no grupo. Também foram analisadas (as 5 dimensões) quanto às diferenças de médias em momentos distintos da evolução pós-AVC (pela alta, pelos 30 e pelos 90 dias); considerando os momentos mais distantes, alta-90dias, é sempre estatisticamente significativa essa diferença, excepto para a dimensão *ansdep* (ansiedade/ depressão). Referenciámos os dados não apenas ao todo amostral mas desdobrando a análise em função do género, do considerarem não ter ou ter problemas (agrupamento de scores), da soma algébrica dos scores (QUATOTAL), das classes de idade dos doentes, do prolongamento de internamento (Gp1; Gp2) e, também, da orientação clínica aquando da saída do hospital (encaminhamento pós-hospitalar/ destino após alta).

Ainda considerámos a estrutura indiciária analisando-a quer globalmente quer parcelarmente, atendendo ao género dos doentes; o valor médio global aumenta progressivamente até aos 90 dias

e, nessa altura, não se detectam diferenças estatisticamente significativas na percepção da qualidade de vida, entre mulheres e homens.

Destacando o prolongamento de internamento (Gp1; Gp2) e a percepção de qualidade de vida traduzida pela soma de scores (QUATOTAL), é estatisticamente significativa a diferença de médias entre esses dois grupos (Gp1; Gp2), nos 3 momentos de avaliação.

Relativamente ao encaminhamento pós-hospitalar, verificamos que as médias dos scores QUATOTAL de qualidade de vida são mais baixas nos doentes que foram para domicílio (todos os momentos); contudo, em análise emparelhada e considerados os diversos momentos de avaliação, apenas no par2 (UCC) se revela significância estatística.

2.6 - CAPACIDADE FUNCIONAL E ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

Assim como já referimos relativamente a outros dados vindos a analisar, também os próximos reflectem a avaliação da capacidade funcional dos doentes para o desempenho de actividades instrumentais da vida diária e, indirectamente, permitem ilações para a esfera da qualidade de vida dos mesmos.

Esta escala de actividades instrumentais de vida diária, devidamente enquadrada e explicada em metodologia, disponibilizou um significativo conjunto de dados. Da sua análise, desenvolvida em torno da capacidade referida pelos doentes relativamente ao desempenho dessas actividades (e, sempre que necessário, corroborado pelos seus familiares), extraímos os valores reunidos no quadro seguinte, destacando o valor médio mais baixo para o género feminino (com *n* menor e *dp* superior!), quer aos 30 quer aos 90 dias pós-AVC, sendo positiva, no sentido duma maior autonomia a este nível, a evolução verificada entre esses dois momentos de avaliação, em ambos os géneros e total.

Quadro 71 - AIVD standardizada, aos 30 e aos 90 dias, entre géneros e total.

Avaliação aos 30 dias pós-AVC						Avaliação aos 90 dias pós-AVC				
Género	n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.	n	Min.	Max.	\bar{X}	Sd.
♀	29	6,67	100,0	68,05	26,93	30	6,67	100,0	78,89	24,66
♂	48	13,33	100,0	83,68	18,62	48	6,67	100,0	88,13	18,63
Total	77	6,67	100,0	77,79	23,23	78	6,67	100,0	84,57	21,48

Legenda: AIVD – Escala de actividades instrumentais de vida diária. Nota: valor standardizado para escala 0-100.

Como indicado, tal evolução verifica-se no sentido da melhor funcionalidade global, instrumental, sendo estatisticamente significativa a diferença de médias nesses 2 momentos de avaliação para os géneros masculino/ feminino e total (quadro seguinte).

Quadro 72 - Teste para medidas emparelhadas: aos 30 e 90 dias pós-AVC, mulheres (m), homens (h) e total.

“Paired Samples Test”	\bar{X}	Sd.	t	df	Valor de p
♀: cAIVD3mS - AIVD4mS	-8,57	7,226	-6,277	27	≤0,001
♂: AIVD3hS - AIVD4hS	-4,44	5,429	-5,672	47	≤0,001
♀♂: AIVD3totalS - AIVD4totalS	-5,96	6,425	-8,093	75	≤0,001

Legenda: aivd3 - 30 dias pós-a.v.c; aivd4 - 90 dias pós-a.v.c; valor standardizados (S) para uma escala 0-100.

Considerando os scores totais obtidos e o género dos doentes, nos mesmos momentos (quadro seguinte), é estatisticamente significativa a diferença de médias aos 30 dias ($p=0,009$) mas não aos 90 dias ($p=0,084$).

Quadro 73 - Teste para medidas independentes: aos 30 e 90 dias pós-AVC, mulheres (m), homens (h) e total.

Var	GÉN	n	\bar{X}	Sd.	Levene's		t – student		
					F	Sig.	t	df	Valor de p
cAIVD3totalS	♂	48	83,68	18,619	9,027	0,004	2,754	44,304	0,009
	♀	29	68,05	26,933					
AIVD4totalS	♂	48	88,13	18,628	4,142	0,045	1,761	49,488	0,084
	♀	30	78,89	24,661					

Nota: valor standardizado (...totalS) para uma escala 0-100

Verificámos também se o tempo entre t_2-t_2' (prolongamento do internamento) se reflectiu, de algum modo, no desempenho de actividades instrumentais de vida diária. Há diferenças estatisticamente significativas nesses 2 momentos de avaliação, considerada a totalidade da amostra, entre os 2 grupos formados: $p=0,041$ e $p=0,035$ (quadro seguinte).

Quadro 74 - Teste para medidas independentes: Valor total aos 30 e 90 dias, em função do tempo t_2-t_2'

Var	Prolong t_2-t_2'	n	\bar{X}	Sd.	Levene's		t – student		
					F	Sig.	t	df	Valor de p
cAIVD3totalS	Gp1 <3d	66	81,04	20,043	7,665	,007	2,308	11,372	0,041
	Gp2 ≥ 3d	11	58,28	31,667					
AIVD4totalS	Gp1 <3d	65	87,93	17,781	11,469	,001	2,333	13,719	0,035
	Gp2 ≥ 3d	13	67,78	30,120					

Nota: valor standardizado (...totalS) para uma escala 0-100

Efectuada uma análise que reflecta a evolução temporal, para os doentes enquadrados em cada um dos grupos (1 <3d & 2 ≥3d), verificamos haver diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) entre os momentos avaliados, isto é, aos 30 e aos 90 dias, para cada grupo (ver quadro seguinte).

Quadro 75 - Teste para medidas emparelhadas: AIVD total aos 30 e 90 dias (Grupo e avaliações aos 30 e 90 dias)

		n	\bar{X}	Sd.	t	df	Valor de p
Gp1 [< 3d]	cAIVD3totalS - AIVD4totalS	65	-5,85	6,004	-7,851	64	≤0,001
Gp2 [≥ 3d]	cAIVD3totalS - AIVD4totalS	11	-6,67	8,848	-2,499	10	0,032

Nota: valor standardizado (...totalS) para uma escala 0-100

Contudo, considerado o baixo “n” do grupo 2 (apenas 11 unidades), recorreremos ao teste não paramétrico (INP: Wilcoxon) para consolidar a leitura (quadro 76):

Quadro 76 - TNP para medidas emparelhadas: AIVD total aos 30 e 90 dias, no grupo 2

Gp2 e AIVD total (30 e 90dias)	n	\bar{X}	Sd.	H ₀	Teste	sig	Decisão
Gp2 [$\geq 3d$]	11	-6,67	8,848	The median of \neq between cAIVD3totalS - AIVD4totalS = 0	Wilcoxon	0,051	Retain the null hypothesis

Nota: valor standardizado (...totalS) para uma escala 0-100

Não é significativa a diferença de medianas entre os momentos avaliados (30 e 90 dias), nos doentes que integraram este grupo, logo deverá manter-se (*retain*) uma hipótese H₀ que postularia serem iguais as medianas, nos dois momentos em avaliação. Este mesmo teste, embora redundante para o grupo 1, vem confirmar a existência de diferenças significativas entre os momentos avaliados, com $p < 0,001$ (rejeitar H₀).

Considerados os mesmos grupos definidos a partir do prolongamento no internamento ($< 3d$ & $\geq 3d$), efectuámos uma abordagem mais fina e discriminativa; para o género feminino temos os dados seguintes, verificando-se significância estatística no teste para diferença de médias desses grupos, quer aos 30 dias quer aos 90 dias pós-AVC.

Quadro 77 - AIVD nas mulheres, aos 30 e 90 dias, analisadas em função do tempo t₂-t₁ [Teste para MI]

[AIVD / ♀ / t ₂ -t ₁]				Levene's		t – student			
	n	\bar{X}	Sd.	F	Sig.	t	df	Valor de p	
cAIVD3mS (30 dias)	Gp1 [$< 3d$]	23	75,17	22,341	0,069	0,795	3,222	27	0,003
	Gp2 [$\geq 3d$]	6	40,74	27,168					
AIVD4mS (90 dias)	Gp1 [$< 3d$]	22	86,46	17,157	7,047	0,013	2,460	8,612	0,037
	Gp2 [$\geq 3d$]	8	58,06	30,985					

Nota: valor standardizado (...S) para uma escala 0-100; MI – medidas independentes

Também aqui, dado o baixo “n” no grupo 2 (mulheres-grupo2), recorreremos a estatística não paramétrica que impõe a rejeição da hipótese nula (quadro 78), confirmando os dados do quadro anterior.

Quadro 78 - AIVD feminino, aos 30 e 90 dias

[AIVD / ♀ / t ₂ -t ₁]		n	\bar{X}	Sd.	H ₀	Teste	sig	Decisão
cAIVD3mS (30 dias)	Gp1 [$< 3d$]	23	75,17	22,341	Distribuição dos scores obtidos (...) é igual nos grupos considerados	Mann-Whiney U	0,008	Rejeitar H ₀
	Gp2 [$\geq 3d$]	6	40,74	27,168				
AIVD4mS (90 dias)	Gp1 [$< 3d$]	22	86,46	17,157			0,006	Rejeitar H ₀
	Gp2 [$\geq 3d$]	8	58,06	30,985				

Nota: valor standardizado (...S) para uma escala 0-100; nível de significância é 0,05

Para o género masculino, efectuámos tratamento de dados de forma semelhante, dadas as circunstâncias; não há significância estatística nos resultados analisados, logo não se rejeita a hipótese de serem iguais as médias (ou medianas), nos grupos considerados (quadros seguintes).

Quadro 79 - AIVD nos homens, aos 30 e 90 dias, analisadas em função do tempo t_2-t_1 [Teste para MI]

[AIVD / δ / t_2-t_1]					Levene's		t – student		
					F	Sig.	t	df	Valor de p
cAIVD3hS (30 dias)	Gp1 [$<3d$]	43	84,19	18,201	1,150	0,289	0,547	46	0,587
	Gp2 [$\geq 3d$]	5	79,33	23,851					
AIVD4hS (90 dias)	Gp1 [$<3d$]	43	88,68	18,245	0,364	0,549	0,604	46	0,549
	Gp2 [$\geq 3d$]	5	83,33	23,452					

Nota: valor standardizado (...S) para uma escala 0-100; MI – medidas independentes

Quadro 80 - AIVD nos homens, aos 30 e 90 dias, no grupo 2 [TNP para MI]

[AIVD / δ / t_2-t_1]		n	\bar{X}	Sd.	H ₀	Teste	sig	Decisão
cAIVD3hS (30 dias)	Gp1 [$<3d$]	43	84,19	18,201	Distribuição dos scores obtidos (...) é igual nos grupos considerados	Mann-Whiney U	0,825	Manter H ₀
	Gp2 [$\geq 3d$]	5	79,33	23,851				
AIVD4hS (90 dias)	Gp1 [$<3d$]	43	88,68	18,245			0,666	Manter H ₀
	Gp2 [$\geq 3d$]	5	83,33	23,452				

Nota: valor standardizado (...S) para uma escala 0-100; nível de significância é 0,05; TNP – teste não paramétrico; MI – medidas independentes

Em síntese, o quadro seguinte resume todos os dados apresentados relativamente às actividades instrumentais de vida diária.

Quadro 81 - Quadro de síntese dos testes utilizados

TP-MI	GRUPOS	n	Média	Sd.	t	df	Valor de p
cAIVD3totalS	1	66	81,04	20,043	2,308	11,372	0,041
	2	11	58,28	31,667			
AIVD4totalS	1	65	87,93	17,781	2,333	13,719	0,035
	2	13	67,78	30,120			
TNP-MI					Teste	sig	Decisão
cAIVD3mS	1	23	75,17	22,341	Mann-Whiney U	0,008	Rejeitar H ₀
	2	6	40,74	27,168			
AIVD4mS	1	22	86,46	17,157		0,006	Rejeitar H ₀
	2	8	58,06	30,985			
AIVD3hS	1	43	84,19	18,201		0,825	Manter H ₀
	2	5	79,33	23,851			
AIVD4hS	1	43	88,68	18,245		0,666	Manter H ₀
	2	5	83,33	23,452			

Nota: valor standardizado (...totalS e ...S) para uma escala 0-100; TP-MI = teste paramétrico-medidas independentes; TNP-MI = teste não paramétrico-medidas independentes; nível de significância é 0,05.

Como explicado antes (metodologia), esta escala considera 2 factores para o género feminino (♀), com 12 e 3 itens respectivamente. Até ao momento foi tratada como um todo, e standardizados os resultados para uma escala de 0-100 valores; cabe agora fazer o seu tratamento em função dos factores referidos (f1 e f2), sendo o resultado expresso nos scores directos, sem standardização, visto não compararmos fora da mesma.

Na análise longitudinal, considerado o período de tempo decorrente após AVC (do qual decorreram os Par1 e Par2, com medidas aos 30 e aos 90 dias) e desdobrando em factores, verifica-se significância estatística nessa análise emparelhada, quer para o primeiro (Par1: $p \leq 0,001$), quer para o segundo (Par2: $p \leq 0,001$), com diferença negativa de médias, assim como de *teste t* (quadro seguinte).

Quadro 82 - Factores da escala de AIVD, género feminino, aos 30 dias (3) e aos 90 dias (4)

[factores AIVD /♀/3,4]	30 dias pós-AVC			90 dias pós-AVC			r	Dif_med	t	df	Valor de p
	n	\bar{X}	Sd.	n	\bar{X}	Sd.					
Par1: f1AIVD3/4	28	38,96	9,211	28	41,71	8,935	0,955	-2,750	-5,304	27	$\leq 0,001$
Par2: f2AIVD3/4		7,54	2,380		8,64	2,725	0,904	-1,107	-5,026	27	$\leq 0,001$

Legenda: f1AIVD3/4 – factor 1 da escala AIVD, aos 30 dias pós-AVC (3) e aos 90 dias pós-AVC (4).

Como em situações anteriores, considerando o prolongamento de tempo de internamento ($t_2 - t_1$) e os grupos resultantes ($1 < 3d$ & $2 \geq 3d$), resulta o quadro seguinte, onde se alerta, novamente, para o valor baixo de “n” no grupo 2.

Consideramos apenas o género feminino (m: mulheres). Verifica-se significância estatística para os 2 factores e para os dois grupos em comparação (num teste para diferença de médias) nas 4 situações em análise.

Quadro 83 - Factores da escala de AIVD aos 30 e 90 dias, em função do tempo de permanência $t_2 - t_1$, prolongamento de internamento [Teste para MI]

[factores AIVD /♀/grupos]	Factores => ♀				Levene's		t – student		
	Grupos	n	\bar{X}	Sd.	F	Sig.	t	df	Valor de p
f1AIVD3m	1	23	40,74	8,373	0,025	0,877	3,069	27	0,005
	2	6	28,50	10,015					
f1AIVD4m	1	22	44,41	5,885	7,638	0,010	2,309	8,425	0,048
	2	8	34,75	11,285					
f2AIVD3m	1	23	8,09	1,998	0,058	0,811	3,444	27	0,002
	2	6	4,83	2,317					
f2AIVD4m	1	22	9,50	2,087	1,915	0,177	3,322	28	0,002
	2	8	6,38	2,774					

Aos 30 e aos 90 dias pós-AVC, cada factor da escala revelou propriedades estatisticamente significativas quando se consideravam os 2 grupos ($1 < 3d$ & $2 \geq 3d$), diferentes em aspectos clínicos e na sua representatividade (valor de “n”). Refira-se que é apenas marginalmente significativo ($p=0,048$) o resultado relativo ao factor 1 (12 itens), aos 90 dias, considerados os grupos em teste.



Em síntese, abordámos os dados obtidos numa escala de funcionalidade instrumental (AIVD), relembRANDO que essa foi utilizada em dois momentos da evolução pós evento (pelos 30 e pelos 90 dias) e apenas em doentes que não foram encaminhados para unidades da rede de cuidados continuados.

Naturalmente, abordámos os dados não apenas referentes ao todo amostral, mas também num desdobramento em função do género dos doentes e do prolongamento de internamento (Gp1; Gp2). Atendemos às suas particularidades factoriais, sendo diferenciada a abordagem em função dos géneros (número e características dos factores).

Destacamos, em particular, os scores médios mais baixos para o género feminino relativamente ao masculino (após standardização dos valores para uma escala única), quer aos 30 quer aos 90 dias, mas ambos com evolução favorável, maior autonomia, com diferenças de médias estatisticamente significativas, entre esses dois momentos pós-AVC, quer considerado um ou outro género, ou ainda o valor englobado, total amostral.

Contudo, trabalhando estatisticamente com este valor total, englobado, verificamos que aos 30 dias pós-AVC as diferenças de médias entre os géneros são estatisticamente significativas mas aos 90 dias isso já não se verifica.

Considerando o tempo t_2-t_1 (prolongamento de internamento: Gp1 e Gp2) aos 30 e aos 90 dias não há diferenças estatisticamente significativas entre as médias da funcionalidade instrumental, nos grupos constituídos (não terem, Gp1, ou terem, Gp2, prolongado o internamento).

O mesmo não se verifica na leitura horizontal, dentro de cada um dos grupos e com avaliação pelos mesmos 30 e 90 dias; no Gp2, que prolongou o internamento, via teste não paramétrico verificámos não ser significativa a diferença de medianas entre os momentos avaliados (30 e 90 dias), nos doentes que integraram esse grupo (medianas iguais, nos dois momentos avaliados).

Dadas as regras impostas, não se considera aqui a orientação à saída, pois esta variável não poderia ser avaliada em unidades de internamento.

2.7 - QUALIDADE DE VIDA COMO RESULTADO (MRLS¹³)

Porque procurámos aprofundar o conhecimento sobre funcionalidade e qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC isquémico, nomeadamente melhor perceber a influência da dimensão tempo (prolongamento de internamento) que por vezes decorre entre a alta clínica e a saída efectiva do hospital, assim como a variável relativa ao encaminhamento pós-hospitalar, recorreremos a modelos estatísticos de regressão linear simples (MRLS) e regressão linear múltipla (MRLM). Trata-se aqui de um processo composto, diferente mas convergente com o utilizado até ao momento na procura de relações entre as variáveis dependentes e independentes.

Num exercício inicial (quadro seguinte), verificámos em que medida esse período temporal por vezes atípico (prolongamento de internamento: número de dias t_2-t_2) pode influenciar ou será preditor da qualidade de vida percebida pelos doentes (por género e total) aquando da alta, pelos 30 dias e aos 90 dias pós-AVC.

Quadro 84 - Repercussão do tempo t_2-t_2 (prolongamento de internamento) na percepção de Qdv, enquanto % da sua variância explicada

Momt de avaliação da QdV \ género	♂	♀	♂♀
ALTA/SAÍDA	39,6	22,2	31,9
30 DIAS	49,2	18,8	34,2
90 DIAS	41,6	26,1	36,6

MRLS; VarDep: Qdv; valores % (coeficiente de determinação ajustado: R_a^2)

Considerando todo o grupo em estudo, tal dimensão temporal (prolongamento de internamento) também é preditor da qualidade de vida, sendo que explica 31,9%, 34,2% e 36,6% da sua variância aquando da alta, aos 30 e aos 90 dias, respectivamente. Este valor preditivo (t_2-t_2) sobre a qualidade de vida é mais significativo na avaliação efectuada aos 90 dias do que no momento de alta.

Utilizando os dados resultantes duma mais recente abordagem desta escala de qualidade de vida (EQ5D3L e estrutura por índices), podemos indicar, conforme quadro 85:

-- O período de tempo designado de prolongamento de internamento (t_2-t_2) repercute-se na percepção de qualidade de vida dos doentes, explicando 38%, 37,8% e 40,3% na alta/saída, aos 30 e aos 90 dias, respectivamente.

-- Comparando com os dados antes avançados (quadro anterior), é igualmente e naturalmente preditor, ainda que com valores e comportamento ligeiramente diferente (dada

¹³ Modelo estatístico de regressão linear simples

diferente abordagem estatística) mas com sentido idêntico, crescente, e valor mais elevado (40,3%) na avaliação aos 90 dias.

-- O modelo é estatisticamente significativo, com $p < 0,001$ nos momentos avaliados.

Quadro 85 - Repercussão do tempo t_2-t_2' (prolongamento de internamento: n° de dias) na percepção de QdV (todo o grupo), com base na estrutura de índices para a população portuguesa

Momento de avaliação	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
EQ5D1 (ALTA/SAÍDA)	0,380	-0,018	0,002	-0,621	-8,050	0,000
EQ5D3 (30 DIAS)	0,378	-0,018	0,002	-0,620	-7,975	0,000
EQ5D4 (90 DIAS)	0,403	-0,019	0,002	-0,640	-8,324	0,000

MRLS; VarDep: EQ5D1/ EQ5D 3/ EQ5D 4; Preditores: (Constante), N°dias_t2_t2linha (tempo t_2-t_2')

Considerado todo o período de internamento (desde a admissão até à saída efectiva: t_1-t_2), temos os dados reunidos no quadro seguinte:

Quadro 86 - Repercussão do tempo t_1-t_2' (tempo total de internamento) na percepção de QdV (todo o grupo), com base na estrutura de índices para a população portuguesa

Momento de avaliação	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
EQ5D1 (ALTA/SAÍDA)	0,467	-0,015	0,002	-0,687	-9,590	0,000
EQ5D3 (30 DIAS)	0,531	-0,016	0,001	-0,732	-10,845	0,000
EQ5D4 (90 DIAS)	0,490	-0,014	0,001	-0,704	-9,903	0,000

MRLS; VarDep: EQ5D1/ EQ5D 3/ EQ5D 4; Preditores: (Constante), N°diastotal_INT° (tempo total t_1-t_2')

Os valores de R_a^2 são superiores, evoluem em sentido crescente e explicam entre 46,7% e 49% da variância aquando da alta/saída, aos 30 dias e aos 90 dias (verificando-se ligeira inflexão dos 30 para os 90 dias), com significância estatística ($p < 0,001$) nesses mesmos momentos.

Do mesmo modo, via regressão linear simples procurámos perceber a influência da dimensão “dano neurológico” (score NIHSS, em 3 momentos), designadamente o seu efeito preditor, na percepção de qualidade de vida dos doentes envolvidos no estudo (por género e total: HM) aquando da alta, aos 30 dias e aos 90 dias pós-AVC.

Quadro 87 - Repercussão do dano neurológico sofrido (traduzido pelos scores da NIHSS, avaliados em 3 momentos) na percepção de QdV também em 3 momentos, enquanto % da sua variância explicada

NIHSS, género e total (♂, ♀, HM)		Qualidade de Vida		
		ALTA/SAÍDA	30 DIAS	90 DIAS
Admissão (n=87)	♂	23,7	26,8	23,7
	♀	35,1	50,0	49,7
	HM	31,2	38,6	33,1
7º Dia (n=75)	♂	57,7	54,2	57,7
	♀	35,2	56,2	58,3
	HM	43,2	55,2	57,5
Alta (n=102)	♂	58,0	53,2	58,0
	♀	43,4	61,0	57,8
	HM	48,9	57,5	56,1

MRLS; VarDep: Qdv; valores % (coeficiente de determinação ajustado: R_a^2)

O dano neurológico (NIHSS), avaliado na admissão, é um preditor da qualidade de vida, com explicação da variância entre 31,2% e 38,6% (da alta até aos 3 meses) aumentando esse valor preditor nas avaliações (NIHSS) efectuadas quer ao 7º dia quer na alta, para explicações entre 43,2% e 57,5%, sendo que, na alta, o seu valor preditor atinge os valores mais elevados, entre 48,9% a 57,5%. Considerada a qualidade de vida aos 90 dias, o dano neurológico, traduzido pelos scores da NIHSS aquando da alta, explica 56,1% da sua variância.

Ainda explorando a relação/ associação de variáveis através deste modelo, mantendo a dimensão qualidade de vida como variável resposta (dependente), analisámos o efeito das subescalas integrantes da EADH (de ansiedade e de depressão) enquanto preditores e explicadores da variância verificada nos dados relativos à qualidade de vida. Mantivemos o critério de género (♀/♂) e total global (HM); todos os valores foram reunidos no quadro seguinte.

Quadro 88 - Repercussão das manifestações de ansiedade e de depressão (traduzidas pelos scores da eadh, obtidos em 3 diferentes momentos) na percepção de QdV (igualmente em 3 momentos), enquanto % da sua variância explicada.

ANSIEDADE		Qualidade de Vida			DEPRESSÃO		Qualidade de Vida		
		ALTA	30	90 DIAS			ALTA	30 DIAS	90 DIAS
Total e por género					Total e por género				
ALTA/S	HM	24,6	20,7	15,2	ALTA/S	HM	41,1	42,4	33,8
	♀	n.s.	n.s.	n.s.		♀	17,0	23,6	11,2
	♂	48,5	37,2	34,3		♂	53,2	49,0	45,3
30 DIAS	HM	--	34,9	33,3	30 DIAS	HM	--	60,2	55,2
	♀	--	10,0	16,0		♀	--	44,9	32,0
	♂	--	44,8	45,2		♂	--	65,0	65,8
90 DIAS	HM	--	--	36,2	90 DIAS	HM	--	--	53,5
	♀	--	--	20,4		♀	--	--	32,6
	♂	--	--	45,0		♂	--	--	60,2

MRLS; VarDep: Qdv; valores % (coeficiente de determinação ajustado: R_a^2); eadh – escala de ansiedade e depressão hospitalar; n.s. – não significativo.

O valor preditivo da ansiedade e da depressão (subescalas) sobre a qualidade de vida, na explicação da sua variância para todo o grupo em estudo (HM), progride da alta/ saída para os 90 dias, genericamente em crescendo, de 24,6% para 36,2% (subescala ansiedade) e de 41,1% para 53,5% (subescala depressão).

Em função dos géneros, nos homens são substancialmente elevados (entre 44,8% e 48,5%) os valores preditivos da ansiedade, enquanto nas mulheres esses valores explicativos da variância da qualidade de vida variam entre o não significativo (alta) e os 10 ou 20,4%.

No aspecto da depressão como preditor da mesma qualidade de vida, a linha de evolução é similar à da ansiedade, com valores substancialmente elevados nos homens (mais elevados do que na ansiedade: 53,2 a 65%) e a distanciarem-se dos valores preditivos das mulheres que se situam no intervalo de 17 a 44,9% de explicação da qualidade de vida expressa. Ou seja, (a qualidade de vida) é predita de forma muito mais expressiva nos homens quer pela ansiedade quer pela depressão, sendo que os valores preditores (por depressão) são, para ambos os géneros, mais elevados do que os da ansiedade.

Também procurámos uma melhor compreensão das vertentes mais estritamente funcionais e seu efeito na qualidade de vida; analisámos, separadamente, os dados coligidos relativos às escalas de Rankin, de Barthel e de AIVD (actividades instrumentais de vida diária). Procurámos identificar o impacto desses valores na variância verificada nos dados relativos à qualidade de vida; mantivemos o critério de género e total global (HM).

O quadro seguinte reúne os dados obtidos.

Quadro 89 - Repercussão da funcionalidade (traduzida pelos scores das escalas Rankin, Barthel e AIVD, obtidos em 3 diferentes momentos) na percepção de QdV - também em 3 momentos - enquanto % da sua variância explicada

mRS (Rankin) Total/género		Qualidade de Vida			Barthel Total/género		Qualidade de Vida			AIVD Total/género		Qualidade de Vida		
		AL	30 D	90 D			ALT	30 D	90 D			AL	30	90 D
ALTA/S	HM	69,2	63,0	60,8	ALTA	HM	78,3	73,9	67,3	ALTA/S	HM	--	--	--
	♀	58,8	53,9	54,9		♀	73,4	74,5	65,7		♀	--	--	--
	♂	75,7	67,6	64,1		♂	83,1	74,2	67,7		♂	--	--	--
30 D	HM	--	76,4	73,5	30 D	HM	--	74,5	73,5	30 D	HM	--	61,1	74,4
	♀	--	71,1	67,8		♀	--	73,7	71,9		♀	--	50,9	78,2
	♂	--	78,7	76,9		♂	--	77,1	74,3		♂	--	62,5	75,2
90 D	HM	--	--	77,7	90 D	HM	--	--	65,5	90 D	HM	--	--	74,5
	♀	--	--	74,0		♀	--	--	61,4		♀	--	--	74,7
	♂	--	--	79,2		♂	--	--	68,1		♂	--	--	75,4

MRLS; VarDep: Qdv; valores % (coeficiente de determinação ajustado: R_a^2); mRS - modified Rankin Scale; AIVD - actividades instrumentais de vida diária.

A funcionalidade apresenta-se com valor preditor sobre a qualidade de vida nos momentos avaliados, valores muito significativos para qualquer dos três instrumentos de avaliação utilizados (Rankin, Barthel e AIVD) e com explicação da variância desta qualidade de vida entre 61,1% (valor mínimo) e 78,3% (valor máximo); tal funcionalidade tem, para as mulheres, valor preditor mais baixo (nas 3 escalas) do que para os homens, com variações entre 50,9% - 78,2%, (♀) e entre 62,5% - 79,2% (♂).

Na avaliação funcional via mRS e AIVD, considerando sempre as avaliações aos 90 dias, o valor preditivo entre homens e mulheres (valor diferencial) tende a aproximar-se, sendo menos marcada tal proximidade na avaliação com escala de Barthel, onde a diferença é ligeiramente superior, com 6.7 pontos percentuais.



Numa síntese da abordagem via modelo de regressão linear simples, experimentámos diferentes variáveis independentes na procura do seu peso preditor e explicativo, ainda que isolado, da qualidade de vida percebida pelos doentes em vários momentos de avaliação. Analisámos o efeito na totalidade da amostra e também as diferenças decorrentes do género. Aqui assumida como variável dependente, sabemos que dificilmente essa percepção de qualidade de vida poderá ser explicada por uma única ou simples variável preditora. Contudo, nesta procura, verificámos as variáveis prolongamento de internamento (Gp1 e Gp2, dado o nº dias t_2-t_1), tempo total de internamento (nº dias t_1-t_2), dano neurológico (escala NIHSS), ansiedade e depressão (subescalas da eadh) e vertentes funcionais (escalas de Rankin, Barthel e AIVD). Destacamos, globalmente, os coeficientes relativos às variáveis de natureza psico-emocional e funcional, registando-se nestas os valores explicativos mais elevados. Sendo o coeficiente de determinação uma medida da dimensão do efeito da variável independente sobre a variável dependente, para as ciências sociais aceita-se que valores de $R^2 > 0,5$ já reflectem um bom ajustamento do modelo aos dados, preferindo-se o coeficiente de determinação ajustado (R_a^2) como indicador da qualidade desse ajustamento, assim como da dimensão do efeito; assim, ao abrigo desta explicação de Marôco (2007; 2011), podemos referir que é na vertente funcional que estes valores são mais elevados (mRS, Barthel e AIVD), tal como na vertente psico-emocional/ psicopatológica (mais na esfera da depressão) e, relativamente às outras variáveis, pontualmente elevados mas apenas em alguns dos momentos avaliados (alta/saída, aos 30 e aos 90 dias). Objectivando um pouco, neste modelo de regressão a explicação da variância verificada na qualidade de vida (em 3 momentos) variou entre 31,2% e 57,5% decorrente da vertente clínica/funcional (!) explicitada pela NIHSS (dano neurológico); variou entre 69,2% e 77,7% decorrente da vertente funcional explicitada na mRS; variou entre 65,5% e 78,3% para a vertente funcional explicitada na escala Barthel e variou entre 61,1% e 74,5% para a vertente

funcional explicitada na escala de AIVD. Naturalmente, com flutuações/ não linearidades, como já foi descrito. Na vertente psico-emocional, como abordámos, encontramos valores explicativos mais altos para a depressão (41,1% a 60,2%) do que para a ansiedade (24,6% a 36,2%).

Quanto aos primeiros dados deste subcapítulo, sublinhamos o leve efeito preditor da variável prolongamento de internamento (Gp1; Gp2) sobre a dimensão qualidade de vida (com valores mais elevados para a avaliação aos 90 dias, independentemente da abordagem à variável: standard ou índices), mas sempre revelando significância estatística ($p < 0,001$) nos momentos avaliados.

2.8 - QUALIDADE DE VIDA COMO RESULTADO (MRLM¹⁴)

Continuando com a utilização de dados resultantes da abordagem por índices – referenciados e adaptados à nossa realidade populacional e cultural – recorreremos ao modelo de regressão linear múltipla, focando-nos apenas nos momentos 3 (EQ5D3: 30d) e 4 (EQ5D4: 90d) de avaliação da qualidade de vida pós-AVC, percebida como resultado.

No quadro seguinte, com selecção de variáveis pelo método *enter*, identificamos o tempo total de internamento e Barthel2 (score de Barthel, na alta) como preditores estatisticamente significativos ($p = 0,015$; $p \leq 0,001$) da qualidade de vida aferida pelos 30 dias pós-AVC, com explicação de 71,9% da sua variabilidade total. Ou seja, num modelo de múltiplas variáveis (dano neurológico (NIHSS) funcionalidade (Barthel), depressão e ansiedade (EADH), estas avaliadas no momento da alta; tempo total de internamento (t_1-t_2) e prolongamento desse internamento (t_2-t_2'), verificamos que só o tempo total de internamento e a funcionalidade (Barthel) surgem como preditores altamente significativos (~72%) nessa aferição aos 30 dias.

Quadro 90 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 30 dias pós-AVC. (METH=ENTER)

Modelo	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.	
		B	Erro Padrão	Beta			
1	0,719	(Constante)	0,217	0,115		1,891	0,063
		Nº dias total_INTº	-0,006	0,002	-0,339	-2,484	0,015
		NihssALTA	-0,012	0,007	-0,146	-1,765	0,082
		Nºdias_t2_t2linha	0,003	0,003	0,114	0,887	0,378
		Barthel2	0,004	0,001	0,459	4,342	0,000
		EADH2depressao	-0,007	0,005	-0,143	-1,359	0,178
		EADH2ansiedade	0,000	0,006	0,006	0,063	0,950

MRLM; Nº dias total_INTº/ NihssALTA/ Nºdias_t2_t2linha/ Barthel2/ EADH2depressao/ EADH2ansiedade;
VarDep: QdV3 (EQ5D3)

¹⁴ Modelo estatístico de regressão linear múltipla

Considerando a percepção de qualidade de vida aos 90 dias (EQ5D4), neste mesmo modelo e tipo de selecção (quadro 91), apenas se verifica significância estatística para o tempo total de internamento (t_1-t_2 ; $p=0,035$) e para o dano neurológico aquando da alta (NIHSS alta; $p=0,011$), que surgem como preditores significativos, explicando 57,3% da sua variabilidade total, nessa aferição aos 90 dias. Verifica-se a mesma tendência acima identificada (ser predictor significativo) relativamente tempo total de internamento.

Quadro 91 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 90 dias pós-AVC. (METH=ENTER)

Modelo	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.	
		B	Erro Padrão	Beta			
1	0,573	(Constante)	0,444	0,128		3,463	0,001
		Nºdias total_INTº	-0,006	0,003	-0,327	-2,149	0,035
		NihssALTA	-0,018	0,007	-0,260	-2,603	0,011
		Nºdias_t2_t2linha	0,002	0,004	0,088	0,603	0,549
		Barthel2	0,002	0,001	0,231	1,852	0,068
		EADH2depressao	-0,009	0,006	-0,213	-1,678	0,098
		EADH2ansiedade	0,002	0,006	0,035	0,325	0,746

MRLM; Nºdias total_INTº/ NihssALTA/ Nºdias_t2_t2linha/ Barthel2/ EADH2depressao/ EADH2ansiedade;
VarDep: QdV4 (EQ5D4)

Mantendo como foco a percepção de qualidade de vida aos 90 dias (EQ5D4), consideramos o modelo anterior, mas com introdução de variável reveladora de funcionalidade discriminante, *id est.*, escala de actividades instrumentais de vida, aferida aos 30 e 90 dias pós-AVC (quadro seguinte); apenas se verifica significância estatística para a funcionalidade instrumental (score AIVD, aos 90 dias; $p=0,015$), explicando, o modelo, 53,6% da sua variabilidade total. A funcionalidade instrumental exerce a maior influência neste modelo.

Quadro 92 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 90 dias pós-AVC. (METH=ENTER)

Modelo	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.	
		B	Erro Padrão	Beta			
1	0,536	(Constante)	0,075	0,127		0,588	0,559
		Nºdiastotal_INTº	-0,002	0,003	-0,077	-0,631	0,531
		NihssALTA	0,001	0,007	0,020	0,204	0,839
		Nºdias_t2_t2linha	-0,004	0,007	-0,064	-0,588	0,559
		Barthel2	0,001	0,001	0,082	0,813	0,420
		EADH2depressao	-0,002	0,005	-0,054	-0,445	0,658
		EADH2ansiedade	-0,002	0,005	-0,055	-0,452	0,653
		cAIVD3totalS	0,000	0,002	-0,015	-0,052	0,958
		AIVD4totalS	0,005	0,002	0,638	2,505	0,015

MRLM; Nºdias total_INTº/ NihssALTA/ Nºdias_t2_t2linha/ Barthel2/ EADH2depressao/ EADH2ansiedade/
cAIVD3totalS/AIVD4totalS; VarDep: QdV4 (EQ5D4)

Dado o diversificado conjunto de leituras disponíveis quer quanto ao tipo de variáveis quer quanto aos diferentes momentos da sua avaliação, inserimos num modelo de regressão linear múltipla essencialmente as mesmas variáveis independentes mas com leituras ou reflectindo avaliações em

momento diferente no período pós acidente vascular, especificamente os scores obtidos das avaliações pelos 90 dias; o quadro seguinte reúne essa informação, mantendo, dos anteriores, o total de dias de internamento (t_1-t_2), o número de dias entre alta e saída efectiva (prolongamento de internamento: t_2-t_2) e o score neurológico (NIHSS), avaliado aquando da alta.

Estas explicam 63,5% da variância na qualidade de vida percebida aos 90 dias, com significância estatística apenas verificada na (variável) funcionalidade instrumental (reflectida pela escala de actividades instrumentais de vida diária, aos 90 dias, $p=0,017$).

Quadro 93 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 90 dias pós-AVC. (METH=ENTER)

Modelo	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.	
		B	Erro Padrão	Beta			
1	0,635	(Constante)	-0,141	0,175		-0,803	0,425
		Nºdiastotal_INTº	-0,001	0,003	-0,022	-0,198	0,844
		NihssALTA	0,002	0,006	0,032	0,367	0,715
		Nºdias_t2_t2linha	-0,002	0,005	-0,041	-0,445	0,658
		AIVD4totalS	0,003	0,001	0,412	2,450	0,017
		Barthel4	0,004	0,002	0,239	1,796	0,078
		EADH4depressao	-0,010	0,005	-0,244	-1,897	0,063
		EADH4ansiedade	-0,002	0,005	-0,051	-0,461	0,646

MRLM; Nºdias total_INTº/ NihssALTA/ Nºdias_t2_t2linha/ AIVD4totalS/ Barthel4/ EADH4depressao/ EADH4ansiedade; VarDep: QdV4 (EQ5D4)

Considerado cada género isoladamente (σ/σ) neste modelo de regressão, podemos efectuar uma síntese dos dados perspectivando a qualidade de vida que esses doentes percebem aos 90 dias pós-AVC (ver quadro).

Quadro 94 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 90 dias, considerado o género. (METH=ENTER)

Modelo 1		R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
Géneros			B	Erro Padrão	Beta		
σ	(Constante)	0,587	-0,292	0,245		-1,193	0,241
	Nºdiastotal_INTº		0,002	0,004	0,073	0,511	0,613
	NihssALTA		0,008	0,008	0,119	0,957	0,346
	Nºdias_t2_t2linha		0,001	0,010	0,016	0,146	0,885
	AIVD4totalS		0,004	0,002	0,423	2,018	0,052
	Barthel4		0,005	0,003	0,273	1,830	0,076
	EADH4depressao		-0,014	0,007	-0,379	-1,985	0,056
	EADH4ansiedade		-0,001	0,008	-0,030	-0,185	0,855
σ	(Constante)	0,656	-0,159	0,482		-0,329	0,746
	Nºdiastotal_INTº		-0,004	0,004	-0,180	-0,942	0,359
	NihssALTA		-0,007	0,012	-0,078	-0,530	0,603
	Nºdias_t2_t2linha		-0,003	0,007	-0,082	-0,422	0,678
	AIVD4totalS		0,003	0,003	0,389	0,784	0,444
	Barthel4		0,005	0,008	0,314	0,682	0,504
	EADH4depressao		0,006	0,013	0,110	0,468	0,645
	EADH4ansiedade		-0,010	0,010	-0,213	-1,018	0,323

MRLM; Nºdiastotal_INTº/ NihssALTA/ Nºdias_t2_t2linha/ AIVD4totalS/ Barthel4/ EADH4depressao/ EADH4ansiedade; VarDep: QdV4 (EQ5D4)

Verificamos que nenhuma variável revela significância estatística que a isole como preditora de qualidade de vida aos 90 dias pós evento. Contudo, podemos referir o valor preditivo global do modelo, menor para o género masculino (58,7%) relativamente ao feminino (65,6%). Nos homens, destacamos a aproximação à significância estatística, *id est* uma significância estatística marginal das variáveis funcionalidade instrumental ($p=0,052$) e manifestações psicopatológicas de natureza depressiva ($p=0,056$).

Mantendo o modelo base mas inserindo mais variáveis, nomeadamente referentes à idade dos doentes e também relativas à dimensão funcional, via escala Rankin na admissão (mRS0_6AD) e aos 90 dias (mRS0_6_4) temos os dados seguintes:

Quadro 95 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV do grupo, aferida aos 90 dias. (METH=ENTER)

Modelo 1		R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
Modelo	B		Erro Padrão	Beta			
1	(Constante)	0,673	-0,137	0,195	---	-0,704	0,485
	Nºdiastotal_INTº		0,002	0,003	0,062	0,569	0,571
	NihssALTA		0,007	0,007	0,098	1,052	0,297
	Nºdias_t2_t2linha		-0,002	0,005	-0,044	-0,491	0,626
	AIVD4totalS		0,003	0,001	0,355	2,043	0,046
	Barthel4		0,004	0,002	0,216	1,709	0,093
	EADH4depressao		-0,011	0,005	-0,271	-2,178	0,034
	EADH4ansiedade		0,000	0,005	0,007	0,066	0,948
	mRS0_6_4		-0,049	0,017	-0,306	-2,909	0,005
	mRS0_6AD		0,007	0,011	0,054	0,614	0,542
	Idade		0,001	0,001	0,094	1,134	0,262

MRLM; Nºdiastotal_INTº/ NihssALTA/ Nºdias_t2_t2linha/ AIVD4totalS/ Barthel4/ EADH4depressao/ EADH4ansiedade/ mRS0_6_4/ mRS0_6AD/ idade; VarDep: QdV4 (EQ5D4)

Destaca-se o valor preditivo global do modelo (67,3%) e a significância estatística das variáveis depressão ($p=0,034$), funcionalidade motora mRS ($p=0,005$) e funcionalidade geral, instrumental de vida diária ($p=0,046$), sempre consideradas/ avaliadas aos 90 dias pós-AVC.

Sublinhamos, pois, a dimensão psico-emocional (psicopatologia?) via manifestações depressivas, mas também as desvantagens funcionais (e, de algum modo, sociais) medidas através da escala modificada de Rankin, assim como da escala de actividades instrumentais.

Focando-nos novamente numa análise em que se considere a repartição por género (σ/φ), resultam os dados do quadro seguinte.

Quadro 96 - Variáveis e sua repercussão na percepção de QdV, aferida aos 90 dias, considerados os géneros. (METH=ENTER)

Modelo 1		R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
Géneros			B	Erro Padrão	Beta		
♂	(Constante)	0,653	-0,252	0,273		-0,924	0,363
	Nºdiastotal_INTº		0,003	0,004	0,094	0,695	0,493
	NihssALTA		0,014	0,009	0,208	1,562	0,129
	Nºdias_t2_t2linha		0,009	0,010	0,093	0,841	0,407
	AIVD4totalS		0,002	0,002	0,283	1,262	0,217
	Barthel4		0,005	0,003	0,260	1,863	0,072
	EADH4depressao		-0,018	0,007	-0,498	-2,615	0,014
	EADH4ansiedade		0,008	0,008	0,154	0,942	0,354
	mRS0_6_4		-0,074	0,028	-0,464	-2,633	0,013
	mRS0_6AD		0,020	0,018	0,161	1,117	0,273
	Idade		0,001	0,001	0,098	0,797	0,432
♀	(Constante)	0,642	-0,177	0,512		-0,346	0,735
	Nºdiastotal_INTº		-0,003	0,006	-0,137	-0,551	0,590
	NihssALTA		-0,007	0,016	-0,081	-0,435	0,670
	Nºdias_t2_t2linha		-0,004	0,008	-0,120	-0,576	0,574
	AIVD4totalS		5,075E-5	0,004	0,007	0,012	0,990
	Barthel4		0,009	0,008	0,535	1,076	0,300
	EADH4depressao		0,012	0,016	0,210	0,737	0,473
	EADH4ansiedade		-0,016	0,012	-0,325	-1,292	0,217
	mRS0_6_4		-0,039	0,031	-0,238	-1,270	0,225
	mRS0_6AD		0,001	0,028	0,007	0,037	0,971
	idade		-0,001	0,002	-0,113	-0,596	0,561

MRLM; Nºdiastotal_INTº/ NihssALTA/ Nºdias_t2_t2linha/ AIVD4totalS/ Barthel4/ EADH4depressao/ EADH4ansiedade/ mRS0_6_4/ mRS0_6AD/ idade; VarDep: QdV4 (EQ5D4)

Sublinhamos os valores preditivos de qualidade de vida associados a cada género (♂: 65,3%; ♀: 64,2%) e destacamos a significância estatística das variáveis depressão (isto é, psicopatologia de natureza depressiva - $p=0,014$) e funcionalidade motora (mRS; $p=0,013$), ambas em avaliação aos 90 dias; esta significância a verificar-se para o género masculino (apesar de neste se perder a significância da variável funcionalidade geral, instrumental de vida diária). Nenhuma das variáveis consideradas é especificada, de forma estatisticamente significativa, no género feminino, apesar do valor do coeficiente de determinação ajustado (64,2%); eventualmente, verifica-se um efeito global das predictoras, que o modelo não consegue especificar. Pelo método *stepwise* torna-se relevante a variável funcionalidade instrumental de vida diária, conforme explicação seguinte.

Procurando esclarecer melhor estes dados, efectuámos uma abordagem com recurso ao método *stepwise* de selecção de variáveis, incidindo sobre todo o grupo e no seu desdobramento por géneros; verificamos que onde, pelo método *enter*, se obtinha uma explicação de 67,3% da variância na qualidade de vida aos 90 dias (quadro seguinte, a cf. quadro 95), com significância estatística das variáveis funcionalidade instrumental de vida diária, depressão e funcionalidade motora mRS, por este método (*stepwise*) constata-se que a variável funcionalidade instrumental de vida diária explica,

isoladamente, 61,3% dessa qualidade de vida (aferida aos 90 dias), com incrementos até aos 68,8% de explicação da sua variância global através das variáveis funcionalidade motora mRS, depressão e Barthel (também avaliadas aos 90 dias). Contudo, dada a correlação entre variáveis, um modelo final mais ajustado exclui tal variável funcionalidade instrumental de vida diária e acomoda (inclui) apenas as variáveis funcionalidade motora mRS, depressão e Barthel, explicando 68,1% da variância na qualidade de vida aos 90 dias (ainda quadro seguinte).

Quadro 97 - Variáveis e sua repercussão na percepção de qualidade de vida, aferida aos 90 dias

METH=ENTER			METH=STEPWISE		
Variáveis avaliadas aos 90 dias	p	R _a ²	Variáveis avaliadas aos 90 dias	R _a ²	Incremento
• Funcionalidade instrumental de vida diária (AIVD4totalS)	0,046	0,673	• Funcionalidade instrumental de vida diária (AIVD4totalS)	0,613	---
• Depressão (EADH4depressao)	0,034		• Funcionalidade motora mRS (mRS0_6_4)	0,644	+ 0,031
• Funcionalidade motora mRS (mRS0_6_4)	0,005		• Depressão (EADH4depressao)	0,671	+ 0,027
			• Barthel4	0,688	+ 0,017
AJUSTE FINAL DO MODELO:					
♦ Variáveis incluídas: mRS / depressão / Barthel					0,681
♦ Variável excluída: AIVD					

VarDep: QdV4 (EQ5D4)

Considerando o desdobramento por géneros neste recurso ao método *stepwise* de selecção de variáveis, verificamos (quadro 98) que no género feminino torna-se relevante a variável funcionalidade instrumental de vida diária, enquanto no género masculino essa relevância está distribuída por variáveis funcionais (funcionalidade instrumental de vida diária e Barthel4) mas também uma variável indiciadora de perturbação psico-emocional/ psicopatológica (depressão).

Quadro 98 - Variáveis e sua repercussão na percepção de qualidade de vida, aferida aos 90 dias

METH=STEPWISE					
♂ (n= 41)			♀ (n=25)		
Variáveis avaliadas aos 90 dias	R _a ²	Incremento	Variáveis avaliadas aos 90 dias	R _a ²	Incremento
• Funcionalidade instrumental de vida diária (AIVD4totalS)	0,547	---	• Funcionalidade instrumental de vida diária (AIVD4totalS)	0,696	---
• Depressão (EADH4depressao)	0,581	+ 0,034			
Barthel4	0,615	+ 0,034			

VarDep: QdV4 (EQ5D4)



Neste subcapítulo recorreremos à regressão linear múltipla, com selecção *enter* e *stepwise*, para nos aproximarmos de um modelo explicativo e preditivo da qualidade de vida (destes doentes) aos 30 e aos 90 dias após acidente vascular cerebral, mas incidindo, particularmente, no marco dos 3 meses.

Todas as variáveis seleccionadas (inseridas) estão agrupadas na tabela 4, na sua notação original (tal como foram inseridas no sistema e surgem em rodapé, nos quadros), as quais vimos designando de forma não necessariamente constante e única, mas sempre procurando traduzir o seu assumido e efectivo significado.

Tabela 4 - As variáveis predictoras, inseridas no modelo

TEMPO NO HOSPITAL; IDADE	DANO NEUROLÓGICO	FUNCIONALIDADE	MANIFESTAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS
		Barthel2	
Nºdiastotal_INTº	NihssALTA	Barthel4	EADH2depressao
Nºdias_t2_t2linha		mRS0_6_4	EADH2ansiedade.
Idade		mRS0_6AD	EADH4depressao
		cAIVD3totalS	EADH4ansiedade
		AIVD4totalS	

VARIÁVEL DEPENDENTE: QdV3 (EQ5D3) e QdV4 (EQ5D4)

As seguintes designações exemplificam algumas das adoptadas ao longo deste capítulo, em referência às variáveis: número de dias de internamento ou tempo total de internamento (t_1-t_2); prolongamento de internamento (t_2-t_2'); nº de dias entre alta e saída efectiva (t_2-t_2''); dano/score neurológico (NIHSS); funcionalidade (Barthel; mRS; AIVD); funcionalidade motora mRS; funcionalidade discriminante (AIVD); funcionalidade geral ou instrumental (AIVD); depressão e/ou ansiedade (da EADH); manifestações psicopatológicas/ manifestações psico-emocionais de natureza;

Assim, pelo método *enter* de selecção de variáveis e relativamente à repercussão na qualidade de vida percebida e aferida pelos 30 dias, podemos referir o tempo total de internamento e a funcionalidade (Barthel2: score na alta) como preditores estatisticamente significativos dessa ($p=0,015$ e $p\leq 0,001$ respectivamente), explicando uma proporção relativamente elevada (cerca de 72%) da sua variância. O tempo de internamento além do considerado normal (prolongamento de internamento: t_2-t_2') contribuirá para o modelo mas sem relevância estatística.

Pelo mesmo método de selecção de variáveis (*enter*) e relativamente à repercussão na qualidade de vida aferida pelos 90 dias, referimos a depressão, a funcionalidade motora mRS e a funcionalidade geral, instrumental de vida diária como preditores estatisticamente significativos dessa qualidade de vida ($p=0,034$ / $0,005$ / $0,046$, respectivamente), explicando uma proporção relativamente elevada da sua variância (67,3%). Relativamente às duas primeiras, depressão e funcionalidade mRS, destacamos o facto de serem estatisticamente significativas no género masculino ($p=0,014$; $p=0,013$) e não no género feminino, como já tinha sido referido antes. Verificamos a ausência de significância estatística da variável prolongamento de internamento (t_2-t_2'), nas sucessivas abordagens.

Pelo método *stepwise*, considerando a repercussão na qualidade de vida dos doentes (aferida pelos 90 dias pós-AVC), verifica-se a relevância explicativa e preditora (de base) da variável funcionalidade instrumental de vida diária, embora um modelo final mais ajustado a exclua, incluindo apenas as variáveis mRS, depressão e Barthel (por esta ordem), explicando 68,1% da variância na qualidade de vida aos 90 dias. Na abordagem por género, essa variável funcionalidade instrumental de vida diária é a única preditora (69,6%) nas mulheres, enquanto nos homens a importância explicativa está distribuída por essa e outras, nomeadamente a capacidade para satisfação de actividades de vida diária (Barthel) e manifestações de natureza depressiva, como ficou referido acima.

2.9 - O ENCAMINHAMENTO PÓS-HOSPITALAR

Para abordar alguns elementos relativos ao que temos designado de encaminhamento pós-hospitalar, teremos que nos centrar no que decorre da orientação clínica aquando da saída do doente do contexto hospitalar (alta/saída), cruzando-o com todas as outras variáveis que são do nosso interesse e objecto de análise.

Relembramos que os doentes regressaram maioritariamente ao seu domicílio (~75%), cerca de 19% foram conduzidos para unidades de cuidados continuados e, marginalmente, verificaram-se outras situações, conforme quadro seguinte.

Quadro 99 - Orientação clínica na saída do hospital (encaminhamento pós-hospitalar)

Encaminhamento pós-hospitalar \ n°&%	n	%	% Acumulada
Domicílio	82	74,5	74,5
UCC - unidade cuidados continuados	21	19,1	93,6
Outra situação	7	6,4	100,0
Total	110	100,0	

Naturalmente assentes em critérios múltiplos e de diversa natureza (clínica, familiar, social, económica, cultural, outra), estas opções de encaminhamento decorrem do alinhamento desses critérios e intersectam-se com um habitual e forte desejo de regresso/ saída, particularmente por parte dos doentes; decorrem, pois, de elementos variados e podem vir a repercutir-se, também de formas muito diferenciadas, em elementos como a funcionalidade, a qualidade de vida e as manifestações psico-emocionais e/ou psicopatológicas.

O quadro 100 pretende ilustrar tal realidade, permitindo uma comparação genérica de alguns dos dados obtidos e de interesse nesta análise.

Quadro 100 - Orientação clínica implementada à saída e algumas variáveis de interesse, em função dos vários momentos de avaliação efectuados

	Domicílio					UCC - unidade cuidados continuados					Outra situação				
	N	Min	Mx	\bar{X}	Sd.	N	Min	Mx	\bar{X}	Sd.	N	Min	Mx	\bar{X}	Sd.
NihssADM	60	0	20	6,22	4,70	20	5	27	14,90	7,10	7	2	26	10,14	8,05
Nihss7	49	0	14	3,78	3,70	19	5	30	14,26	7,84	7	2	22	11,14	8,49
NihssALTA	74	0	12	2,53	2,76	21	3	30	12,05	7,36	7	2	18	8,43	6,88
Nºdias_t2_t2linha	82	0	14	1,37	2,87	21	1	84	23,52	18,26	7	0	52	10,00	18,72
mRS0_6Alt	81	0	4	1,85	1,05	21	4	5	4,29	0,46	7	1	4	2,71	1,11
Barthel1	82	0	100	70,49	29,39	21	0	30	9,43	10,88	7	0	100	29,43	42,43
Barthel2	82	20	100	89,51	18,55	21	0	75	26,43	23,83	7	10	100	60,71	39,52
Barthel3	81	20	100	92,35	16,39	21	0	100	30,95	30,07	7	10	100	59,29	38,13
Barthel4	81	20	100	93,52	16,17	20	0	100	44,25	37,25	6	65	100	85,00	11,83
EADH2ansiedade	75	2	14	6,40	3,02	8	5	15	9,13	3,36	5	7	13	9,60	2,70
EADH2depressao	75	0	15	6,80	3,35	8	8	21	13,37	4,96	5	9	19	12,60	4,34
EADH3ansiedade	74	0	11	5,70	2,83	8	6	13	8,75	2,44	5	6	13	9,20	3,27
EADH3depressao	74	0	14	6,11	3,45	8	8	21	13,00	4,78	5	7	19	14,40	4,78
EADH4ansiedade	74	1	11	5,20	2,78	8	4	11	7,88	2,85	3	3	11	6,67	4,04
EADH4depressao	74	0	14	4,95	3,34	8	3	18	10,38	5,81	3	4	12	9,33	4,62
QdV2	80	5	13	7,35	2,01	16	10	13	12,38	0,96	7	5	13	10,29	3,20
QdV3	80	5	12	7,14	1,80	16	9	13	12,19	1,42	7	7	15	11,29	2,63
QdV4	80	5	13	7,00	1,86	15	8	14	11,67	1,80	6	8	13	10,00	1,79
N válido (de lista)	38					7					3				

Sem fazer uma decomposição e descrição do mesmo, focamo-nos apenas sobre duas variáveis que melhor caracterizam a funcionalidade destes doentes (sem deixar de sublinhar a importância da avaliação de dano neurológico, traduzido pela NIHSS). Assim, destacamos do quadro as variáveis mRS: Rankin scale e Barthel, adicionamos a variável AIVD, em avaliações aos 30 e 90 dias (quadro 101), para lembrar a evolução no sentido da melhoria funcional, como traduzem os scores obtidos nesses momentos, com aumento do valor médio entre esses e, para a mRS, evolução igualmente positiva, diminuindo o valor da média.

Quadro 101 - Variáveis que caracterizam a percepção de “funcionalidade”, em função de 2 momentos de avaliação efectuados

VARIÁVEIS	Avaliação aos 30 dias					Avaliação aos 90 dias				
	N	Min	Mx	\bar{X}	Sd.	N	Min	Mx	\bar{X}	Sd.
mRS (Rankin scale)	109	0	5	2,10	1,43	107	0	5	1,77	1,41
Barthel: Act Fund Vida Diária	109	0	100	78,39	32,47	107	0	100	83,83	28,64
AIVD - Act Instr Vida Diária	77	6,67	100,0	77,79	23,23	78	6,67	100,0	84,57	21,48
N válido (de lista)	77					78				

Analisando esses indicadores de funcionalidade e relacionando-os com a orientação clínica adoptada (encaminhamento pós-hospitalar), poderemos destacar, conforme quadro seguinte, os scores médios mais elevados (com menor desvio padrão) nos doentes encaminhados para domicílio, contrariamente aos orientados para UCC ou, mesmo, para outras situações. Devemos

referir que a escala *AIVD* não foi aplicada a doentes institucionalizados (UCC e, mesmo, outra situação). Tal como ficou referido antes, independentemente da orientação à saída verificou-se melhoria funcional entre os 30 e os 90 dias.

Quadro 102 - Orientação clínica à saída (encaminhamento pós-hospitalar) e variáveis que caracterizam a percepção de “funcionalidade”, aos 30 e 90 dias

Orientação clínica à saída e indicadores/ dimensões funcionais		Avaliação aos 30 dias			Avaliação aos 90 dias		
		N	\bar{X}	Sd.	N	\bar{X}	Sd.
Domicílio	mRS (Rankin scale)	81	1,51	1,01	81	1,23	1,02
	Barthel - Act Fundam VD	81	92,35	16,40	81	93,52	16,17
	AIVD - Act Instr VD	75	78,44	22,24	76	84,59	21,74
	N válido (de lista)	75			76		
UCC Unidade cuidados continuados	mRS (Rankin scale)	21	4,10	0,77	20	3,80	1,01
	Barthel - Act Fundam VD	21	30,95	30,03	20	44,25	37,25
	AIVD - Act Instr VD	0	---	---	1	77,78	---
	N válido (de lista)	0			1		
Outra situação	mRS (Rankin scale)	7	3,00	1,29	6	2,17	0,75
	Barthel - Act Fundam VD	7	59,29	38,13	6	85,00	11,83
	AIVD - Act Instr VD	2	53,33	56,57	1	90,00	.
	N válido (de lista)	2			1		

Relacionando a funcionalidade (escalas em apreço) com o género (quadro seguinte) destacamos a evolução favorável em ambos os géneros, entre os momentos de avaliação, sendo inferiores os scores (traduzindo pior funcionalidade) para o género feminino relativamente ao masculino, nesses mesmos momentos.

Quadro 103 - Género e variáveis que caracterizam a percepção de “funcionalidade”, aos 30 e 90 dias

Género e dimensões funcionais/ funcionalidade		Avaliação aos 30 dias			Avaliação aos 90 dias		
		N	\bar{X}	Sd.	N	\bar{X}	Sd.
♂	mRS (Rankin scale)	62	1,89	1,40	62	1,66	1,46
	Barthel - Act Fundam VD	62	81,05	31,40	62	84,19	28,73
	AIVD - Act Instr VD	48	83,68	18,62	48	88,13	18,63
	N válido (de lista)	48			48		
♀	mRS (Rankin scale)	47	2,38	1,44	45	1,91	1,35
	Barthel - Act Fundam VD	47	74,89	33,84	45	83,33	28,82
	AIVD - Act Instr VD	29	68,05	26,93	30	78,89	24,66
	N válido (de lista)	29			30		

Recorrendo novamente aos modelos estatísticos de regressão linear, numa perspectiva exploratória, verificámos em que medida as diferentes variáveis funcionais agora tratadas como dependentes (Rankin scale; Barthel e AIVD) são influenciadas (em avaliação pelos 3 meses) por outras variáveis ou, por outro lado, estas mesmas variáveis pesam como preditoras (efeito inverso). Utiliza-se agora um modelo de regressão múltipla para desvendar alguma desta influência.

Quadro 104 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Rankin), aos 90 dias pós-AVC

Modelo	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	0,532	0,481	0,218		2,207	0,030
NihssALTA		0,181	0,042	0,435	4,327	0,000
Nºdias_t2_t2linha		0,054	0,016	0,351	3,393	0,001
EADH2ansiedade		0,010	0,041	0,030	0,256	0,798
EADH2depressao		0,017	0,036	0,062	0,477	0,635

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/t₂-t₂/EADH2ansiedade/ EADH2depressao; VarDep: mRS0_6_4

Da análise ao quadro anterior podemos referir que a funcionalidade motora (aqui caracterizada pela escala de Rankin como dependente, pelos 90 dias) é explicada em 53,2% da sua variância pelo dano neurológico (NIHSS, na alta: $p < 0,001$) e dias de prolongamento do internamento ($p = 0,001$).

Relativamente às manifestações psicopatológicas aquando da alta/ saída (ansiedade e depressão), não revelaram significância estatística neste modelo. Introduzindo outras leituras desta mesma escala relativa às manifestações psicopatológicas - agora aos 90 dias pós-AVC - e auscultando/ investigando o efeito preditor global na vertente funcional (escala modificada de Rankin), resulta o quadro seguinte;

Quadro 105 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Rankin), aos 90 dias pós-AVC

Modelo	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	0,549	0,372	0,222		1,677	0,098
NihssALTA		0,154	0,042	0,369	3,617	0,001
Nºdias_t2_t2linha		0,048	0,016	0,312	3,071	0,003
EADH2ansiedade		-0,003	0,044	-0,009	-0,071	0,943
EADH2depressao		-0,018	0,037	-0,065	-0,484	0,630
EADH4ansiedade		0,036	0,048	0,095	0,748	0,457
EADH4depressao		0,064	0,037	0,237	1,738	0,087

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t₂-t₂/EADH2ansied/ EADH2dep/ EADH4ansied/ EADH4dep; VarDep: mRS0_6_4

Podemos referir que a funcionalidade motora (escala de Rankin como v. dependente) é explicada, com significância estatística, em cerca de 55% da sua variância ainda pelo dano neurológico (NIHSS, na alta: $p = 0,001$) e pelos dias de prolongamento do internamento ($p = 0,003$). As manifestações psicopatológicas (avaliadas na alta/ saída e pelos 90 dias) não revelaram significância estatística neste modelo, logo sem características predictoras.

Introduzindo no modelo outro factor potencialmente preditor (idade do doente), obtemos o quadro seguinte; tal como antes, mantém-se o poder explicativo do dano neurológico (NIHSS, na

alta: $p < 0,001$) e prolongamento do internamento ($p = 0,005$), sendo que a idade também é estatisticamente significativa ($p = 0,045$), contribuindo para a explicação de 56,8% da variância associada à funcionalidade motora resultante (escala de Rankin, aos 90 dias).

Quadro 106 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Rankin), aos 90 dias pós-AVC

Modelo	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	0,568	-0,728	0,582		-1,251	0,215
NihssALTA		0,172	0,042	0,412	4,039	0,000
Nºdias_t2_t2linha		0,045	0,015	0,291	2,907	0,005
EADH2ansiedade		0,013	0,043	0,037	0,302	0,764
EADH2depressao		-0,041	0,038	-0,150	-1,082	0,283
EADH4ansiedade		0,047	0,047	0,125	0,999	0,321
EADH4depressao		0,065	0,036	0,238	1,780	0,079
Idade		0,016	0,008	0,170	2,037	0,045

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t₂-t₂/ EADH2ansied/ EADH2dep/ EADH4ansied/ EADH4dep/ Idade; VarDep: mRS0_6_4

As manifestações psicopatológicas (avaliadas na alta/saída e 90 dias) não revelaram, novamente, qualquer significância estatística no modelo. Estabilizando esta abordagem (quadro anterior), fazemos em seguida uma análise que leva em consideração o género dos doentes; os resultados são os seguintes:

Quadro 107 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Rankin), aos 90 dias pós-AVC, em função do género dos doentes

Modelo	♂			♀		
	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.
(Constante)	0,565	-1,372	0,178	0,493	-0,054	0,957
NihssALTA		2,683	0,011		2,228	0,036
Nºdias_t2_t2linha		1,882	0,067		1,758	0,093
EADH2ansiedade		0,327	0,746		0,307	0,762
EADH2depressao		-0,456	0,651		-0,895	0,380
EADH4ansiedade		0,936	0,355		-0,046	0,964
EADH4depressao		0,872	0,388		1,989	0,059
Idade		1,863	0,070		0,431	0,671

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t₂-t₂/ EADH2ansied/ EADH2dep/ EADH4ansied/ EADH4dep/ Idade; VarDep: mRS0_6_4

A variabilidade associada à funcionalidade é diferentemente explicada, nas suas proporções, nos géneros masculino (56,5%) e feminino (49,3%), embora apenas a variável dano neurológico (NIHSS, na alta) seja estatisticamente significativa ($p = 0,011$ e $p = 0,036$) nos géneros considerados. As restantes variáveis predictoras, nomeadamente o prolongamento de internamento e a idade, deixaram de mostrar a significância antes evidenciada.

Mantendo a perspectiva exploratória, fazemos agora uma análise que leva em consideração o encaminhamento pós-hospitalar dos doentes (orientação clínica); lembrando que o grupo se

distribuiu entre encaminhamento para domicílio (n=82; 74.5%), para ucc - unidade de cuidados continuados (n=21; 19.1%) e para outras situações (n=07; 6.4%). De referir ainda que, dado o modelo estatístico de regressão linear, deixámos de considerar a variável psicopatológica, por inexistência de alguns dados que dificultavam o processamento estatístico. Assim, tendo como variável sob atenção (dependente) a funcionalidade (escala de Rankin, 90 dias) e considerando a orientação clínica, resulta o quadro seguinte:

Quadro 108 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Rankin), aos 90 dias pós-AVC, em função da orientação clínica implementada

Modelo/Orientação	DOMICILIO			UCC			OUTRAS SITUAÇÕES		
	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.
1 (Constante)	0,467	-0,744	0,459	0,348	0,930	0,366	0,947	-0,422	0,714
NihssALTA		6,151	0,000		2,747	0,014		4,085	0,055
Nºdias_t2_tlinha		2,939	0,004		1,225	0,238		5,640	0,030
Idade		1,833	0,071		0,585	0,567		1,855	0,205

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t2-t2/ Idade; VarDep: mRS0_6_4

Podemos referir a provável influência do tamanho das subamostras nos resultados, sendo que deveremos ignorar os relativos a outras situações; considerando as restantes (domicílio e ucc) referir o valor de R_a^2 , mostrando proporções menos elevadas para explicação da funcionalidade (46,7% e 34,8%), sendo que, na orientação para domicílio, se revela estatisticamente significativo o dano neurológico (NIHSS, na alta: $p < 0,001$) e o nº de dias de prolongamento do internamento ($p = 0,004$) enquanto na orientação para ucc apenas o dano neurológico (NIHSS, na alta) tem essa característica ($p = 0,014$).

Mantendo a perspectiva exploratória já contextualizada e relativa à abordagem das diferentes variáveis funcionais (Rankin scale; Barthel; AIVD) elegemos agora como variável dependente (variável-resposta) a escala de Barthel, traduzindo funcionalidade básica pois revela a capacidade de satisfação de necessidades de natureza elementar e igualmente referenciada aos 90 dias. Da observação do quadro seguinte, podemos destacar:

Quadro 109 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Barthel), aos 90 dias pós-AVC

Modelo	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
1 (Constante)	0,434	104,984	3,239		32,411	0,000
NihssALTA		-1,158	0,620	-0,213	-1,868	0,066
Nºdias_t2_tlinha		-0,391	0,229	-0,195	-1,708	0,092
EADH2ansiedade		0,559	0,637	0,122	0,877	0,383
EADH2depressao		-0,661	0,540	-0,185	-1,223	0,225
EADH4ansiedade		0,017	0,694	0,003	0,025	0,980
EADH4depressao		-1,165	0,541	-0,329	-2,154	0,035

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t2-t2/ EADH2ansied/ EADH2dep/ EADH4ansied/ EADH4dep; VarDep: Barthel4

A funcionalidade básica pelos 90 dias (Barthel4) é explicada, com significância estatística ($p=0,035$), apenas pela subescala depressão da escala adh (também aos 90 dias) sendo que num modelo que apenas explica 43,4% da sua variância.

Sublinhamos a não significância estatística relativa ao dano neurológico (NIHSS, na alta) e dias de prolongamento do internamento (t_2-t_2), contrariamente ao que verificámos acima.

Introduzindo neste modelo outro factor potencialmente preditor (idade do doente), obtemos os resultados do quadro seguinte:

Quadro 110 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Barthel), aos 90 dias pós-AVC

Modelo	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	0,440	115,783	8,640		13,401	0,000
NihssALTA		-1,335	0,630	-0,246	-2,118	0,038
Nºdias_t2_t2linha		-0,359	0,229	-0,179	-1,567	0,122
EADH2ansiedade		0,400	0,645	0,087	0,621	0,537
EADH2depressao		-0,433	0,563	-0,121	-0,770	0,444
EADH4ansiedade		-0,094	0,695	-0,019	-0,135	0,893
EADH4depressao		-1,167	0,538	-0,329	-2,169	0,033
Idade		-0,152	0,113	-0,128	-1,347	0,182

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t_2-t_2 / EADH2ansied/ EADH2dep/ EADH4ansied/ EADH4dep/ Idade;
VarDep: Barthel4

Destacamos o poder explicativo do dano neurológico (NIHSS, na alta: $p=0,038$) e subescala depressão da escala adh, aos 90 dias ($p=0,033$), num modelo que apenas explica 44% da variância associada à funcionalidade básica resultante (escala de Barthel, aos 90 dias). Sublinhamos a não significância estatística de idade.

Analisando estes dados mas considerando o género dos doentes, obtemos os resultados reunidos no quadro seguinte:

Quadro 111 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Barthel), aos 90 dias pós-AVC, em função do género dos doentes

Modelo	R_a^2	♂		♀	
		t	Sig.	t	Sig.
(Constante)	0,520	10,595	0,000	7,376	0,000
NihssALTA		-1,926	0,061	-0,397	0,695
Nºdias_t2_t2linha		-1,551	0,129	-0,297	0,770
EADH2ansiedade		-0,164	0,871	0,760	0,455
EADH2depressao		-0,702	0,487	-0,162	0,872
EADH4ansiedade		-0,330	0,743	0,327	0,746
EADH4depressao		-0,610	0,546	-3,192	0,004
Idade		-1,945	0,059	0,074	0,941

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t_2-t_2 / EADH2ansied/ EADH2dep/ EADH4ansied/ EADH4dep/ Idade;
VarDep: Barthel4

As variáveis predictoras explicam, em proporções diferenciadas face ao género, a capacidade de desempenho perante necessidades básicas ou fundamentais (funcionalidade básica), embora sem significância estatística de nenhuma das consideradas. Verificamos que no género masculino e feminino explicam 52% e 38,7%, respectivamente, dessa variância.

Considerando o encaminhamento pós-hospitalar dos doentes e continuando a análise, com os pressupostos acima enunciados (nomeadamente a diferente representação das subamostras e termos deixado de considerar a variável psicopatológica, por inexistência de alguns registos), verificamos que a variável sob atenção (dependente), está diferentemente explicada em função de tal orientação clínica; o quadro seguinte reúne os dados:

Quadro 112 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala de Barthel), aos 90 dias pós-AVC, em função da orientação clínica implementada

Modelo/Orientação	DOMICILIO			UCC			OUTRAS SITUAÇÕES		
	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.
1 (Constante)	0,498	17,890	0,000	0,392	2,046	0,058	0,787	4,481	0,046
NihssALTA		-6,486	0,000		-3,110	0,007		-2,322	0,146
Nºdias_t2_t2linha		-2,533	0,014		-1,130	0,275		-2,467	0,132
Idade		-2,899	0,005		-0,564	0,580		-0,743	0,535

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t₂-t₂/ Idade; VarDep: Barthel4

Estes permitem afirmar que a orientação clínica (naturalmente) também é explicada pelas variáveis predictoras consideradas; ignorando os dados relativos a outras situações (n=07; 6.4%), consideramos os restantes (domicílio e ucc) e referimos o valor de R_a^2 a revelar proporções de 49,8% (orientação para domicílio) e 39,2% (orientação para ucc) da explicação de variância da funcionalidade em estudo.

Contudo, na orientação para domicílio revela-se significância estatística para todos os preditores (dano neurológico: NIHSS, na alta; nº de dias de prolongamento do internamento: t₂-t₂ e idade) enquanto na orientação para ucc apenas o dano neurológico (NIHSS, na alta) tem essa característica (p=0,007).

Continuando com a perspectiva exploratória relativa às diferentes variáveis funcionais (Rankin scale; Barthel; AIVD) elegemos agora como variável dependente (variável-resposta) a escala de funcionalidade instrumental, ou seja, a escala de actividades instrumentais de vida diária, avaliadas aos 90 dias pós-AVC.

Do quadro seguinte podemos sublinhar que este nível de funcionalidade instrumental é explicado por 3 preditores estatisticamente significativos (nomeadamente pela subescala depressão da escala

adh (pelos 90 dias), pelo dano neurológico (NIHSS, na alta) e pelo nº de dias de prolongamento do internamento (t_2-t_2)), embora apenas explicando 42,4% da sua variância. Sublinhamos a não significância estatística das subescalas de ansiedade (na alta/ saída e 90 dias) e subescala depressão (na alta/ saída).

Quadro 113 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala aivd), aos 90 dias pós-AVC

Modelo	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	0,424	106,948	4,287		24,948	0,000
NihssALTA		-2,161	0,944	-0,238	-2,289	0,026
Nºdias_t2_t2linha		-1,365	0,646	-0,211	-2,112	0,039
EADH2ansiedade		0,695	0,811	0,121	0,858	0,395
EADH2depressao		-0,921	0,704	-0,176	-1,310	0,195
EADH4ansiedade		-0,860	0,897	-0,143	-0,960	0,341
EADH4depressao		-1,702	0,798	-0,321	-2,133	0,037

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t_2-t_2 / EADH2ansied/ EADH2dep/ EADH4ansied/ EADH4dep;
VarDep: AIVD4totalS

Introduzindo neste mesmo modelo outro factor potencialmente preditor (idade do doente) e verificando o efeito na funcionalidade que designamos de instrumental (AIVD), obtemos os seguintes resultados (quadro 114):

Quadro 114 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala aivd), aos 90 dias pós-AVC

Modelo	R_a^2	Coef não padronizados		Coef padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	0,471	130,959	10,519		12,450	0,000
NihssALTA		-2,711	0,932	-0,299	-2,908	0,005
Nºdias_t2_t2linha		-1,070	0,631	-0,166	-1,696	0,095
EADH2ansiedade		0,347	0,790	0,060	0,440	0,662
EADH2depressao		-0,256	0,726	-0,049	-0,353	0,726
EADH4ansiedade		-1,133	0,867	-0,189	-1,307	0,196
EADH4depressao		-1,747	0,765	-0,330	-2,283	0,026
Idade		-0,350	0,141	-0,256	-2,480	0,016

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t_2-t_2 / EADH2ansied/ EADH2dep/ EADH4ansied/ EADH4dep/Idade;
VarDep: AIVD4totalS

Tal funcionalidade mais discriminativa é agora explicada, em 47,1% da sua variância e de modo estatisticamente significativo, pelos preditores dano neurológico (NIHSS, na alta), pelos scores na subescala depressão da escala ADH (aos 90 dias), e pela idade dos doentes; deixa de o ser, relativamente ao quadro anterior (nº 113), pelo nº de dias de prolongamento do internamento (t_2-t_2).

Mantendo a linha de abordagem, fazemos uma análise que leve em consideração o género dos doentes; os resultados são os seguintes:

Quadro 115 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na FUNCIONALIDADE (escala aivd), aos 90 dias pós-AVC, em função do género dos doentes

Modelo	♂			♀		
	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.
(Constante)		10,645	0,000		6,154	0,000
NihssALTA		-2,930	0,006		-1,309	0,208
Nºdias_t2_t2linha		0,274	0,786		-0,522	0,609
EADH2ansiedade	0,558	-2,078	0,046	0,412	1,765	0,096
EADH2depressao		2,386	0,023		-1,423	0,173
EADH4ansiedade		-0,856	0,398		-0,607	0,552
EADH4depressao		-2,853	0,007		-1,039	0,314
Idade		-3,365	0,002		-0,860	0,402

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t₂-t₂/ EADH2ansied/ EADH2dep/ EADH4ansied/ EADH4dep/ Idade;
VarDep: AIVD4totalS

Em termos gerais referimos que as variáveis predictoras (neste modelo) explicam, de forma diferenciada face ao género, a funcionalidade instrumental aferida pelos 90 dias, tal como se vem revelando já em análises anteriores. No género masculino, explicando cerca de 60% da sua variância, com significância estatística ($p < 0,05$) para a generalidade dos preditores (exceptuando o prolongamento do internamento (t_2-t_2) e subescala de ansiedade (aos 90 dias); no género feminino, explicando apenas 41,2% da sua variância e sem significância estatística ($p < 0,05$) de qualquer desses mesmos preditores.

Uma vertente já explorada neste texto refere-se à percepção de qualidade de vida aferida, nomeadamente, aos 90 dias pós-AVC (ver subcapítulos anteriores, 2.7 e 2.8); porque também consideramos, neste trabalho, a orientação clínica implementada, poderemos tentar perceber, num modelo de regressão múltipla, as relações entre essa qualidade de vida (variável dependente aos 3 meses), o encaminhamento pós-hospitalar adoptado e alguns preditores seleccionados (dum leque alargado de possibilidades).

Da análise do quadro 116 podemos sublinhar que, considerados os preditores dano neurológico (NIHSS na alta), nº de dias de prolongamento do internamento (t_2-t_2) e idade dos doentes, a variância explicada nesta qualidade de vida (3 meses) varia entre 45,2% (domicilio; com significância estatística para a variável dano neurológico e prolongamento do internamento) e 33,9% (ucc; com significância estatística apenas para a variável dano neurológico).

Representando apenas 6,4% dos doentes ($n=7$) a orientação designada de outras situações é ignorada nestes comentários.

Quadro 116 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na qualidade de vida (QdV, aos 90 dias), em função da orientação clínica implementada

Modelo/Orientação	DOMICILIO			UCC			OUTRAS SITUAÇÕES		
	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.
1 (Constante)	0,452	5,157	0,000	0,339	2,376	0,037	0,686	0,802	0,506
NihssALTA		5,802	0,000		2,580	0,026		3,464	0,074
Nºdias_t2_t2linha		3,431	0,001		1,730	0,112		1,096	0,387
Idade		1,106	0,273		-0,235	0,819		0,811	0,503

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t₂-t₂/ Idade; VarDep: QdV4

Inserindo a variável género (sexo) no modelo estatístico, como potencialmente preditora, poderemos perceber a sua não significância estatística quando da saída para domicílio, ao contrário do que se verifica quando a saída é para unidades de cuidados continuados. No primeiro caso (domicílio), estas variáveis explicam 44,4% da variância na qualidade de vida (aos 3 meses) e, no segundo (ucc), explicam 55,5% nessa mesma percepção de qualidade de vida (quadro seguinte).

Quadro 117 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na qualidade de vida (QdV, aos 90 dias), em função da orientação clínica implementada

Modelo/Orientação	DOMICILIO			UCC			OUTRAS SITUAÇÕES		
	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.
1 (Constante)	0,444	4,744	0,000	0,555	2,753	0,020	0,886	0,157	0,901
NihssALTA		5,759	0,000		3,800	0,003		6,065	0,104
Nºdias_t2_t2linha		3,383	0,001		1,106	0,294		2,768	0,221
Idade		1,093	0,279		0,672	0,517		2,451	0,247
Sexo		0,000	1,000		-2,515	0,031		-2,122	0,280

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t₂-t₂/ Idade/ Sexo; VarDep: QdV4

Em termos exploratórios, procuramos perceber outras relações entre os dados. Neste modelo de regressão múltipla, articulamos a orientação clínica (para domicílio e ucc) e género dos doentes, com a percepção de qualidade de vida manifestada aos 3 meses; não consideramos a orientação para outras situações, como já foi explicado antes.

Considerados os preditores dano neurológico (NIHSS na alta), nº de dias de prolongamento do internamento (t₂-t₂) e idade dos doentes (quadro 118), a variância explicada nesta qualidade de vida (aos 3 meses) é manifestamente diferente entre homens e mulheres (superior nas mulheres), quer comparando na mesma a orientação clínica (domicílio ou ucc), quer entre estas duas opções. Nenhuma das variáveis preditoras tem significância estatística quando se verifica saída para ucc, contrariamente ao verificado para domicílio.

Quadro 118 - Variáveis valorizadas e sua repercussão na qualidade de vida, em função da orientação clínica e género dos doentes

Modelo/ Orientação e Género	DOMICILIO						UCC					
	♂			♀			♂			♀		
	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.	R_a^2	t	Sig.
(Constante)		3,300	0,002		3,999	0,001		1,170	0,307		1,276	0,292
1 NihssALTA	0,357	4,079	0,000	0,586	4,273	0,000	0,132	1,904	0,130	0,556	1,846	0,162
Nºdias_t2_t2linha		1,637	0,110		3,662	0,001		0,485	0,653		1,203	0,315
Idade		0,890	0,379		0,519	0,608		0,538	0,619		-0,489	0,658

MRLM; METH=ENTER: NihssALTA/ t₂-t₂/ Idade; VarDep: QdV4



Em breve síntese, assumimos neste subcapítulo uma abordagem exploratória, diversa, ainda que inicialmente subordinado ao tema «encaminhamento pós-hospitalar» e dados inerentes.

Relembrámos os dados de partida, ou seja, o que se passou e para onde foram encaminhados os doentes. Focámo-nos primeiro sobre variáveis ou indicadores de funcionalidade e relacionámo-los com a orientação ou encaminhamento pós-hospitalar adoptado. Sem surpresa, verifica-se que há melhoria funcional entre os 30 dias e os 90 dias pós-AVC, independentemente da orientação (domicílio, UCC, outra); também se constata que os doentes encaminhados para domicílio, naturalmente, reuniam as melhores condições funcionais, comparativamente aos doentes com outros destinos pós-saída. O carácter exploratório assumido conduziu ao recurso a modelos de regressão linear múltipla, mas trabalhando as variáveis funcionais (mRS0_6_4; Barthel4; AIVD4totalS) como dependentes; destacamos a análise que considerou o encaminhamento pós-hospitalar dos doentes, tendo como variável dependente a funcionalidade obtida pela escala de Rankin (aos 90 dias); ignorando os dados relativos a outras situações (dado baixo “n” das subamostras), referimos os valores relativamente baixos do coeficiente de determinação ajustado (R_a^2) no modelo, apenas explicando 46,7% e 34,8% (no encaminhamento para domicílio e para as UCC, respectivamente), sendo que, na orientação para domicílio, se revelaram estatisticamente significativos o dano neurológico (NIHSS alta; $p < 0,001$) e o número de dias de prolongamento do internamento ($p = 0,004$) enquanto na orientação para as UCC apenas o dano neurológico (NIHSS, na alta) tem significância estatística ($p = 0,014$). O dano neurológico, traduzindo e revelando o essencial deste problema de saúde. Ainda considerando o encaminhamento pós-hospitalar, verifica-se situação semelhante quando assumimos como variável dependente a funcionalidade básica, traduzida pela escala de Barthel (90 dias); ignorados os dados relativos a outras situações (dado baixo “n”), relembramos as proporções obtidas (49,8%: orientação para domicílio; 39,2%: orientação para UCC) na explicação de variância da funcionalidade (Barthel); contudo, na orientação para domicílio revela-se significância estatística para todos os preditores considerados (dano neurológico (NIHSS, alta); dias de prolongamento do internamento (t₂-t₂); idade) enquanto na orientação para UCC apenas o dano neurológico (NIHSS, na alta) revela significância ($p = 0,007$).

Ainda como nota de síntese, referimos acima que este carácter exploratório passou pelo recurso a um modelo de regressão linear em que algumas variáveis funcionais (mRS; Barthel; AIVD) foram posicionadas como dependentes; nessa abordagem, destacamos a irregularidade da variável prolongamento de internamento quanto ao apresentar, ou não, significância estatística enquanto preditora dessa funcionalidade, quer para o total amostral quer para subgrupos definidos, por exemplo, em função do género.

Considerámos ainda a vertente da percepção de qualidade de vida aos 3 meses, nesta análise inerente ao encaminhamento pós-hospitalar (orientação clínica para saída). Efectivamente, como foi dito, quisemos quantificar, num modelo de regressão múltipla, as relações entre essa qualidade de vida percebida (variável dependente), o encaminhamento pós-hospitalar adoptado e os preditores seleccionados; ignorámos, novamente, os dados relativos a outras situações (dado baixo “n”). Como mostrámos antes, a variância explicada (coeficiente de determinação ajustado) nesta dimensão qualidade de vida é de 45,2% (no encaminhamento para domicílio, com significância estatística para a variável dano neurológico e prolongamento do internamento) e de 33,9% (na orientação para UCC, com significância estatística apenas para a variável dano neurológico).

Tendo sido considerados outros elementos, estes foram os mais relevantes no que se refere, especificamente, ao encaminhamento pós-hospitalar.

2.10 - VIVÊNCIAS PÓS-AVC ISQUÉMICO – AS PESSOAS E SEUS CONTEXTOS, EM ABORDAGEM DISTANCIADA NO TEMPO PÓS-EVENTO.

Como já referimos no início deste capítulo 2, reunimos agora os resultados duma segunda fase do estudo, assente nas entrevistas efectuadas a uma subamostra dos doentes que integraram a primeira fase.

Efectivamente, após intervenção dos serviços centrais de saúde face ao AVC, esses doentes regressaram a um ambiente pós-hospitalar, maioritariamente ao próprio domicílio, ou ao de um familiar. Num momento temporal já distante relativamente ao início de cada um dos actuais processos de doença, entrevistámos uma subamostra dos mesmos, conforme explicitado em metodologia.

Foram realizadas 12 entrevistas.

Os doentes e/ou seus familiares (os 12 entrevistados, e muitos outros, numa fase preparatória) foram previamente contactados via telefone, efectuando-se uma contextualização do estudo e do

processo terapêutico, assim como a necessária e recomendável verificação da possibilidade de pensar e responder, de forma perceptível, por parte dos mesmos (aspectos previamente conhecidos pelo investigador mas carecendo de confirmação). A sua média de idades era, em Janeiro de 2014 (altura em que ocorreram as entrevistas) cerca de 71 anos ($71,3 \pm 10,4$); desde o momento do AVC tinham decorrido entre 347 e 779 dias ($\bar{X}=690,3$ dias); quanto ao tempo total de internamento, variou de 9 a 61 dias, com média $\bar{X}=21$ dias.

Considerando o tempo decorrido entre data óptima/ provável para alta e a data de efectiva saída, 4 doentes integravam o grupo de saída *on time* (tempo médio de espera foi de 1 dia; tempo acumulado de internamento foi de 44 dias, com média de 11 dias por doente) e 8 doentes integravam o grupo de saída *delayed* (prolongamento de internamento: tempo médio de espera foi de 15,75 dias; 208 dias, o tempo acumulado de internamento, com média de 26 dias por doente). Estes dados agora apresentados decorreram de uma subamostra não aleatória obtida a partir do grupo amostral inicial, sendo que esta informação (nomeadamente o ter, ou não, ficando a aguardar saída) era um dos elementos a considerar.

Como apontamentos de contexto, notas de campo derivadas da observação efectuada em cada deslocação, referimos que as entrevistas se efectuaram em diversos locais, escolhidos/ sugeridos pelos próprios doentes ou pelos seus familiares (p.ex: no próprio domicílio – cozinha, sala – ou em centro de dia, em pátios exteriores, na rua, em escadas, cafés, restaurantes), em diferentes momentos do dia e, nalgumas circunstâncias, após 2 ou 3 deslocações ao local.

Foi colocada a necessária atenção na desejada condição de privacidade; os doentes estavam a desenvolver tarefas de circunstância, desde cozinhar, passar a ferro, passear na rua, sentados em centro de dia, apenas sentados, etc; dois doentes, antes fumadores, já tinham retomado o hábito tabágico mas às escondidas! mas asseguram ter deixado de beber!

Em termos funcionais, observado e confirmado no contexto da entrevista (nota: não era objectivo efectuar-se esta avaliação) estivemos perante doentes com escala Rankin (mRs) a variar entre 0 e 3 e índice de Barthel a variar entre 100 e 85.

Como conjunto de ideias ou impressões gerais resultante desta abordagem, podemos referir os aspectos abaixo indicados, que sublinhamos numa vertente ilustrativa e não convictos da sua representatividade para o universo estudado. Traduzem, muitas vezes, a própria realidade sociocultural assim como a relação individual dos sujeitos com as questões de saúde-doença. Assim, - Salvo excepções, os doentes evitam, resistem num primeiro momento, falar sobre o processo da doença, o antes e o percurso.

- Percebemos que o tempo de internamento (nas componentes abordadas) constituiu um tempo penoso para alguns doentes, mas muito virtuoso, bom, para outros.

- Talvez por precaução, desconfiança ou elevados receios, eventualmente característicos (?) da população portuguesa e agravados pelo momento de crise socioeconómica em que estamos mergulhados, foi por vezes bastante difícil falar/ conversar com alguns doentes e seus familiares, carecendo de longos processos explicativos e, ainda assim, muita reserva na informação que partilhavam; baixa disponibilidade. Foi mesmo evidente o ocasional bloqueio de acesso aos doentes, por parte dos conjugues, sendo mais marcado (este comportamento) das esposas em relação aos maridos, agora em dificuldades.

- No processo desta (nova) abordagem aos doentes, com uma média de 690 dias decorridos após AVC, encontramos situações completamente opostas na relação dos mesmos com os serviços de saúde; doentes que criaram dependência desses, estando focados quase integralmente nos mesmos, nas consultas, nos tratamentos de reabilitação/ fisioterapia (e os quais, nas suas opiniões e testemunhos, quase sempre ficam aquém das expectativas) ao contrário de outros doentes para os quais o assunto AVC está encerrado, quase esquecido, com retoma do caminho.

- Também cabe destacar a constatação de processos de reorganização familiar, como resposta aos novos problemas trazidos pelas dificuldades físicas/motoras com que muitos doentes se debatem.

- Uma referência às comorbilidades (depressão, diabetes, acidentes domésticos: quedas, feridas) referidas e verificadas, quer aquando de algumas das entrevistas mas também percepcionadas no âmbito dos contactos preparatórios.

- Uma referência particular a doentes do género masculino, não muito idosos, que abordaram dificuldades de natureza sexual, no tempo presente e não anteriores ao AVC, e que relacionam directamente com esse.

- Porque aconteceu no contexto de uma tentativa de entrevista (não nesta fase final, mas pelos 30 dias pós-AVC), relata-se o facto curioso/ caricatural de uma situação vivida pelo investigador: numa deslocação a casa de um doente, num sábado e após contacto telefónico prévio, no próprio dia, a explicar e solicitar isso mesmo, a recepção foi muito negativa (por parte da sua esposa), não permitindo qualquer contacto pessoal próximo nem sequer falar com o doente (que conhecia bem o investigador!) e, de forma sub-reptícia, chamou a GNR da Lousã, a qual, chegada ao local, procedeu a processo sumário de identificação e de investigação criminal, frente à casa do doente. O agente da autoridade acabou por quase pedir desculpa em nome daqueles munícipes, terá arquivado o processo e o doente saiu do estudo nesse momento.

- Uma outra situação partilhada com doentes e familiares, foi a relativa ao assalto de que eram vítimas (dada a sua idade, a sua dependência, as suas dificuldades) por parte de familiares, nomeadamente filhas/os, netos. A situação agora em mente, caso único na dimensão e gravidade mas não na forma, obrigou, mesmo, ao envolvimento dos serviços sociais e ao consequente internamento desta vítima de AVC.

Na continuação do trabalho, as entrevistas (tópicos resultantes dessas, organizados por blocos de questões) foram analisadas nos seus aspectos particulares e relativos a cada uma das questões formuladas; encontramos, nessa análise, naturais diferenças mas, igualmente, muitos pontos comuns. Efectuámos uma abordagem predominantemente qualitativa, baseada nos princípios enunciados por Bardin (2013) embora sob algum risco, dado o *corpus* disponível; a hipotética inferência, quando possível, funda-se «na presença do índice (tema, palavra, personagem, etc.!) e não sobre a frequência da sua aparição, em cada comunicação individual.» (Bardin, 2013:142).

Apresentamos agora esses blocos ou conjuntos de questões, convergentes na área de interesse a desenvolver, fazendo uma breve síntese inerente a cada um desses e, no final, um remate ou síntese global.

Dentro do primeiro conjunto de questões formuladas (q1-q3), focámo-nos e focámos o doente no tempo actual, no agora. Perguntámos:

«Q1: Como vê a sua situação actual, na sequência do AVC sofrido?»

A generalidade dos doentes não hesitou em referir os aspectos que os incomodavam e que se manifestaram após o AVC. Assim, indicaram o cansaço e a dificuldade presente para o desempenho de tarefas diárias, antes realizadas sem esforço (ex: andar, conduzir, trabalhar, socializar, falar). Alguns doentes objectivaram a dificuldade em mobilizar e comandar o membro superior. Outros doentes, contudo, referiram sentir-se bem (“sente-se bem, não sente alterações directamente relacionadas com o AVC”)

«Q2: Quais as principais dificuldades (alterações), aquilo que mais o/a afecta, em comparação com a situação antes do AVC?»

Os testemunhos convergem para as diferentes e particulares manifestações de incapacidade ou dificuldade individual, assim como para dimensões gerais por si valorizadas; as dificuldades sexuais agora presentes foram referidas pelos homens, mas diferentemente valorizadas pelos mesmos. A diabetes, diagnóstico concomitante ao internamento por AVC foi igualmente indicado. Para um doente, a resposta “tudo; incomparável” é esclarecedora. Aspectos como as alterações motoras

(falta de força e equilíbrio; dificuldade na marcha e deambulação) e sensitivas (frio no lado direito), a dimensão comunicacional (fala; memória) e a visão (agora alterada) foram as observações mais frequentes.

«Q3: Como se sente especificamente quanto a aspectos como a dor e mal-estar?»

A referência à dor é comum nos doentes entrevistados; exceptuando 2 doentes, todos os outros a referem, ainda que relativa a articulações diferentes ou na dependência de processos fisiopatológicos diferentes. Os ombros (homolateral/ contralateral) e os joelhos são as articulações mais problemáticas; parece, em alguns casos, serem queixas já presentes em período anterior ao AVC. Há também referência a cefaleias “tipo faca” e a dores nas costas (“rins”, “osteoporose”). Cabe lembrar que a média de idades dos entrevistados era, em Janeiro de 2014, cerca de 71 anos.

Como possível síntese deste bloco de questões (q1-q3), que nos projectava para a vida dos doentes actual, derivam elementos relativos ao funcionamento do corpo, orgânico, centrados na vertente disfuncional: o cansaço, as dificuldades nas tarefas, as diversas alterações (motoras, sensitivas, sensoriais). A importância e presença da dor, como facto a referir e sublinhado pelos doentes.

No âmbito do segundo conjunto de questões formuladas (q4-q6), remetemos para uma leitura da qualidade de vida, percebida pelos doentes; perguntámos:

«Q4: Em que medida o AVC, e o que dele decorreu, veio alterar a qualidade de vida que tinha até então?»

Esta questão está muito próxima, na semântica, à efectuada em seguida (abaixo) e que se prende com aquilo que foi determinante para a Qualidade de vida que têm hoje. Contudo, perante a questão objectiva «Em que medida...», obtêm-se respostas diversas: é indicada a elevada ansiedade e preocupação, ainda que agora, num ou outro caso, a situação esteja revertida; é referida a mudança de vida a que obrigou, desde a vertente profissional, a vertente “trabalho”, as várias “proibições” agora impostas, a deslocação condicionada, o corte recomendável numa vertente social (identificação de factores de risco!), a força que desapareceu. Outros doentes apenas referem que veio alterar “muito”, sem desenvolver.

Alguns aspectos relevantes das respostas: “Elevada repercussão; veio alterar completamente. Mudança radical, para pior. A visão das pessoas, da sociedade, o coitadinho...”

«Q5: Na sua opinião ou perspectiva, o que mais contribuiu para a sua recuperação, após o AVC?»

Sendo estas questões convergentes (a anterior, a actual e a seguinte), obtemos aqui menções interessantes em 4 linhas de pensamento: a) doentes que não estão felizes, conformados, com a sua situação actual e pouco ou nada referem... ou negam mesmo a validade do que foi efectuado... b) doentes que sublinham o factor “sorte”, apesar das circunstâncias, ... c) mas também doentes que referem os cuidados (de saúde) recebidos enquanto serviço, enquanto intensidade do mesmo (reabilitação) e enquanto rapidez (chegada ao hospital e processo até fibrinólise: “injecção milagrosa”).

A 4ª linha de pensamento focava-se já na orientação pós-hospitalar: d) o internamento em unidades de cuidados continuados (UCC), tendo sido identificadas duas.

«Q6: Desde essa altura (lembrado o mês/ano de ocorrência), o que foi determinante, na sua opinião, para a qualidade de vida que tem hoje?»

Perante esta questão alguns doentes não foram capazes de mencionar ou indicar os factores que consideravam determinantes para a presente Qualidade de vida; contudo, foi devolvida a pergunta por um doente, que questiona “qualidade de vida?”, de forma esclarecedora. A família, a rede social de apoio e a suficiência económica foram indicados como importantes neste processo, assim como a indicação de aspectos relativos ao tratamento e seu contexto (as opções terapêuticas, os cuidados de saúde, a reabilitação/ fisioterapia).

Um doente indica “o ter ficado independente”. Também foi mencionado a própria natureza psicológica, significando aqui que reconhecem ser detentores de alguma resiliência.

Como possível síntese deste bloco de questões (q4-q6), constatamos a subjectividade e multidimensionalidade do conceito envolvido através duma leitura muito própria do mesmo, pelos diferentes doentes; repetem-se alguns argumentos de base funcional, mas também relativos à família, às dimensões trabalho/ profissão, ao ambiente social discriminatório, à importância de uma rede social e robustez económica. Enfim, repetindo uma pergunta deixada por doente, poderia questionar-se, para muitas das situações, ... “qualidade de vida?”

Dentro do terceiro conjunto de questões formuladas (q7-q9), solicitámos aos entrevistados, com a cautela necessária, um juízo sobre os cuidados de saúde recebidos; perguntámos:

«Q7: Considerando o percurso terapêutico e de recuperação até esta altura (desde a data do AVC), gostava de deixar alguma opinião ou mensagem para os cuidadores e profissionais de saúde?»

Lançada a questão - no contexto da entrevista - percebemos que alguns doentes não quiseram responder, apenas indicando um “nada de particular/ ...de especial” e silêncio; por outro lado,

vários doentes disseram, de forma global, terem sido muito bem tratados. Uma doente referiu, algo enigmaticamente, que “o profissional de saúde deve ...ser profissional”.

«Q8: Quais os aspectos que indicava como mais positivos nesse mesmo percurso ou processo?»

Face à questão, e tal como antes, alguns doentes não sabem identificar ou referem só haver aspectos positivos/ tudo ser positivo/ correu tudo bem...; outros doentes reafirmam o acompanhamento familiar que tiveram, mas também o atendimento e avaliação célere nas urgências. Um doente, contudo, indicou a aprendizagem que fez (“aprendizagem ocorrida”), remetendo para a consequente e obrigatória alteração do estilo de vida....

«Q9: E...quais os aspectos que indicava como mais negativos nesse percurso ou processo?»

Perguntado sobre os aspectos mais negativos do percurso (processo) terapêutico e de recuperação pós-AVC, alguns doentes não respondem, outros reforçam tópicos já antes indicados (ex: perturbação/ disfunção sexual) mas também é introduzida a desorganização familiar decorrente (as zangas e problemas com filhos), a existência de barulhos, excessivo ruído e sofrimento de outros doentes (nomeadamente durante as noites), as comorbilidades e repetição do AVC, a burocracia em diversas situações (horários, transportes para tratamentos; desorganização de serviços e não comunicação atempada entre instituições/ inter-serviços). Também se regista alguma insatisfação, com doentes a indicarem ter tido alta muito cedo de consultas externas ou lamentando ter que recorrer ao sector privado (mecanismo de dependência?), assim como a indicação de que precisam de fisioterapia/ reabilitação. Um doente aponta alguns “acidentes de percurso” em diferentes momentos, como queimaduras (no contexto de tratamento) e queda, em deslocação para esse mesmo tratamento.

Como possível síntese destas questões (q7-q9), nas quais se permitia uma avaliação informal (sem gravação) de um percurso ou processo, temos sobretudo uma perspectiva positiva do mesmo, prevalecendo sobre os aspectos menos positivos (ou negativos), mas também se percebeu alguma retracção e evasivas por parte dos doentes que, sem dificuldade, poderiam fazer essa avaliação. Como aspecto negativo, sublinho o referido por alguns doentes e que, na sua perspectiva, converge e se traduz por alguma burocracia e desorganização (especificada pelos mesmos).

No quarto conjunto de questões (q10-q13), pedimos aos doentes que se recordassem e se referissem ao tempo concreto de internamento; perguntámos:

«Q10: Considerando o tempo que esteve internado (nº dias), recordando-se, o que acha (ou achou) desses dias? Como os percebeu?»

Conduzida a entrevista para essa janela temporal, solicitou-se um testemunho sobre como tinham vivido/ percebido o tempo de internamento (que lhes era recordado, sendo necessário); as expressões relativas a “ansiedade” e “preocupação” predominaram, também acompanhadas de referências a “nervosismo” e “inquietação”; alguns doentes focaram-se em vertentes diferentes, como a “tristeza” que sentiam, a “importância” desses mesmos dias ou, ainda, referindo que foram “boas pessoas” ou “todos muito bons”. Pela singularidade, um testemunho: “não me recordo... recordo um enfermeiro, o que melhor me dava os comprimidos”.

«Q11: Como se sentiu durante esse período? O que o/a preocupava mais?»

Forçou-se alguma objectividade, solicitando a indicação “precisa” do que os preocupava mais; os doentes, de formas diferentes, convergiram para a indicação das (in)capacidades funcionais futuras, nomeadamente a capacidade de marcha, falar, ver. Há referência a casos similares, graves, na família e ao medo das consequências serem as mesmas (paralelismo aterrador), há referências ao medo de repetição do AVC, ao longo processo (de sofrimento?) que se abria, à inquietude e desejo de recuperação, ao isolamento em que se sentia, ao futuro da família/ filhos... etc

«Q12: Que mais desejava nessa altura?»

Quando perguntado o que mais desejavam enquanto internados, quase todos os doentes indicaram uma palavra ou expressão que contivesse “recuperar” e “melhorar”; por vezes objectivando: recuperar a força... a visão, o andar, ficar bem. Outros doentes desejavam (e referiram-no) ter alta o mais depressa possível, ou sair rapidamente do hospital. Um doente refere “nem sei bem”, e outro doente afirma que desejava “ficar como estava”, não agravar ou repetir o AVC. Uma doente temia ficar “aleijadinha”, “deficiente”, já acima mencionada. As emoções vinham à superfície, em alguns doentes.

«Q13: Considera que o tempo que esteve internado, nessa altura, foi o adequado à sua situação?»

Face à pergunta... quase todos os doentes respondem que “sim” ou “acham/ pensam que sim”; um ou outro sabe explicar qual a razão do maior tempo de internamento. Um doente refere que “foi o normal” mas dois doentes consideram que foi pouco tempo ou que não se importavam de ficar mais tempo (sempre na perspectiva de que conduziria a melhor nível ou patamar de recuperação); dois doentes não se manifestam...

Como síntese possível deste grupo, podemos referir que todas as questões colocadas (q10-q13) mereceram resposta por parte dos doentes; foram referidos os sentimentos e as emoções vivenciadas, algum medo face ao futuro próximo, à possibilidade de repetição... e, novamente presente, a vertente funcional, familiar, social.

Quase todos os doentes acharam que o tempo que estiveram no hospital (internamento) foi o adequado à sua situação: uma perspectiva favorável da instituição e dos cuidados de saúde aí disponibilizados...

No quinto e último conjunto de questões formuladas (q14-q17), algo menos “tangível” ou compreensível para os doentes, pedimos-lhes que se manifestassem sobre a alta, a saída (o processo alta-saída) e sobre o encaminhamento pós-alta. Perguntámos:

«Q14: O que sentiu quando lhe disseram que ia ter alta?»

Focalizados na circunstância da alta, as respostas a esta questão foram objectivas, expressando sobretudo os sentimentos de alegria e felicidade, ainda que referidos em diferentes terminologias. Maioritariamente, referem ter ficado “felizes/ felicidade”, com “muita alegria”, “contentes”, ou “bem” (por vezes, explicando porquê: “contente; fui para junto da minha filha (aldeia de...)”); outros doentes, por outro lado, referem ter ficado “preocupados” (antevendo o futuro, num caso; embora com preocupação atenuada com o facto de ir para outro lado “melhor”, noutra caso) ou “nada de especial”; dois doentes referem que não estavam bem, que não queriam ainda sair, “não pediu para ir embora!”.

«Q15: Sentiu que ganhava mais em ter saído logo?»

Ainda focalizados (doentes) no contexto de final de internamento, perguntámos a alguns, em particular, se achavam que tinham ganhado mais em ter saído logo, mais cedo; obviamente, nem sempre os doentes se apercebiam dos processos que levavam a pequenos ou longos adiamentos na saída. Assim, não se obtiveram respostas ricas de conteúdo. Muitos doentes disseram “não sei” ou nada referiam; 4 doentes disseram que “não”, acrescentando uma justificação “não, estava bem e a recuperar...” (esta doente foi transferida para o acima citado “sítio melhor”).

«Q16: Sentiu que ganhou algo em ter ficado mais algum tempo no hospital?»

Na sequência da questão anterior, perguntámos o que tinham “ganho” ao ter ficado mais algum tempo no hospital (e percebendo que nem sempre os doentes se apercebiam dos processos que levavam a pequenos ou longos adiamentos na saída). Três doentes referiram que não sabiam... mas grande parte (60%) dos mesmos têm uma leitura contrária, assente em explicações diversas:

“sim”, “ganhei”, “tempo importante”... porque “possibilitou controlo da diabetes”... ou porque “era importante” para iniciar/ organizar o processo de recuperação... ou porque permitiu “esclarecimento diagnóstico”.

«Q17: Relativamente aos seus familiares (conjugue; filhos; pais...), como aceitaram e viram a sua saída logo (<3d)... ou mais prolongada (≥3d)?» (Obs: 4 doentes: < 3 dias; 8 doentes: ≥ 3 dias))

No âmbito desta questão, perguntámos como tinham os familiares aceite a sua saída em tempo “normal” ou num tempo mais “prolongado”. Uma questão difícil, nem sempre amplamente compreendida, com respostas naturalmente e expectavelmente genéricas; as indicações de “nenhum problema”, “todo o apoio”, “bem, nada a dizer”, “perceberam” foram unânimes nos que responderam. “Não houve problema, tive ajuda e a minha situação também não era das mais graves”.

Como síntese deste bloco de questões, podemos referir que a perspectiva de alta desencadeia emoções positivas e algum alívio aos doentes, mas por outro lado (naturalmente decorrente de circunstâncias individuais diferentes) também induz preocupação e temor. Havendo uma consciência clara das dificuldades trazidas pelo AVC, o hospital também é percebido como local seguro, onde se pode e deve estar, onde a recuperação acontece e se organiza o encaminhamento posterior à alta. Também percebemos a importância e presença decisiva das famílias (nos discursos dos doentes) e a sua colaboração nesta transição do hospital para a comunidade.



Como síntese final desta vertente do trabalho, coube-nos a tarefa de identificar os principais «*núcleos de sentido*» (Bardin, 2013:131), lidos aqui como as unidades de significação ou temas centrais expressos pelos doentes, face às várias questões formuladas.

Nesse esforço, percebemos muitas das suas hesitações e reticências; acima de tudo, apreciámos os seus sinceros e - quase sempre - sucintos testemunhos. Aproveitámos todas as formas de comunicação, naturalmente a palavra, mas também os seus gestos e as suas expressões; dessas, não fizemos interpretações abusivas mas atribuímos-lhes um significado, quando relevante; como decorre das questões colocadas – sob forma de blocos temáticos – e das sínteses efectuadas, poderemos dizer que tais «*núcleos de sentido*» ou unidades de significação se expressam em aspectos como:

-- A centralidade da dimensão orgânica e a vertente disfuncional; relevo e importância à dor.

- Percepção de qualidade de vida: presença da subjectividade e multidimensionalidade; argumentos de base funcional, importância decisiva da rede familiar e social, da ocupação/ trabalho e profissão, discriminação social.
- Uma perspectiva positiva quanto ao percurso ou processo de doença vivido; tempo de internamento adequado à sua situação; retracções e evasivas por parte dos doentes, mas também identificam a burocracia e desorganização.
- A perspectiva de alta desencadeia emoções positivas e algum alívio aos doentes, mas também induz preocupação e temor; família decisiva, na transição do hospital para a comunidade.
- Medo face ao futuro e à possibilidade de repetição, sentimentos e emoções vivenciadas antes (quando internados) e agora.
- Uma perspectiva favorável da instituição e dos cuidados de saúde; hospital percebido como local seguro, onde se pode e deve estar, onde a recuperação acontece e onde se organiza o encaminhamento posterior à alta.

Neste processo de síntese, estivemos atentos aos riscos de «circularidade» como nos é referido por Bardin (2013:141).

CAPÍTULO 3 - DISCUSSÃO

Neste capítulo discutiremos e confrontaremos os resultados empíricos previamente apresentados, com os fundamentos teóricos também já aduzidos nesta tese, ou com outros que, igualmente, se revelem pertinentes.

Procuramos clarificar e justificar o que esses resultados significam; fá-lo-emos numa forma tão abrangente quanto o possível, clarificando as opções envolvidas no estudo, nomeadamente decorrentes da concretização de duas distintas (mas complementares) fases do trabalho de campo e seus resultados, *id est*, numa fase inicial que começava logo após a admissão hospitalar e se desenvolvia até aos 90 dias e de uma fase domiciliar, inteiramente pós-hospitalar e bem mais distante do incidente cerebrovascular (entre 1 e 2 anos após esse), concretizada via entrevistas a alguns doentes, a partir das quais procurámos analisar e identificar os possíveis «núcleos de sentido» (Bardin, 2013:131) integrantes dos seus testemunhos.

Os resultados explanam-se, pois, ao longo numa virtual - e relativamente longa - linha temporal. No trabalho de campo inicial verificámos múltiplas variáveis, procurando ir de encontro aos problemas com que se deparam os doentes vítimas de AVC e, como é natural, igualmente de encontro aos objectivos traçados *ab initio*. Porque tínhamos uma referência ao pós-hospitalar, fomos mais longe numa abordagem a alguns dos doentes, quando já tinham retomado a sua vida corrente, normal, emoldurada por vivências próprias pós-AVC isquémico, num tempo pós-evento mais longo e distante. A fase domiciliar, acima referida.

Organizámos o presente capítulo sob quatro vertentes distintas, traduzidas em subcapítulos, para uma mais abrangente discussão dos resultados. Numa primeira vertente, focámo-nos no tempo de internamento hospitalar, incidindo particularmente no tempo que decorre entre a alta clínica e a saída efectiva; numa segunda vertente percorremos a dimensão funcional; na terceira vertente abordámos a qualidade de vida e, na quarta vertente, concentrámo-nos no encaminhamento pós-hospitalar e nas vivências no tempo mais distante ou longo, percebido como um processo de transição.

3.1 – O TEMPO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR; DA ALTA CLÍNICA À SAÍDA EFECTIVA

Aquando da discussão e lançamento deste projecto de trabalho afirmámos, citando Fonseca e Clara (2004), que na fase intra-hospitalar os cuidados de saúde perante o AVC se organizam preferencialmente em unidades de AVC, admitindo-se que, assim, se diminuía a necessidade de institucionalização destes indivíduos, os custos inerentes e os tempos de internamento; também referimos e explicámos, nesse projecto, o conceito de *waiting days*, dias de espera, que posteriormente também designámos por prolongamento de internamento.

No nosso estudo, os doentes foram tratados seguindo tal critério, preferencialmente em unidades dedicadas; os dados obtidos, de natureza sociodemográfica e clínica, estão em convergência com as actuais tendências da demografia populacional e com o conhecimento já estabelecido nas abordagens à patologia cerebrovascular; poderemos destacar a elevada percentagem de eventos cerebrovasculares dos quais não se determinou a causa (21%), os factores de risco habitualmente referidos e, também, as incapacidades e défices consequentes, entre um vasto número de resultados apresentados.

Contudo, destacamos a dimensão tempo - inserida no nosso tema - para algumas reflexões; tendo estado internados num total global de 1833 dias, verificámos que 674 dias correspondem a tempo de internamento em excesso, ou seja, relativo a doentes para os quais a alta e a saída não foram coincidentes, sendo o internamento prolongado em 3 ou mais dias para além do momento em que a alta foi definida; os *waiting days*, acima designados. Os resultados apresentados (ver parte II, cap. 2) revelam-nos 2 grupos distintos: o grupo 1 (71; 64,5%) relativo aos 71 doentes que permaneceram menos de três dias (<3) até à sua saída efectiva e o grupo 2 (39; 35,5%), relativo aos 39 doentes que estiveram três ou mais dias em espera (≥ 3), internados, para saída (após alta).

Os doentes que integravam este 1º grupo estavam clinicamente mais estáveis, foram vítimas de condições menos graves (NIHSS na admissão e alta com scores 6,39 e 2,66 respectivamente, de magnitude inferior à verificada para todo o grupo, que apresentava 8,53 e 4,89 nos mesmos momentos), revelaram melhores indicadores funcionais (mRS, IB e AIVD), menos perturbações psico-emocionais (EADH) e melhores níveis de qualidade de vida (EQ5D3L). Desses, 61 doentes saíram no momento (dia) em que a alta lhes foi comunicada, e 10 doentes ainda aguardaram entre 1 e 2 dias (que considerámos aceitável, dadas as circunstâncias) para abandonar a instituição. Em

termos globais, este grupo (1) de doentes permaneceu no hospital (adm-saída) entre 2 e 36 dias, com média de 8,7 ($\pm 5,25$) dias.

Por oposição a este grupo, temos um outro (Gp2), constituído por 39 doentes, para os quais se verificou um total de 674 dias de excesso de permanência na unidade (17,3 dias/doente), o que, considerados todos os 110 doentes (amostra), dilui esse valor para uma média (\bar{X}) de 6,15 dias/doente e desvio padrão de 12,76 dias. Dos 39 doentes, 1 permaneceu mais 84 dias e outro, mais 52 dias, constituindo os maiores desvios nominais. Em termos globais (considerando agora o tempo entre admissão e saída), este grupo de doentes (2) permaneceu no hospital entre 6 e 96 dias, com média de 30,6 ($\pm 19,82$) dias.

Estes 39 doentes terão sido vítimas de condições mais graves (NIHSS na admissão e alta com scores 12,03 e 8,81 respectivamente, de magnitude superior à verificada para todo o grupo, que apresentava 8,53 e 4,89 nos mesmos momentos), tendo, de forma globalmente analisada, revelado piores indicadores funcionais (mRS, IB e AIVD), mais perturbações psico-emocionais (EADH) e níveis menos favoráveis do indicador de qualidade de vida (EQ5D3L).

Estas diferenças entre os grupos decorrem duma apreciação global dos dados.

Diversos autores têm abordado a dimensão tempo de internamento; menos frequentemente, contudo, aborda-se sob este prisma do seu eventual e/ou real prolongamento. Roberts, Stiller e Harling (2010) desenvolveram um trabalho prospectivo, original, neste âmbito, o qual deu origem a diversos comentários (*letters*) subsequentes (Bryan, K. (2010); Al-Jadid, M. (2010); Manzano-Santaella, A (2010)); também McClure, Salter, Meyer *et al* (2011) e Meyer, Britt, McHale *et al* (2012) publicam trabalhos afins, quer relacionando essa dimensão tempo de internamento com os níveis de funcionalidade residual quer estudando as próprias referências ou *benchmarks* dos tempos de internamento para estes doentes vítimas de acidente vascular cerebral. Detectamos, habitualmente, a presença duma perspectiva económica, centrada em análises de custo-benefício, relativa aos processos de tratamento e reabilitação que, quase sempre, se impõem. Consulte-se o comentário de Elwood, integrado no final do trabalho de Roberts, Stiller e Harling (2010), já acima referido. Deste, destacamos igualmente as suas conclusões; indica que a maioria dos doentes internados para continuação de processos de reabilitação (*inpatient stroke rehabilitation*) ultrapassou o tempo padrão proposto pelo organismo Australiano de referência, mesmo não sendo considerados os 26% que prolongaram tal internamento, nomeadamente em resultado de adiamentos na saída por insuficiência de serviços comunitários, necessários para continuidade de tratamento e apoio. Centrando-nos num dos comentários acima indicados, Manzano-Santaella (2010:1-2) vem comentar e criticar aquele trabalho, lembrando que a teoria que preconiza tal redução do tempo

de internamento é altamente contestada, pois entre outros aspectos não considera os resultados a longo prazo quer para o estado (State) quer para os doentes.

Sublinhando alguns aspectos do trabalho que analisa, nomeadamente os objectivos subjacentes quanto à optimização funcional e da qualidade de vida relacionada com a saúde, recorda como tais nobres objectivos são frequentemente subalternizados em função de outros de âmbito mais económico e incidência no custo-benefício, levando a internamentos mais curtos. Tece e sublinha diversas considerações quanto à vantagem terapêutica (reabilitação) de internamentos mais longos assim como quanto às variadas causas destes prolongamentos ou adiamentos de saída; refere os factores demográficos, socioeconómicos e clínicos como os menos preponderantes, em detrimento de factores administrativos contextuais, as «condições estruturais de saúde e de apoio social» (Manzano-Santaella, 2010:2), sendo estes os factores que, em sua opinião, deverão ser explorados para uma mais abrangente compreensão dos adiamentos ou prolongamentos em estudo. Na Inglaterra também foram estudados os hospitais (sector publico) e a situação envolvente quanto à disponibilidade de serviços de apoio (cuidados) pós-hospitalares e de recursos de natureza económica mais geral (Godden, McCoy & Pollock; 2009); as conclusões e soluções não foram evidentes, nomeadamente no que se refere à exequibilidade das políticas e à disponibilidade de informação relativa ao impacto de medidas que procurassem implementar as altas mais precoces (*earlier discharge*). Lá, como cá, as mesmas dificuldades e constrangimentos, vivenciados diariamente, na primeira linha, por médicos, enfermeiros e familiares a quem cabe, no limite e quando os resultados clínicos são menos evidentes, zelar pela continuidade de tratamento e de recuperação, mas também pelo bem-estar, qualidade de vida e dignidade destes doentes.

Relativamente à nossa realidade nacional, poderemos afirmar que um estudo semelhante também faria sentido; isto, apesar das prováveis diferenças nos sistemas de saúde e nas culturas organizacionais, não tanto por serem diferentes as respostas esperadas e os nobres objectivos (optimização funcional e da qualidade de vida) acima indicados.

Revendo alguns outros trabalhos que incidiram nesta mesma vertente, tempo de internamento hospitalar e seu prolongamento para além do momento em que seria expectável a saída, cruzamo-nos com os textos de Vuadens *et al* (1996), Taheri, Butz e Greenfield (2000) e San Segundo *et al* (2007), abordando diferentes perspectivas do problema.

Estes são ainda corroborados por Costa *et al* (2012), autores que afirmam dever-se a um pequeno número de doentes a substancial proporção de dias de prolongamento de internamento, por causas não médicas, normalmente devido ao aguardar de vagas em unidades de continuidade. Relativamente às perspectivas deixadas nas publicações menos recentes acima indicadas (1996,

2000 e 2007), genericamente identificavam a causa destes *delays* ou prolongamentos forçados (Vuadens *et al*, 1996), nomeadamente a espera de transferência para outro departamento clínico ou para lares e a gravidade da dependência resultante. Também abordam a vertente financeira (Taheri, Butz & Greenfield; 2000), não especificamente em doentes vítimas de AVC, afirmando que para a maioria dos doentes, os custos directamente atribuíveis ao último dia de um período de internamento são economicamente insignificantes quando referenciados aos custos totais; a redução em um dia no tempo de internamento reduz o custo total dos cuidados em 3% ou menos, em média.

Já o estudo de San Segundo *et al* (2007), cujo objectivo foi estudar os fatores preditores de *delays* na alta ou prolongamentos de internamento (em AVC), formulando um modelo explicativo, concluem que a solidão (residir sós), baixa funcionalidade inicial (MIF - medida de independência funcional) e idade superior a 75 anos influenciam tal resultado, nestes doentes.

Argumentos de verificação frequente, também na nossa realidade clínica e demográfica.

Assim, que razões sociais, organizacionais, administrativas e clínicas vislumbrámos nós, justificando a magnitude dos nossos dados? Questionámo-nos e questionámos a organização e os doentes; confrontámo-nos com aspectos como a idade avançada (muito idosos: idoso-idoso), as comorbilidades nos escalões etários mais elevados, o residir sós ou em famílias de estrutura pouco acolhedora, a dificuldade nos processos de encaminhamento (nomeadamente por escassez de vagas), a gravidade das consequências funcionais, habitualmente associadas à patologia. Naturalmente, pretendíamos perceber a repercussão clínica, psico-emocional, familiar, social e económica deste prolongamento de internamento.

Contudo, detectámos aparentes ganhos clínicos no grupo 2, que prolonga internamento em 3 ou mais dias, parecendo ser decorrente dessa extensão o alcance de scores mais favoráveis em domínios como o dano neurológico e a funcionalidade geral (cf. parte II, cap. 2). Mas também observámos e testemunhámos, em sintonia com Vuadens *et al* (1996), San Segundo *et al* (2007), Roberts, Stiller e Harling (2010) e Manzano-Santaella (2010), dificuldades organizacionais, aquando da necessária preparação da continuidade de apoio e tratamento para estes doentes; na nossa realidade, em especial as dificuldades relativas e inerentes ao encaminhamento para a rede nacional de cuidados continuados. Percepcionaram-se pontuais dificuldades na tramitação de documentos fundamentais à saída (tramitação que se pretende e deseja célere); o aguardar por documentos que as famílias deveriam trazer, para preenchimento de formulários sociais, obrigando a esperas e *delays* impensáveis, por vezes; outros. Acima de tudo, denunciada e mediatizada (RTP, 2015), a permanência de centenas de idosos, não necessariamente vítimas de AVC (mas também),

internados em hospitais mesmo depois de terem tido alta, tal como podemos testemunhar pela preocupação do observatório português dos sistemas de saúde.

3.2 – A FUNCIONALIDADE

Regressando ao projecto (inicial) deste trabalho, foi aí referido o potencial incapacitante das doenças cerebrovasculares, centrando a atenção no AVC isquémico. Contextualizámos o conceito de funcionalidade, pensando na classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (Leitão, 2004), onde se informa que a funcionalidade e o grau de incapacidade são aspectos centrais da interacção entre o indivíduo (com determinada condição de saúde) e seus factores contextuais, nomeadamente ambientais e pessoais. Entre múltiplos aspectos e sob indicação de diversos autores (Weingart, Wilson, Gibberd *et al* (2000); Lim, Doshi, Castasus *et al* (2006)) também dissemos que o excessivo período de tempo, conseqüente ao adiamento da saída, resulta em descondicionamento e fraqueza dos doentes, com óbvia deterioração da sua capacidade funcional. Outro autor (Cramer, 2008a,b) refere-se às múltiplas esferas afectadas pelo AVC, em particular à incapacidade funcional resultante, quer seja de natureza motora quer, igualmente, de natureza psicossocial.

Ao longo dos capítulos da parte I deste trabalho, em diversos momentos se fez referência a esta dimensão; em sintonia com o Instituto Nacional para a Reabilitação (INR, 2013), de uma anterior centralidade na doença, enfatiza-se actualmente a funcionalidade enquanto componente da saúde. Assim, retomando os dados, analisamos e discutimos esta vertente funcional sob a perspectiva em investigação permitindo-nos relacioná-la com a esfera tempo de internamento, mais especificamente com o que designámos por prolongamento de internamento ($Gp1 < 3d$; $Gp2 \geq 3d$).

Assumimos a funcionalidade em sentido amplo, daí as 4 escalas ou variáveis reunidas nesta abordagem: Índice de Barthel (IB); Escala de Rankin Modificada (mRS); Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH); Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Dão informação complementar, convergente.

Incluimos a escala relativa às manifestações psicopatológicas e cognitivas, pela inequívoca e estreita interacção corpo-mente (Damásio, 1994, 2001; 2010; Song *et al*, 2015).

Temos a montante de toda esta análise o dano neurológico decorrente do AVC e que é, naturalmente, transversal a todo este trabalho; foi quantificado pela Escala de AVC do National Institute of Health (NIHSS), à qual se faz referência em diversos momentos.

Relativamente à capacidade funcional do indivíduo para desempenho de funções ou actividades básicas de vida diária (eleitas 10, na escala de barthel ou IB), relembramos o padrão global de recuperação funcional nas vertentes avaliadas, entre os momentos mais precoces e os mais tardios, pós-AVC. Como dissemos, as dificuldades foram sendo ultrapassadas ao longo do período avaliado, mas com heterogeneidade em alguns resultados, nomeadamente quanto ao género dos doentes.

Este padrão (global de recuperação funcional) é válido tanto para esta (IB) como para as restantes escalas, ainda a discutir.

Analisado enquanto conjunto significativo de doentes (todo o grupo), verifica-se uma recuperação positiva e consistente na esfera funcional, parecendo concretizar-se uma tendência quase inata (do organismo humano) para a normalização. Seria legítimo falar, neste contexto, do processo de regressão à média que nos é apresentado por Dobelli (2013: 81-83), autor oriundo da área da economia e gestão, num seu livro de ajuda ao pensamento livre e claro? Sem pretender minimizar os resultados terapêuticos das intervenções que, regra geral, são implementadas com os doentes vítimas de AVC (face às sequelas resultantes), logo não pretendendo negar as evidências terapêuticas desses processos de reabilitação, não se poderá ignorar o potencial próprio desses, o potencial da sua plasticidade cerebral ainda presente e da sua energia individual, por vezes surpreendente.

Muitos doentes, obviamente porque reúnem condições clínicas mínimas para tal e dispõem de apoio e suporte diverso, desenvolvem planos terapêuticos próprios, autónomos, sem submissão aos calendários e horários dos serviços, indo de encontro, talvez, ao que acima referenciámos como normalização e regressão à média. Esta é uma evidência da clínica.

Discutindo esta dimensão funcional (IB) na sua relação com o prolongamento de internamento observado e que vimos analisando em função dos 2 grupos constituídos (Gp1 e Gp2), afirmámos (numa síntese) que são estatisticamente significativos os ganhos de funcionalidade nos dois grupos (Gp1: sem prolongamento; Gp2: com prolongamento) quando comparados relativamente à evolução entre a situação inicial (admissão) e a situação final (pelos 3 meses pós-AVC); contudo, enquanto no grupo 2 (com prolongamento), se verificam ganhos estatisticamente significativos entre os 30 e os 90 dias, o mesmo não ocorre no grupo 1 (sem prolongamento), relativamente aos mesmos momentos. Tal poderá sugerir, em sintonia com Manzano-Santaella (2010), que os indivíduos do grupo 2 necessitam dessa extensão de tempo em internamento (prolongamento) para terem os mesmos ganhos de funcionalidade que os do grupo 1.

Relacionando esta funcionalidade (IB) com a orientação clínica aquando da saída do hospital, confirmamos que para as UCC foram orientados aqueles doentes que evidenciavam os menores valores nesta escala, tal como se preconiza e se assume, ainda que notícias recentes revelem uma realidade mais complexa, dando conta de uma rede (de cuidados continuados) subdimensionada e sobrelotada, para a qual estas doenças cerebrovasculares também contribuem.

Relativamente à capacidade funcional observada via escala de Rankin modificada (mRS), ficou patente a efectiva recuperação funcional dos doentes pois esses terão melhorado o seu estado atendendo aos menores valores médios obtidos (scores) pelos 90 dias. Relembramos que o ponto intermédio desta escala (o grau 3) nos indica uma incapacidade moderada, em que os doentes, apesar de requererem alguma ajuda, ainda/já são capazes de caminhar sem assistência. Converte-se com o padrão global de recuperação funcional acima afirmado, na comparação de médias (para todo o grupo, por géneros, por diferente tempo de permanência: Gp1/Gp2) entre o momento mais precoce e o mais tardio no pós-AVC, normalmente admissão e pelos 3 meses.

Discutindo estes dados na perspectiva do prolongamento de internamento, considerando os referidos 2 grupos (Gp1/Gp2), também sublinhámos numa síntese anterior que não se verificaram diferenças entre esses quando utilizados os scores prévios ao AVC, quer para todo o grupo amostral quer na análise em função do género, mas existem diferenças sempre estatisticamente significativas (entre esses grupos) nas avaliações posteriores à ocorrência de AVC, nomeadamente na admissão hospitalar, aquando da alta/saída, pelos 30 e pelos 90 dias.

Grupos diferentes, com dano neurológico também diferente.

Quanto aos dados relativos à esfera cognitiva e emocional, também entendidos como tradutores de manifestações de natureza emocional e psicológica, decorrem da percepção generalizadamente aceite de que acontecem e são inquestionáveis na vivência da doença (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira *et al*; 2007). Esta esfera de incidência menos funcional-motora mas mais funcional-cognitiva/emocional, foi captada via escala de ansiedade e depressão hospitalar (EADH), em avaliações aquando da alta/saída, aos 30 e aos 90 dias.

Em termos dos scores médios para cada subescala, poderemos dizer que os valores evoluem (em termos absolutos e para o grupo amostral) no sentido da melhoria ou alívio das manifestações, decrescendo nominalmente nessas mesmas subescalas.

Sendo discutível a dicotomia quanto à funcionalidade (motora/psicológica), é aqui referenciada apenas por questões metodológicas. Como dissemos, nos primeiros 3 meses após o evento os

valores médios (para o grupo amostral global) decresceram de 6,83 para 5,51 (subescala ansiedade) e de 7,73 para 5,61 (subescala depressão), esta apresentando valores médios mais elevados. De acordo com Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira *et al* (2007), recomenda-se assumir um ponto de corte entre 8-9, na transição da ausência para a possível presença de ansiedade/ depressão. Ora os valores presentes estão abaixo desse ponto de corte, logo, considerado o *n-valid* total, estamos em presença de um grupo resiliente, que não revela tais manifestações (lembrar: pontuação 0-7= normal ou pontuação ≤ 7 = não-casos). Contudo, quando analisados os dados e consideramos a vertente prolongamento de internamento (grupos Gp1/Gp2, dado o excesso de tempo t_2-t_1), denotam-se diferenças que devemos sublinhar: os doentes do grupo 2, que prolongaram internamento, revelam médias superiores, em qualquer das subescalas, às dos doentes que integraram o grupo 1, estes saindo sem atraso; estes scores foram para além do ponto de corte 8-9 na subescala depressão (ainda que revele melhoria entre o 1º e 3º momento avaliado), podendo classificar-se em nível moderado ou integrando os casos.

Algo semelhante, na referência ao género dos doentes; em condições semelhantes, os homens revelaram menores scores nas subescalas do que as mulheres, menor presença de manifestações psico-emocionais (psicopatológicas). Também aqui, apenas no género feminino e na subescala depressão, o ponto de corte foi ultrapassado.

Estas diferenças de género poderão decorrer, eventualmente, de melhores condições clínicas à partida, que podemos confirmar nomeadamente pelos valores médios obtidos na NIHSS, quer em leitura pontual (por exemplo, na admissão e na alta) quer na diferença de scores entre esses dois momentos; à admissão, o score médio dos homens foi 8,06 enquanto o das mulheres foi de 9,13. Assim, o atraso/ *delay* pode contribuir, mas não ser necessariamente determinante, para as diferenças acima referidas.

No que se refere à capacidade funcional dos doentes perante as actividades instrumentais de vida diária relembramos, novamente, o padrão global de recuperação funcional entre o momento mais precoce e o mais tardio pós-AVC; neste caso, foi utilizada a escala de AIVD, que foi ministrada apenas quando o doente não se encontrava institucionalizado.

Esta condição de não institucionalizado era imposta pelo protocolo; a avaliação envolveu particularmente os doentes que foram para domicílio, recaindo tal avaliação pelos 30 dias e pelos 90 dias após evento.

Os dados standardizados para todo o grupo revelam evolução positiva (da funcionalidade instrumental) entre as avaliações efectuadas (30-90 dias), com valores menos favoráveis para as mulheres relativamente aos homens; sempre com diferenças estatisticamente significativas entre

esses momentos, para mulheres, para os homens e no total. Poderemos lembrar que é neste período inicial que mais rapidamente se desenvolve o essencial do potencial de recuperação pós-AVC (Cumming, Thrift, Collier *et al*; 2011).

Contudo, considerando os scores totais (valores standardizados) aos 30 e aos 90 dias e fazendo uma análise em função do género, são significativas as diferenças de médias obtidas aos 30 dias mas não aos 90 dias, esbatendo-se (agora, 90 dias) o desempenho para actividades instrumentais, entre o género masculino e feminino.

Dada a dimensão prolongamento de internamento (t_2-t_1), poderemos dizer que entre os grupos constituídos (Gp1/ Gp2) se verificam diferenças de média estatisticamente significativas, quer na avaliação aos 30 dias quer aos 90 dias. Analisando como os dados evoluem (dos 30 para 90 dias) dentro de cada grupo, encontrámos diferenças de médias estatisticamente significativas para os doentes que saem logo, aqueles do grupo 1, mas não para os doentes que prolongam (grupo 2), no qual parece serem iguais as medianas.

Constatámos diferenças de género também nesta abordagem; analogamente a algo redigido acima, se considerarmos os scores para cada género (valores standardizados) aos 30 e aos 90 dias e compararmos, em cada um desses momentos, em função dos grupos constituídos (Gp1/Gp2), verificam-se diferenças de médias (e medianas) estatisticamente significativas entre grupos; isto é válido para as mulheres, mas não para os homens.

Dadas as características da escala, no género feminino são considerados 2 factores; para cada um desses factores, é estatisticamente significativa a diferença de médias entre os momentos avaliados (30-90 dias), também confirmando a evolução clínica ocorrida, nesta análise mais discriminativa das actividades instrumentais. Ainda considerando o género feminino e os factores referidos, verifica-se significância estatística para os 2 factores (f1 e f2), aos 30 e aos 90 dias pós-AVC, quando numa análise das diferenças de médias obtidas para cada grupo (prolongamento de internamento).

Sem uma análise discriminativa por variável, poderemos fazer uma discussão relativamente à origem das diferenças e aos seus significados. Como foi afirmado, os grupos eram diferentes nomeadamente quanto ao dano neurológico infligido pelo evento cerebrovascular, mas também quanto ao género, quanto às idades, entre outros.

Nesta vertente relativa à funcionalidade cabe nova referência a Cumming, Thrift, Collier *et al* (2011); relembram, citando outros estudos, que estes doentes expressam frequentemente e como primeiro

objectivo o desejo de recuperação de autonomia na marcha (*improved walking function*), afirmando também que não se verifica uma taxa ou ritmo linear de recuperação física pós-AVC, ocorrendo um mais rápido progresso nas primeiras 6 semanas subsequentes ao evento.

Seria legítimo afirmar que, mesmo que nada se fizesse ou implementasse, provavelmente muitos doentes recuperariam a generalidades das funções mais elementares e que mais desejam? Não sendo eticamente testável, os mesmos autores (*idem*) concluem um estudo randomizado controlado sugerindo que quanto mais precoce e intensiva for a mobilização subsequente ao AVC, mais rapidamente se verificará o retomar da marcha sem assistência (em autonomia) e se alcançarão melhores níveis de recuperação funcional.

Face a este doente, todos os profissionais de saúde são convocados para a tarefa comum de recuperar e devolver a mais extensa, melhor e abrangente funcionalidade.

Necessariamente num esforço conjunto, convergente, com o do próprio doente e de sua família.

Os enfermeiros, pela sua idiosincrasia profissional, estão entre os primeiros e mais persistentes interlocutores do doente; os enfermeiros especialistas em reabilitação fá-lo-ão numa perspectiva particular e com responsabilidade acrescida, devendo motivar, explorar o potencial remanescente (*empower*), articular com os clínicos responsáveis, utilizar a melhor evidência científica ao longo do sinuoso e demorado processo de recuperação que estes doentes, normalmente, iniciam após o evento neurológico.

3.3 – A QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida, traduzida em dados, foi assumida como dimensão central deste trabalho.

Por ironia da história, em meados de 2015, com o Verão a anunciar-se, a comunicação social abria blocos informativos citando o Eurostat e afirmando, nomeadamente, que os Portugueses são os mais insatisfeitos com a qualidade de vida, a par dos cipriotas, gregos, húngaros e romenos, só ultrapassados pelos búlgaros; tal avaliação relacionava-se, principalmente, com a situação financeira e inexistência de espaços verdes e recreativos, entre outros. Também nos informavam, por outro lado, que as relações pessoais são o aspecto da vida privada mais valorizado pelos portugueses. Sintomático; «baixa satisfação e baixa felicidade» (Eurostat; 2015:18). A doença não estava a ser equacionada!

Quer se esteja ou não a fazer referência a tais processos de saúde/ doença, a qualidade de vida parece ser o α e Ω das análises e manifestações associadas à vivência humana, onde tudo começa

e acaba; será natural, como referia Canavarro e Serra (2010:XIX), o interesse e preocupação pelo conceito e a sua crescente relevância na prática clínica.

Através duma revisão da literatura percebemos, constatámos e comentámos a sua multidimensionalidade, a sua estreita associação com a dor, com a funcionalidade, com o género, com as doenças em geral e com muitos outros aspectos da vida, como o Eurostat nos mostra.

Em 2015 assistimos, por parte da Direção Geral de Saúde, a uma revisão e extensão a 2020 do PNS 2012-2016. Nesse documento são redefinidas as grandes metas de saúde para os portugueses e a sua perspectivação a horizonte temporal mais alargado (DGS, 2015); como referem na página oficial, tal actualização vem definir «como grandes metas a redução para menos de 20% da taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), o aumento em 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade, e ainda a redução dos factores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, nomeadamente o consumo e exposição ao fumo do tabaco e a obesidade infantil». O enfoque nas doenças não transmissíveis e em alguns dos factores de risco subjacentes; o enfoque na extensão da esperança de vida saudável e diferença entre os géneros (como percebemos em entrevistas de responsáveis) e, óbvia e naturalmente, na dimensão da qualidade de vida e da qualidade de vida relacionada com a saúde, como abordamos neste tópico.

Relativamente aos (nossos) dados concretos, este conceito de qualidade de vida foi trabalhado a partir de indicações deixadas pelos doentes vítimas de AVC; e também na sua relação com outras variáveis, nomeadamente quando analisada enquanto variável-resposta.

Parece aceitável referir que todos os doentes viram prejudicada a sua qualidade de vida; os dados apontam nesse sentido. Os níveis médios de cada dimensão revelam valores indicativos de má percepção do estado de saúde e qualidade de vida mas evoluem de forma favorável ao longo do tempo, exceptuando a dimensão dor/mal-estar. A dimensão das actividades habituais foi a mais prejudicada, com a média a atingir praticamente o nível 2 na classificação efectuada pelos 110 doentes. Trabalhados os dados como soma de scores ou pela sua estrutura de índices, detectamos a mesma evolução e o mesmo prejuízo na esfera da qualidade de vida.

Quanto a esta estrutura de índices, relembrar que o valor médio global obtido aumenta até aos 90 dias (alta/saída, 30, 90) e, nessa altura, não se detectam diferenças estatisticamente significativas, entre mulheres e homens, na percepção da qualidade de vida. Ao contrário do que os dados indicam para momentos anteriores, nomeadamente aquando da alta/ saída ($p=0,03$) e pelos 30 dias ($p=0,01$), sempre com os homens a revelar valores mais elevados nessa apreciação, isto é, as

diferenças de género quanto à percepção da qualidade de vida (com vantagem para os homens) desaparecem no tempo mais longo ou distante do momento em que ocorreu o AVC.

Como temos procedido, observámos estes dados na perspectiva do tempo de internamento e da sua extensão ou prolongamento (*excesso, waiting days*), falando em termos de grupos (Gp1 e Gp2); a percepção de qualidade de vida traduzida pela soma de scores revela médias, entre esses dois grupos (Gp1; Gp2), cuja diferença é estatisticamente significativa nos 3 momentos avaliados (alta/saída; 30 e 90 dias). Para os doentes que prolongaram o internamento (Gp2) confirma-se, também, maior deterioração da sua qualidade de vida assim medida, com média das médias de scores em 10,10 ($\pm 2,75$) contra 7,10 ($\pm 1,91$) do grupo 1 (Gp1).

Parece-nos claro que a justificação central desta diferença residirá na diferente condição clínica que se verificava à partida e que se repercute nestes grupos; mas, subjacente aos dados, poderá estar, igualmente, a influência discreta da dimensão relativa ao internamento, isto é, ter-se verificado a sua extensão (*waiting days*: Gp2) em número sempre igual ou superior a 3 dias. Cabe uma referência particular à dor enquanto dimensão analisada, dado verificar-se a sua evolução em sentido sensivelmente contrário ao das restantes, condicionando a percepção do estado de saúde/qualidade de vida dos doentes.

Esta, presumidamente traduzida nos dados numa escala, também foi estudada nas inter-relações com muitas outras variáveis pelo que, nomeadamente, foi efectuada a sua análise percebendo-a como variável-resposta num modelo de regressão linear (simples e múltipla). Cabe discutir os resultados nessa perspectiva.

Pelo modelo de regressão linear simples percebemos o peso preditor e explicativo de algumas variáveis, reflectindo-se diferenciadamente na qualidade de vida expressa pelos doentes; percebe-se a presença do efeito de género, em sintonia com diversos estudos em que esta relação se estuda (Bushnell *et al*, 2014; Lopez-Espuela *et al*, 2015), embora não o tenhamos aqui explorado particularmente; um primeiro conjunto de resultados para todos os doentes (grupo total) indicam-nos que o prolongamento de internamento verificado (que não aconteceu a todos os doentes, nem foi sempre de igual magnitude) se repercute como preditor nos dados que apresentamos, ainda que com baixo impacto (alta: 31,9%; 30 dias: 34,2%; 90 dias: 36,6% e sempre com valores superiores para género masculino), o mesmo se verificando na abordagem via índices (explicando, nos mesmos momentos, 38% - 37,8% - 40,3%, respectivamente).

Dado apenas alguns doentes (famílias) terem sido protagonistas desta extensão no internamento, só em termos estatísticos podemos fazer esta abordagem; a baixa magnitude dos dados reflecte isso.

Contudo, quando consideramos o tempo total de internamento (tempo t_1-t_2), estes dados assumem uma maior expressão, explicando 46,7% - 53,1% - 49% da variância na qualidade de vida aquando da alta/saída, aos 30 dias e aos 90 dias, respectivamente.

Não havendo muita investigação disponível que se foque no estudo desta relação entre tempo de internamento (o seu prolongamento/ extensão alta-saída) e qualidade de vida, há contudo trabalhos que relacionam estas duas variáveis, mas considerando o tempo de internamento total, admissão-saída (Griffiths, 2000; Almborg *et al*, 2010; Cramm *et al*, 2012), e sempre determinando associações relevantes, nem sempre convergentes (ver parte I, capítulo 4).

No que se refere aos componentes da qualidade de vida e à sua estrutura piramidal (Canavarro & Serra, 2010:8), sabemos que entre os mais referidos se destacam, nomeadamente, o estado físico e as capacidades funcionais assim como o estado psicológico e bem-estar, entre outros (cf. Parte I). Dos nossos dados (via mod. regressão linear simples) percebemos o peso preditor e explicativo de algumas variáveis que reflectem essa natureza (funcional e emocional), na percepção de qualidade de vida expressa pelos doentes. Por exemplo, o dano neurológico (NIHSS) avaliado na alta é um preditor cujo valor atinge os scores mais elevados, reflectindo uma variância na qualidade de vida entre 48,9% e 57,5%, explicando 56,1% dessa, quando considerada a avaliação aos 90 dias pós-AVC, com diferença mínima entre o género masculino e feminino.

Também reflectindo essencialmente a dimensão orgânica e funcional, relembramos dados já apresentados nos quais os três instrumentos de avaliação funcional utilizados (Rankin, Barthel e AIVD) explicam uma elevada variância desta qualidade de vida, entre 61,1% (valor mínimo) e 78,3% (valor máximo), sendo que, para as mulheres, se revela valor preditor mais baixo do que para os homens (nas 3 escalas), variando entre 50,9% e 78,2%, (♀) ou entre 62,5 a 79,2% (♂).

Isto confirma não apenas a estreita relação entre função e qualidade de vida, mas também o diferencial valor atribuído, em função do género dos doentes.

Também percebemos o peso explicativo de variáveis que reflectem uma natureza emocional e psicológica; analisando as subescalas integrantes da EADH (de ansiedade e de depressão) e sua repercussão na percepção de qualidade de vida expressa pelos doentes, podemos referir, em sintonia com diversos autores (nomeadamente Almborg *et al*, 2010; Souza *et al*, 2013), que esta é uma dimensão central muito importante e altamente condicionante da referida percepção.

Centrando-nos nas avaliações efectuadas pelos 90 dias pós-AVC (quer da qualidade de vida quer da ansiedade/depressão), destacamos os diferentes valores dessas subescalas, com magnitude maior na depressão (53,5% de variância, sendo mais elevado nos homens do que nas mulheres) do que na ansiedade (36,2%, igualmente mais elevado nos homens do que nas mulheres).

Como disse Jönsson *et al* (2005), também corroborada por Lopez-Espuela *et al* (2015) e Guajardo *et al* (2015), a vertente emocional, nomeadamente os sintomas de depressão, também determinam a qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC. Contudo este modelo não permite afirmar que as mulheres têm pior qualidade de vida do que os homens, após AVC isquémico, tal como foi concluído no trabalho de Bushnell *et al* (2014), ainda que (neste) a referência fosse a avaliação aos 360 dias (e não tão precocemente, como no nosso caso).

Mantendo o foco na análise crítica dos dados e assumindo a percepção do estado de saúde/qualidade de vida dos doentes como variável-resposta ou resultado, cabe observá-los e discuti-los na perspectiva dum modelo de regressão linear múltipla. Como já referimos na parte I deste trabalho, o conceito é multidimensional. Na nossa abordagem, pela diversidade das variáveis e sua natureza, pensamos confirmar essa mesma característica.

Como predictoras estatisticamente significativas da qualidade de vida e explicando 71,9% da sua variância aos 30 dias, surgem as variáveis tempo de internamento (total: t_1-t_2) e funcionalidade básica, aferida na alta (Barthel precoce). Considerado o horizonte temporal dos 90 dias, persiste estatisticamente significativa a variável tempo total de internamento mas a funcionalidade mais elementar (Barthel) perde tal peso estatístico, impondo-se algo mais estrutural, i.e., o dano neurológico avaliado pela NIHSS aquando da alta; para uma explicação de apenas 57,3% da sua variância neste prazo (90 dias).

De sublinhar que neste modelo, com selecção *enter* das variáveis, o tempo de prolongamento de internamento dos doentes (t_2-t_2 , em que o grupo 2 estende ou prolonga o internamento) não se constitui como variável estatisticamente significativa quando o resultado se mede via qualidade de vida.

Em nenhuma das abordagens estatísticas efectuadas (cf. resultados) esta dimensão se revelou estatisticamente significativa, dentro deste modelo analítico. Estes dados vêm de encontro aos já aflorados antes (na análise sob o MRLS), dando consistência aos achados dos trabalhos de Griffiths (2000), Almborg *et al* (2010) e Cramm *et al* (2012).

Quando analisámos estas variáveis em função do género dos doentes, não verificámos diferenças no que se refere à percepção da qualidade de vida, exceptuando uma significância marginal no género masculino, como ficou registado nos resultados apresentados. Sabemos da influência de género no desenvolvimento do cérebro humano (Hines, 2010; Hines, 2011), com elementos típicos masculinos e femininos que podem variar ao longo do tempo mas estes dados específicos não revelam particular concordância com tal, apesar da significância marginal antes sublinhada.

Nesta análise de múltiplas variáveis independentes (10), estabilizou-se um modelo que explica 67,3% da variância da qualidade de vida dos doentes, com significância estatística das variáveis depressão, funcionalidade motora (mRS) e funcionalidade geral, instrumental de vida diária; detecta-se a dimensão psico-emocional e funcional na base e génese da percepção de qualidade de vida, 3 meses após o evento. Este mesmo modelo (10 variáveis independentes) denota a influência de género antes não verificada, com significância estatística (da depressão e funcionalidade motora) a verificar-se para o género masculino, sendo que nenhuma variável é especificada, de forma estatisticamente significativa, no género feminino.

Em convergência com os achados de Hines (2010; 2011) e Cahill (2006; 2014) verificamos, neste modelo mais estável, a influência do género nomeadamente na diferenciada percepção da qualidade de vida face a um evento com iguais características genéricas, para ambos. Certamente, validando também as várias conclusões de Gibson (2013), nomeadamente quanto à influência do género no risco, incidência, diagnóstico, sintomatologia, tratamento e resultados do acidente vascular cerebral isquémico, assente em variáveis como os factores hormonais ou a activação de diferentes vias celulares ($\text{♂}/\text{♀}$), entre outros, verificáveis no contexto e após a ocorrência desse evento (Gibson, 2013: 1359).

A abordagem estatística com selecção *stepwise* das variáveis confirma, globalmente, o que foi acima discutido; o prolongamento de internamento dos doentes (t_2-t_2 ; o grupo 2, prolonga) não se constitui como variável estatisticamente significativa quando o resultado se mede através da escala de qualidade de vida.

Como ficou expresso (cf. Resultados: parte II, cap. 2: 2.8), tornam-se determinantes as variáveis de natureza funcional, a que se junta, com pequena ajuda incremental, uma variável indiciadora da manifestação psico-emocional depressão. Estas explicando a variância global verificada na qualidade de vida, mas com alguma diferenciação em função do género dos doentes, como também foi sublinhado nos resultados. Dissemos, agora transcrito, que no género feminino torna-se relevante a variável funcionalidade instrumental de vida diária, enquanto no género masculino essa relevância está distribuída por variáveis funcionais (funcionalidade instrumental de vida diária e Barthel4) mas também por uma variável indiciadora de perturbação psico-emocional/psicopatológica (depressão).

Percebe-se um efeito de género, mas também a sua intersecção com elementos de natureza sociocultural.

Tal como escrevemos relativamente à esfera da funcionalidade, todos os profissionais de saúde potencializam a plasticidade cerebral, empenham-se noutros níveis de prevenção, procuram melhorar a função motora sem ignorar, entre outras, as vertentes cognitiva e da qualidade de vida, como vimos designando; esta, a qualidade de vida, enquanto construção mais complexa.

E, igualmente, fazendo-o num esforço conjunto e convergente.

Também os enfermeiros estão “proibidos” de ignorar esta vertente, tão problematizada, mas tantas vezes, tão obstaculizada. Para quando um sistema nacional de saúde mais centrado no doente/ utente/ cliente? Para quando uma perfeita articulação e comunicação entre fornecedores de cuidados de saúde, aos diferentes níveis do sistema (central-comunidade). Para quando uma descentralização de cuidados? Para quando sistemas inteligentes, interoperáveis, para gestão de informação (naturalmente com diferentes níveis de acesso, dadas as importantes reservas éticas e deontológicas)? Constantino Sakellarides afirma, no âmbito das conferências «O meu futuro» (Expresso: 04-06-2016) que o «sistema nacional de saúde não sobreviverá se não transformar a gestão das intervenções assistenciais na gestão do percurso das pessoas, integrando toda a inovação que está a surgir».

Não se contribuiria, também por esta via, para melhorar a qualidade de vida destes doentes? No mesmo âmbito (idem), também uma reumatologista (Helena Canhão) coloca a tónica nesta dimensão menos tangível: «a carga deixada pela doença precisa de um apoio que vai além do que é dado pela medicina convencional, mas nas consultas nunca é destes assuntos que falamos, não falamos das necessidades de vida diária». Sintomático.

3.4 – O ENCAMINHAMENTO PÓS-HOSPITALAR E A VIVÊNCIA NO TEMPO LONGO; UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO

Esta última vertente está também, naturalmente, relacionada com os nossos objectivos e com a pergunta de investigação formulada; referimo-nos ao encaminhamento pós-hospitalar efectuado e, numa subamostra intencional, às vivências pessoais num tempo já mais afastado do evento. Quanto a estas vivências, assumimos que reflectem as circunstâncias envolventes da doença, do processo terapêutico assim como do próprio processo de transição em que se encontram, não apenas os doentes mas, igualmente, os seus familiares e/ou seus cuidadores, sendo o caso.

Na parte I deste trabalho (cap. 3: 3.4 e cap. 4) procurámos rever, socorrendo-nos de vasto leque de estudos, alguns dos elementos quase sempre presentes e agora sumariamente invocados: as

repercussões funcionais do AVC, o autocuidado, questões diversas relativas à transição hospital-família-comunidade, a dimensão qualidade de vida e as manifestações emocionais e/ou depressivas.

Podemos afirmar que, relativamente ao encaminhamento pós-hospitalar, não há dúvidas quanto às dificuldades e desafios que, nesta etapa, se colocam à generalidade dos doentes, às suas famílias e também aos serviços de saúde.

Num plano teórico tudo está pensado, planeado e organizado, tudo funciona ou parece reunir condições para tal; pelo menos assim decorre da leitura atenta de alguns trabalhos importantes, de que são exemplos alguns anteriormente citados e, agora, lembrados: entre outros, podemos procurar informação e orientação certificada sobre planeamento da alta do doente com AVC, em circular informativa (DGS, 2004a) e circular normativa (DGS, 2004b); podemos referir a declaração de Helsingborg, de 2006, mas com horizonte temporal de 2015 (Kjellström *et al*, 2007); podemos referir as propostas de orientação de Oliveira (2010), também com chancela da direcção-geral da saúde; podemos socorrer-nos do sítio *web* da Segurança Social, procurando saber como funciona e onde está a rede nacional de cuidados continuados integrados (Segurança Social, 2013). Existe muita e variada informação, para um eficaz desempenho do sistema de cuidados; mas as dificuldades dos doentes e famílias estarão sempre presentes!

Neste trabalho verificámos múltiplas e variadas situações; a maioria dos doentes foi orientado para domicílio mas muitos outros foram-no para unidades de cuidados continuados (UCC) ou, menos frequentemente, para outras dependências/ destinos, como já registámos. Verificando-se, ou não, extensão da estadia em internamento (prolongamento), podemos dizer que os doentes apresentaram evolução funcional positiva entre os 2 momentos avaliados (alta/ saída e 90 dias). Mas destacamos, da regressão linear múltipla exploratória utilizada, a variável dano neurológico (NIHSS) que determina, de forma estatisticamente significativa, a orientação para UCC.

Como afirmam alguns autores (ex: Oliveira, 2010) e é amplamente reconhecido, esta condição altamente incapacitante determina e obriga a respostas céleres (mas muitas vezes insuficientes) face às necessidades de curto-médio prazo assim como aos direitos, perspectivas e esperança dos doentes (e família).

A saída do hospital não deveria ser um momento gerador de ansiedade suplementar dado poder ser entendida como o epicentro do processo de transição de saúde, ou outros, em que o doente se encontra.

Recentrando a discussão, que vivências foram expressas ou manifestadas pelos doentes, quando abordados em momentos já bem distantes da ocorrência AVC?

Como já escrevemos, na continuidade do trabalho entrevistámos 12 doentes (Nunes & Queirós, 2015; Anexo 11); fomos à sua procura aos locais onde residem/ vivem, ao seu espaço, onde gerem e decidem, onde se sentem seguros e confortáveis dado terem recuperado e retomado o controlo sobre as suas vidas. Perguntámos como se encontram agora, ultrapassada a fase crítica e percebendo-os capazes de uma análise distanciada.

Na parte II (conf. resultados: subcapítulo 2.10) procurámos as unidades de significação, *id est*, os núcleos de sentido explicitados por Bardin (2013: 131), pretendendo identificar os marcadores de bem-estar subjectivo e do bem-estar na relação com os outros, mas também indicadores da sua capacidade de mestria, ou seja, da sua capacidade de lidar com, e de gerir, as dificuldades que alguns (destes doentes) ainda sentem (Orem, 2001; Meleis, 2010).

Percebemos diversas situações, tendencialmente positivas, mas algumas de sentido oposto quanto aos indicadores de transição saudável acima referidos (bem-estar subjectivo; bem-estar na relação com os outros; capacidade de desempenho do papel social expectável (Meleis, 2010)). Efectivamente, no decurso das entrevistas denotaram-se pontuais manifestações de ansiedade e medo, mas também de revolta ou, mesmo, antipatia; provavelmente numa relação directa com o *status* pós-AVC e revelando dificuldades de natureza subjectiva, da relação familiar e com outros e, mesmo, da capacidade de desempenho social (Nunes & Queirós, 2015).

Como está referido no posfácio de um livro de culto, de autor insuspeito (Frankl, 2012), uma certa exuberância em relação à vida, acompanhada da existência de esperança e de energia positiva podem transformar desafios em triunfos. Ainda que o sofrimento não seja necessário para encontrar um sentido para a vida, tal «sentido é possível, apesar do sofrimento» (Frankl, 2012:155). Será sempre uma questão de escala e de reais expectativas; foi possível perceber algo próximo disto, no contacto ocorrido com estes 12 doentes, naturalmente em intensidade e com matizes diferenciadas.

Sempre em relação com as dificuldades presentes (maiores ou menores), eventualmente na sua dependência directa, percepcionámos, como referido acima, desde o completo bem-estar, tranquilidade e confiança, até situações de efectiva revolta e angústia perante tais dificuldades (Nunes & Queirós, 2015).

Mas verificámos essencialmente e mais frequentemente, sentimentos de perda e de tristeza e a valorização muito acentuada das dificuldades actuais em comparação com um tempo anterior, já distante.

Também de extraordinária dimensão, num plano de análise diferente, se poderá classificar o testemunho de Oliver Sacks ao *New York Times* de Fevereiro de 2015; poderíamos nós esperar que um doente de AVC, portador de algum nível de sequelas funcionais, motoras, cognitivas, sensitivas, outras, da mesma idade de Sacks ou mais jovem, pudesse expressar igual gratidão, perante a vida, à manifestada por Sacks na sua carta de despedida (Sacks; 2015), face a um fim já antecipado e anunciado¹⁵? Não foi o que verificámos. Contudo, apesar do diferente plano de análise, alguns testemunhos poderiam enquadrar-se em algo de idêntica profundidade e filosofia; pontualmente, alguns dos entrevistados manifestaram sentimentos semelhantes, por exemplo ao afirmarem terem tido sorte, tudo estar ultrapassado, perceberem a necessidade de reviver e retomar a vida. (Nunes & Queirós, 2015).

Sendo uma subamostra intencional, e talvez por isso, não estivemos perante doentes que preferissem morrer a ficarem ou permanecerem dependentes, numa hipotética convergência com o estudo de Hanger, Fogarty, Wilkinson, *et al* (2000).

Remetendo para a síntese feita no item 2.10 (conf. parte II), temos unidades de significação como sejam a centralidade da vertente funcional/disfuncional e a importância da dor; a subjectividade e multidimensionalidade da percepção de qualidade de vida; uma perspectiva favorável, com avaliação geral positiva embora pontuada de algumas reticências; a emoção positiva *vs.* temor/medo face ao futuro e à possibilidade de repetição.

Concentrando-nos nos elementos investigados e detectados aquando da interacção com estes doentes (ocorrida, nomeadamente, no desenvolvimento das entrevistas), analisando-os de forma global, poderemos afirmar toda a explicitação do conceito de transição, conceito antes proposto e adoptado como postulado central para a disciplina de enfermagem (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis, 2010; Meleis, 2012).

Este conceito foi explicado mais amplamente na parte I, capítulo 3, onde nos referimos ao processo de transição e à recuperação da capacidade de autocuidado; poderemos dizer que funciona como o background ou pano de fundo teórico sobre o qual se desenvolve o drama do doente vítima de acidente vascular cerebral no seu processo de ficar doente e de retomar, no ambiente pós-hospitalar, a sua condição de pessoa em vivência do quotidiano.



¹⁵ Oliver Sacks morreu em 30 de Agosto de 2015 (1933-2015).

Terminada a abordagem às quatro vertentes seleccionadas, podemos fazer uma ponte para as conclusões do trabalho; para isso, registamos algumas reflexões que, sendo preparatórias da conclusão deste trabalho, são também subsídios para o processo de discussão aqui concretizado.

Como ficou patente em capítulos anteriores, estamos perante uma multiplicidade de resultados que, sendo diferentes na sua importância e significado, reflectem um todo coerente e relativo ao heterogéneo conjunto de mulheres e de homens que integraram a amostra, aos quais já dirigimos o devido, ainda que modesto, agradecimento.

Espera-se uma síntese, mas também uma perspectiva unificadora do trabalho efectuado; assim se tentará, naturalmente numa esperada sintonia com o que nos levou ao seu desenvolvimento. Não deixaremos de redigir breves sugestões para trabalho futuro, dadas outras abordagens poderem ser concretizadas ou tentadas, e também referiremos algumas das limitações identificadas.

Contudo e enquanto reflexão preparatória, afirmamos que nos parece claro, e é de verificação frequente, senão permanente, que a funcionalidade e a qualidade de vida dos doentes sofrem deterioração na sequência dum acidente vascular cerebral (AVC). Também nos parece claro que nem sempre as escalas e tabelas que utilizamos e construímos conseguem mostrar tal realidade; nem sempre isso é explicitamente revelado pelos dados empíricos recolhidos em pequenas amostras. Fazendo uso da melhor honestidade intelectual, pensamos que ser acometido por, ou ser vítima de um AIT ou de um AVC deve constituir um sério e inequívoco aviso de que algo muito sério não se encontra bem, obrigando a acções concretas; acções iniciadas pelo doente em primeiro lugar (quando possível), mas também pelos seus familiares e pelo sistema de saúde, no sentido da implementação de medidas rápidas de tratamento, de prevenção secundária e terciária (reabilitação).

A educação das populações através dos diversos meios possíveis e disponíveis, quer por programas televisivos generalistas, quer por campanhas temáticas junto dessas, quer pela acção concertada dos profissionais de saúde, designadamente de médicos e de enfermeiros, deverão concretizar a prevenção primária.

O AVC compromete, muitas vezes de forma potencialmente irremediável, enquanto ruptura, as dimensões centrais (funcionalidade e qualidade de vida) tratadas neste trabalho, independentemente da sua subjectividade e particularidades individuais (nomeadamente a da qualidade de vida). Mesmo quando tudo decorre pelo melhor, quando a recuperação funcional acontece aos melhores níveis, as disfunções ou compromissos cognitivos são prevalentes e constituem as principais sequelas após AVC, sendo mesmo preditores de futuro compromisso funcional (Wong & Mok,

2015). Noutra visão, convergente com esta, um escritor ímpar referiu-se ao AVC como «desmemória» ou «tragédia da memória» (Pires, 1997:65).

Memória, cujos prodígios tão bem foram retratados por Sacks (1990).

No programa televisivo Linha da Frente recentemente emitido, é efectuada uma abordagem interessante ao drama do AVC nos mais jovens (RTP Play; 2015); veja-se o programa e reflecta-se nas palavras em torno do conceito e riscos decorrentes do stress (não justifica tudo, mas em função dos mecanismos inflamatórios, está muito relacionado com a patologia cerebrovascular: ver revista factores de risco nº 37, sobre burnout) e, particularmente, as palavras do Dr. Gustavo Cordeiro, reafirmando ser o AVC um sério problema a nível nacional (com a maior incidência entre os países da união europeia (minuto 8:10) mas também a sua afirmação de que, nestas populações mais jovens, a sintomatologia e manifestações nem sempre são abordadas da forma mais conveniente, pelos doentes, pelos familiares e, no limite, pelos serviços de saúde/ departamentos de urgências do país (minuto 7:25).

Sobre vidas muitas vezes já difíceis, também esta condição clínica as transforma e lhes acrescenta o sofrimento, o isolamento, a perda e a desvalorização do autoconceito e da auto-imagem. De algum modo, também demonstrámos isso. É irrefutável que o ser humano vive mais tempo, hoje, comparativamente a momentos anteriores da nossa história evolutiva recente, apesar de profundas assimetrias entre as diversas regiões do planeta. Este assunto já foi mencionado e citado antes; contudo, pensando no designado mundo desenvolvido, se a longevidade aumenta, também tem aumentado o número de condições crónicas com que as pessoas convivem e de que se tornam portadoras.

Devemos lembrar os factores de risco conhecidos; o risco existe e viver, de algum modo, comporta risco (Malpass; 2012); a direcção-geral da saúde, via documento «Doenças cerebrovasculares em números-2014» estudou apenas alguns (teor de sódio na dieta, hipertensão arterial, colesterol total elevado), comparando 1990 e 2010. «Para os factores de risco foi calculado o número de óbitos observado em 1990 e 2010, e os anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) por um rácio cujo denominador é o número de habitantes» (DGS, 2014b:55). As figuras apresentadas reflectem melhorias importantes. Mas existem desequilíbrios importantes (Mateus (2015), como sublinharemos nas sugestões a incluir no capítulo seguinte. Também o observatório português dos sistemas de saúde (relatório de primavera de 2015) identifica um panorama algo desolador, nomeadamente quando faz referências à necessidade e à actual disponibilidade de cuidados continuados, em óbvia denúncia de modelos desadequados, dessintonizados com as necessidades das populações (OPSS, 2015).

Cabe concluir.

CONCLUSÃO

Na introdução a este trabalho definimos o caminho; procurávamos avaliar em que medida o prolongar de internamento após a indicação de alta clínica, mas também o encaminhamento adoptado, condicionavam as dimensões centrais da funcionalidade e da qualidade de vida destes doentes. Formulámos, para tal, os objectivos que delineavam todo o processo de investigação. Propusemo-nos estudar a funcionalidade e a expressão da qualidade de vida de doentes vítimas de AVC isquémico, em avaliações efectuadas na admissão, na alta clínica, aos 30 e aos 90 dias após esse evento; também quisemos analisar essa evolução em função do número de dias decorridos entre a alta e a saída efectiva e em função do destino após a alta, convergindo, neste objectivo, as vivências referidas pelos doentes, em momentos já distantes da ocorrência crítica.

Entre as primeiras palavras redigidas e estas, de 2016, decorreu um longo período de ± 5 anos. Nesta janela temporal muita investigação foi desenvolvida, muitos avanços se estabeleceram, muitas melhorias nas unidades e nos processos de cuidados se concretizaram. Mas, também, muitos portugueses morreram ou ficaram dependentes de terceiros; muitos portugueses viram, assim, reduzida a sua qualidade de vida; muitas famílias, atingidas pela doença cerebrovascular isquémica (AVC) ou outras, necessitaram de se reestruturar e procurar soluções sociais tendencialmente escassas.

Sobre a informação estatística disponível (incidência; mortalidade; morbilidade) sabemos e referimo-lo na introdução, que não é favorável ao nosso país, quando comparamos com outros países. O inverno demográfico sublinha uma população em declínio; a maior esperança média de vida não nos iliba de um longo convívio com a doença, com a incapacidade e com afirmação de fortes sentimentos de insatisfação com a vida e com a qualidade de vida.

Estas são já expressões do nosso quotidiano.

Numa prudente (sem qualquer inferência estatística) generalização de resultados, de forma sintética e em sintonia com o primeiro objectivo definido, poderemos dizer que todos os doentes viram prejudicada a sua qualidade de vida, em amplitudes diferenciadas, na sequência do evento ocorrido. Também podemos referir o mesmo, no que se refere à sua funcionalidade, entendida de forma

abrangente, como explicitado ao longo do texto e particularmente no ponto 3.2 da discussão, especificamente sobre tal funcionalidade.

Já no que se refere ao segundo e terceiro objectivos definidos (analisar a evolução em função do número de dias decorridos entre a alta e a saída efectiva e também a relação com o destino após a alta e vivências invocadas, estas em momentos já distantes do evento), não parece tão inequívoco que tal impacto ou prejuízo, na funcionalidade e na qualidade de vida, se tenha verificado na directa dependência do prolongamento de internamento (*delay* entre alta e saída efectiva), ou decorrer das diferentes vias (adoptadas) para encaminhamento pós-hospitalar; constatámos e discutimos (conf. discussão: 3.1, remetendo para cap. 2) que elevada proporção de doentes viu prolongar de forma significativa, por diversas razões, já aduzidas, a sua permanência na unidade bem para além do momento em que a alta seria clinicamente possível. Em oposição a uma média de dias de permanência no hospital relativamente aceitável ($8,7 \pm 5,25$ dias) temos valores significativamente discrepantes ($30,6 \pm 19,82$ dias), para os que prolongaram o período de internamento.

Contudo, cabe sublinhar que foi possível detectar aparentes ganhos clínicos no grupo 2, aquele que prolongou o internamento em 3 ou mais dias, parecendo-nos ser decorrente dessa extensão de internamento o alcance de scores mais favoráveis em domínios inerentes ao dano neurológico e à funcionalidade geral, posterior ao evento.

Por exemplo, afirmámos (conf. resultados: 2.2) que «embora sejam estatisticamente significativos os ganhos de funcionalidade (Barthel) nos dois grupos, existe uma diferença no grupo 2 (com prolongamento); Tal, dá ideia que os indivíduos do grupo 2 necessitam dessa extensão de tempo (prolongamento) para terem os mesmos ganhos de funcionalidade que os do grupo 1».

Relativamente ao encaminhamento pós-hospitalar, já discutimos acerca da distância abismal entre o que se preconiza em teoria e o que sucede na prática clínica real, quando se cruzam os anseios, interesses e direitos de todos os envolvidos, doentes, família, sistema de saúde, respostas sociais de continuidade. Quanto às vivências invocadas pelos doentes, conforme foi redigido no terceiro objectivo (acima transcrito), cabe dizer, atendendo à amostra, que identificámos dois padrões possíveis, o padrão saudável e o padrão patológico, como também já aprofundámos em «resultados» e em «discussão».

Não sendo fácil transportar para esta secção todos os elementos relevantes aí apresentados, nem pretendendo redigir um texto final repleto de redundância, destacamos alguns tópicos que, em nosso entender, dão consistência e acrescentam alguma objectividade a esta conclusão, ainda que nos obrigue a invocar, novamente, as secções acima indicadas. Isto, apesar das limitações que identificamos à frente, e antes de redigirmos algumas linhas com sugestões gerais.

Assim, na esfera do que identificámos como o tempo de internamento hospitalar, considerado da alta clínica à saída efectiva (conf. Parte II, subcapítulo 3.1, remetendo para 2.1), poderemos relembrar não só a frequência deste fenómeno, mas também a multiplicidade de factores que conduzem ao estrangulamento do sistema (permanência de doentes) em unidades diferenciadas, mesmo quando todas as etapas anteriores (do alerta ao tratamento) decorrem de forma articulada e célere. A amostra em consideração totalizou 674 dias de espera para uma saída atempada; mas nem sempre este adiar da saída é nefasto; da discussão, percebemos que alguns autores reconhecem algumas virtudes nessa prática e, pensando nos doentes, foi possível apercebermo-nos desse ocasional desejo e detectar aparentes ganhos clínicos, no subgrupo estudado.

Também podemos relembrar as correlações moderadas, pontualmente fracas, entre o tempo de prolongamento (extensão internamento) e alguns dos índices medidos, em diversos momentos pós-AVC, e tratados estatisticamente. Por exemplo, considerando as avaliações efectuadas (alta, 30 e 90 dias), a mRS correlacionou-se de forma moderada positiva com a extensão de internamento (R entre +0,59 e +0,66; $p \leq 0,001$); o índice de Barthel correlacionou-se de forma moderada, negativamente (R entre -0,68 e -0,72; $p \leq 0,001$) e a qualidade de vida (via soma dos scores do questionário de saúde), correlacionou-se de forma moderada positiva (R entre +0,58 e +0,60; $p \leq 0,001$).

Quanto ao que designámos por funcionalidade (conf. Parte II, subcapítulo 3.2, remetendo para 2.2, 2.3, 2.4 e 2.6), sublinhamos ter sido efectuada uma abordagem convergente de diversos indicadores, considerando-a em sentido amplo, tal como explicámos em momentos anteriores (rever 3.2). Escrevemos acima e agora recordamos, porque inserido nesta esfera funcional específica, que detectámos ganhos funcionais no grupo que prolongou internamento em 3 ou mais dias, sem esquecer que, globalmente, há ganhos consideráveis entre a admissão e os 90 dias, quer se analise a funcionalidade motora, a dimensão emocional e cognitiva ou, igualmente, a funcionalidade instrumental. Isto, reflectindo o padrão global de recuperação, como designámos, e ainda que se percebam diferenças relativas ao género dos doentes ou diferenças decorrentes dos diferenciados danos neurológicos e comorbilidades/ complicações reportadas.

Relativamente à orientação clínica final, confirma-se que os scores funcionais menos favoráveis determinaram as UCC (cuidados continuados) como solução, sendo estas quase incontornáveis, nos nossos dias. A recuperação e autonomia na marcha revela-se como dos primeiros *endpoints*, quando analisamos a funcionalidade a partir da perspectiva dos doentes. Discutimos este assunto. Outros dados trabalhados, dirigidos a esta natureza funcional, permitem-nos afirmar:

-- Quanto à satisfação de necessidades básicas de vida diária e considerando o prolongamento de internamento (dois grupos), o grupo 2 ($\geq 3d$) apresenta sempre (comparativamente ao grupo 1: $< 3d$), para os dois géneros e para as diferentes classes de idades, valores médios menores (traduzindo maior incapacidade) em todos os 4 momentos de avaliação (da admissão aos 90 dias).

-- Na vivência da doença são percebidas manifestações de natureza emocional e psicológica, por vezes mesmo de natureza psicopatológica. Os resultados denotam tal; os scores da ansiedade e da depressão decrescem no decurso dos primeiros 3 meses pós AVC, sendo mais elevados os valores médios da subescala depressão. Quando pensamos no prolongamento de internamento, temos valores médios mais elevados (nessas subescalas) no Gp2 do que no Gp1. Os homens revelam menores scores do que as mulheres, nos mesmos momentos (alta/ saída até aos 90 dias), logo menores manifestações psico-emocionais (psicopatológicas).

-- Na esfera da funcionalidade instrumental previamente contextualizada, em termos genéricos destacamos o menor score médio para o género feminino, aos 30 e aos 90 dias pós-AVC, sendo positiva, no sentido duma maior autonomia a este nível, a evolução verificada entre esses dois momentos, para ambos os géneros e total da amostra.

Melhor funcionalidade global, instrumental; estatisticamente significativa a diferença de médias nesses 2 momentos de avaliação, para o género masculino, feminino e total.

Relativamente à nossa abordagem à qualidade de vida (conf. Parte II, subcapítulo 3.3, remetendo para 2.5, 2.7 e 2.8), foi amplamente concretizada na «discussão», em várias perspectivas, também pela sua crescente relevância na prática clínica. Trabalhámos as diversas dimensões da escala, quer abordando-as *de per se* quer através da soma de scores ou estrutura de índices, mas também a assumimos enquanto resultado, trabalhando-a estatisticamente em modelos de regressão linear. Relembramos que os doentes viram prejudicada a sua qualidade de vida, pois os scores médios de tais dimensões revelaram valores indicativos de má percepção do estado de saúde e qualidade de vida; contudo, percebeu-se uma evolução de forma favorável ao longo do tempo, com excepção da dimensão dor/mal-estar, que evoluiu em sentido oposto. Por outro lado, percebemos que a dimensão das actividades habituais foi a mais prejudicada.

Também nestas dimensões se verificou uma diferente percepção face ao género dos doentes, não valorizando esses (homens e mulheres), de igual modo, tais dimensões.

Um tópico discutido lembra-nos que os doentes que prolongaram o internamento denotaram maior deterioração na sua qualidade de vida; obviamente, múltiplos factores convergem nesta afirmação, nomeadamente a situação clínica diferenciada.

Porque foi uma das opções de análise (assumir a qualidade de vida enquanto resultado, via modelos de regressão linear), deixamos registado que o efeito preditor e explicativo, isolado, das diversas variáveis estudadas foi relativamente modesto, conforme avançado na discussão. Por exemplo, relembramos que o prolongamento de internamento verificado (que não aconteceu com todos os doentes nem foi sempre de igual magnitude) se repercute como preditor global de baixo impacto (alta: 31,9%; 30 dias: 34,2%; 90 dias: 36,6%), mas sempre com valores superiores para género masculino. Porém, dando relevo à dimensão orgânica e funcional, repetimos que os instrumentos de avaliação funcional utilizados (mRS, Barthel e AIVD) explicaram uma elevada variância da qualidade de vida, de 61,1% a 78,3%, sendo que, para as mulheres, se revela com valor preditor menor do que para os homens (mesmas escalas); isto confirma não apenas a estreita relação entre função e qualidade de vida, mas também o diferencial valor atribuído, em função do género dos doentes: 50,9% a 78,2%, (♀) e 62,5 a 79,2% (♂).

Finalmente, pela abordagem estatística com selecção *stepwise* de variáveis (mrlm), verifica-se que o prolongamento de internamento dos doentes não se constitui como variável estatisticamente significativa quando o resultado se mede através da escala de qualidade de vida. Também aqui se tornam determinantes as variáveis de natureza funcional, apenas com uma pequena ajuda incremental da variável indiciadora da manifestação psico-emocional depressão.

Por último, neste breve destacar de tópicos, procuramos abordar o encaminhamento pós-hospitalar e a vivência no tempo longo, invocando o inquestionável processo de transição (conf. Parte II, subcapítulo 3.4, remetendo para 2.9 e 2.10) em que os doentes imergem no momento em que são vítimas de tal evento. Este acontecimento reveste-se de leituras muito diferenciadas para os doentes, quer em função da sua própria literacia em saúde quer do seu convívio prévio com os hospitais e com os profissionais de saúde, entre outros elementos. Contudo, tal como referido por Meleis (2010), revestir-se-á sempre de características de transição, pelo menos a de natureza saúde-doença. Estes não contornam esta regra geral, verificável empiricamente; após a permanência em internamento, a maioria deles (74,5%) foi orientada para o seu domicílio mas muitos outros foram no para unidades de cuidados continuados (19,1%) ou, menos frequentemente, para outras dependências/ destinos, como já registámos (6,4%). Relembrar, também, que a variável dano neurológico (NIHSS) determina, de forma estatisticamente significativa (e de forma clinicamente indiscutível) a orientação para as UCC's.

Sobre as vivências invocadas pelos doentes, remetemos para uma frase redigida no início desta conclusão; efectivamente, foi possível constatar a expressão de padrões diferenciados de ajusta-

mento, um que referimos como um padrão mais saudável e outro que designámos, talvez abusivamente, como padrão patológico.

Teremos nós respondido, integralmente, à questão de investigação inicialmente formulada? Seremos capazes de afirmar, sem qualquer dúvida, que a funcionalidade e a qualidade de vida dos doentes vítimas de acidente vascular cerebral isquémico são condicionadas pelo montante de tempo que decorreu entre a indicação de alta e a saída efectiva, ou sequer pelo encaminhamento subsequente? A resposta não é clara; a complexidade de elementos inerentes, também não nos forneceria uma resposta óbvia, sobretudo quando se deve levar em consideração as limitações existentes, nomeadamente as que identificamos abaixo.



Como referimos, identificamos um conjunto significativo de aspectos que limitaram, tornando mais vulnerável, a abrangência dos nossos resultados; por exemplo na concepção e concretização do trabalho: a tarefa acabou por se constituir num sinuoso e longo processo, no qual mais do que um investigador seria necessária uma pequena equipa, que não foi aqui possível.

Também referimos o reduzido tamanho da amostra, mais do que a metodologia de amostragem (assumidamente não probabilística), que de algum modo retirou consistência aos resultados; sabemos, inspirados em publicações da Nature, que o uso correto da estatística não é apenas bom para a ciência, é essencial, mas também sabemos, por outro lado, que os valor-*p*, *gold standard* de validade estatística, não são tão confiáveis como muitos cientistas assumem. O nosso valor-*p* deve ser, sempre, lido como uma medida de tamanho do efeito, em assunção mais descritiva; quanto menor for, maior o tamanho do efeito que se observa.

Relacionado com a limitação do tamanho amostral e sua subdivisão em grupos, não conseguimos uma resposta cabal para o nosso segundo objectivo, no qual pretendíamos uma análise de variáveis em função do número de dias decorridos entre a alta e a saída efectiva.

Como contraponto aos tópicos agora assumidos como limitações, sublinhamos a oportunidade oferecida a um grupo restrito (não representativo) de doentes, os quais puderam expressar a sua visão, as suas verdades inconvenientes e as suas críticas em termos globais e/ou específicos, de valor analítico considerável. Estas deveriam, sempre e activamente, ser reunidas pelos próprios serviços para, dessa forma, garantindo as mesmas premissas de confidencialidade e anonimato, poderem melhorar os cuidados disponibilizados e atenuar os processos burocráticos. Estes doentes foram visitados, ouvidos, considerados importantes no processo.

Também nos parece oportuno redigir algumas linhas que podem ser lidas como sugestões; sendo este um trabalho na área da saúde, desenvolvido por alguém que tem vivido esta realidade a partir do seu ambiente e envolvimento profissional enquanto enfermeiro e docente, não poderia deixar de reforçar algumas preocupações relativas à nossa *praxis*, passíveis de crítica (dada a eminente característica sectária) mas que são hoje talvez mais oportunas do que alguma vez o foram na nossa história recente.

Assim, fazendo uso de algumas das palavras proferidas por Margaret Chan, directora-geral da OMS, numa conferência internacional de enfermagem (ICN - International Council of Nurses), seria vantajoso que os enfermeiros assumissem um papel mais activo, mais abrangente e que esse fosse efectivamente reconhecido, ainda que tal exija uma eliminação progressiva dos múltiplos constrangimentos ao seu trabalho, às suas competências, à sua capacidade de decisão; é indiscutível a necessidade de papéis mais activos nas decisões quanto a políticas de saúde e decisões organizacionais.

Também disse nesse discurso (e provavelmente não querendo apenas ser simpática), que diversos «estudos sublinham a qualidade dos cuidados prestados por enfermeiros, incluindo a prevenção de erros médicos e erros de medicação, reduzindo ou eliminando infecções, encurtando tempos de internamento hospitalar, e facilitando a transição dos doentes do hospital para o domicílio.» (Chan, 2015:online). Um alerta muito claro duma responsável da OMS; em registo diferente, Augusto Mateus demonstra algumas fragilidades da nossa sociedade, num estudo por si coordenado e no qual se reporta ao desenvolvimento do país ao longo das primeiras três décadas de integração na União Europeia; na página 333 da edição digital refere que «Portugal destaca-se no panorama europeu ao registar, simultaneamente, o terceiro maior rácio de médicos por habitante e o terceiro menor rácio de enfermeiros, reflectindo modelos profissionais e organizacionais seguramente desequilibrados» (Mateus, 2015:333). Poderão estes testemunhos e desequilíbrios relacionar-se, também, com o que abordámos nesta tese? Deixamos a sugestão de correcção.

Também citamos Powell, freelancer de ciência para a insuspeita Nature, ao afirmar, decorrente das entrevistas conduzidas e citando diversas fontes, que os enfermeiros deverão aspirar a maior protagonismo, afirmando «*nurses know best*», quando escreve sobre pesquisa e investigação em enfermagem. Afirma que «o tempo passado junto ao doente faz das enfermeiras/os as pessoas perfeitas para desenvolver potente investigação sobre qualidade de vida» (Powell, 2015:507). Neste mesmo sentido, mas numa vertente mais especializada, cabe nestas sugestões deixar patente o apelo redigido na Lancet Neurology® relativamente à progressiva perda de enfermeiros especialistas na

área neurológica, sublinhando a sua importância, nomeadamente na melhoria de cuidados e na redução de custos inerentes a esses (Christodoulou, 2012).

Outras sugestões passariam, por exemplo, pela efectiva consolidação nacional duma Via Verde da Reabilitação do AVC, direccionada para organizar e otimizar a saída (doentes) das unidades específicas de cuidados agudos e, dessa forma, garantir (sempre e sem excepções, atendendo aos critérios amplamente definidos e divulgados), a melhor orientação global após a crise, prevenção secundária e reabilitação, desburocratizando e imprimindo celeridade ao processo, no sentido da melhor e mais ampla potencialização funcional e da qualidade de vida, aqui abordadas.

E também, porque não, a criação de uma autoridade nacional para a garantia de cuidados de saúde de/com qualidade (!), uma comissão independente multiprofissional (na dependência do SNS/ACSS, da direcção-geral da saúde, das ordens profissionais, outros organismos com credibilidade), com cariz inspectivo e de auditoria, não punitivo, com acesso aos doentes saídos se o pretendesse, que pudesse averiguar sobre a implementação das dimensões menos clínicas dos cuidados de saúde, nomeadamente quanto à forma como esses são prestados; lembramo-nos de elementos como o ruído intra-hospitalar, a garantia de privacidade ou falta dessa garantia (com doentes a serem cuidados em espaços abertos, as colectivas enfermarias de 3 ou mesmo 5/6 doentes MAS sem qualquer garantia objectiva de privacidade quando são expostos, apesar dos esforços dos profissionais), a disponibilização de formação aos familiares e cuidadores e apoio subsequente, os processos de encaminhamento para materializadas ECC (equipas de cuidados comunitários), entre outros.

Ainda, o apelo a um sistema de saúde (mais) proactivo, que vá ao encontro do utente/doente na fase de prevenção mas também após o problema, na fase de reabilitação; os profissionais de saúde, particularmente médicos e enfermeiros, deverão ser sempre parte activa, tomar a iniciativa na procura deste doente, de todos os doentes (isto, de algum modo, já se vai concretizando), inovar e socorrer-se das novas tecnologias, estabelecendo um estreito laço com estes doentes e seus cuidadores, cheios de dúvidas. Desta forma, entre muitas outras, contribuirão para a melhoria da sua qualidade de vida e da sua cabal funcionalidade.

Como reflexão final, poderemos perguntar: como acrescentar valor aos cuidados de saúde e aos cuidados de enfermagem, através dum trabalho desta natureza? Entre muitas perspectivas, algumas assumem relevo particular; talvez sublinhando a centralidade do doentes e a ideia das transições de

saúde individuais num contexto alargado de transição demográfica, económica e cultural; talvez sublinhando a dimensão do autocuidado comprometido, enquanto foco para o qual convergem muitas intervenções, não apenas de médicos e enfermeiros; talvez lembrando a complexidade das unidades de saúde e, enquanto sistemas dentro dum sistema mais amplo, a sua expectável entropia, lida como desordem ou imprevisibilidade.

Finalizando, fazemos uso das palavras de Samuel Beckett (dramaturgo e escritor irlandês) que contribuem para nos sentirmos mais confortáveis: «*Ever tried. Ever failed. No matter. Try Again. Fail again. Fail better*»

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAN-American Academy of Neurology (2012). Stroke becoming more common in young people. Retrieved from <http://www.sciencedaily.com/releases/2012/10/121010161838.htm>
- Abbott, A. (2013). Solving the brain. *Nature*, 499(7458), 272-274.
- Abreu, W. C. (2011). *TRANSIÇÕES E CONTEXTOS MULTICULTURALS. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Adams, H. P., Bendixen, B. H., Kappelle, L. J., Biller, J., Love, B. B., Gordon, D. L., . . . Mueller, C. (1993). Classification of subtype of acute ischemic stroke - definitions for use in a multicenter clinical-trial. *Stroke*, 24(1), 35-41. doi:10.1161/01.str.24.1.35
- Al-Jadid, M. S. (2010). Length of stay confounded by external factors. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 17(11), 616.
- Al-Khindi, T., Macdonald, R. L., & Schweizer, T. A. (2010). Cognitive and Functional Outcome After Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. *Stroke*, 41(8), E519-E536. doi:10.1161/strokeaha.110.581975
- Allen, K., Hazelett, S., Jarjoura, D., Hua, K., Wright, K., Weinhardt, J., & Kropp, D. (2009). A Randomized Trial Testing the Superiority of a Postdischarge Care Management Model for Stroke Survivors. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 18(6), 443-452. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.02.002
- Allen, K. R., Hazelett, S., Jarjoura, D., Wickstrom, G. C., Hua, K., Weinhardt, J., & Wright, K. (2002). Effectiveness of a postdischarge care management model for stroke and transient ischemic attack: a randomized trial. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association*, 11(2), 88-98. doi:10.1053/jscd.2002.127106
- Almborg, A.-H., Ulander, K., Thulin, A., & Berg, S. (2010). Discharged after stroke - important factors for health-related quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2196-2206. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03251.x
- Anderson, C., Rubenach, S., Mhurchu, C. N., Clark, M., Spencer, C., & Winsor, A. (2000). Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial - I: Health outcomes at 6 months. *Stroke*, 31(5), 1024-1031.
- Anonymous (2015). Stroke: Cohort study identifies risk factors for poststroke suicide. *Nature reviews. Neurology*, 11(5), 247-247. doi:10.1038/nrneurol.2015.67
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66.
- Arsava, E. M., Ballabio, E., Benner, T., Cole, J. W., Delgado-Martinez, M. P., Dichgans, M., . . . Int Stroke Genetics, C. (2010). The Causative Classification of Stroke system An international reliability and optimization study. *Neurology*, 75(14), 1277-1284. doi:10.1212/WNL.0b013e3181f612ce
- ARS-CENTRO. (2010). Plano de Acção 2010. Coimbra: ARS do Centro – Ministério da Saúde.
- ASA-American Stroke Association (2013). Understanding Risky Conditions. Retrieved from http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/UnderstandingRisk/Understanding-Risk_UCM_308539_SubHomePage.jsp

- Ay, H., Benner, T., Arsava, E. M., Furie, K. L., Singhal, A. B., Jensen, M. B., . . . Sorensen, A. G. (2007). A computerized algorithm for etiologic classification of ischemic stroke - The causative classification of stroke system. *Stroke*, *38*(11), 2979-2984. doi:10.1161/strokeaha.107.490896
- 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. doi:10.1016/0140-6736(91)93206-o
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- BMJ.com. (2013). Causative classification of stroke (CCS) modified... Retrieved from <http://bestpractice.bmj.com/best-practice/monograph/1078/basics/classification.html>
- Bonita, R., & Beaglehole, R. (1988). Recovery of motor function after stroke. *Stroke*, *19*(12), 1497-1500. doi:10.1161/01.STR.19.12.1497
- Bryan, K. (2010). Hospital based services must work with community care. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, *17*(11), 617.
- Buck, D., Jacoby, A., Massey, A., & Ford, G. (2000). Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke. *Stroke*, *31*(8), 2004-2010.
- Burton, C. R. (2000). Living with stroke: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, *32*(2), 301-309. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01477.x
- Bushnell, C. D., Reeves, M. J., Zhao, X., Pan, W., Prvu-Bettger, J., Zimmer, L., . . . Peterson, E. (2014). Sex differences in quality of life after ischemic stroke. *Neurology*, *82*(11), 922-931. doi:10.1212/wnl.0000000000000208
- Cahill, L. (2006). Why sex matters for neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, *7*(6), 477-484. doi:10.1038/nrn1909
- Cahill, L. (2014). Equal the same: sex differences in the human brain. *Cerebrum : the Dana forum on brain science*, *2014*, 5-5.
- Caldas, A. C. (2015). O cérebro está mais protegido. *Jornal Médico, Ano II (21)*, 35.
- Canavarro, M. C., & Serra, A. V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian-serviço de educação e bolsas.
- Candelise, L., Pinarđi, G., Aritzu, E., & Musicco, M. (1994). Telephone interview for stroke outcome assessment. *Cerebrovascular Diseases*, *4*(5), 341-343. doi:10.1159/000108505
- Cannon, B. (2013). Cardiovascular disease: Biochemistry to behaviour. *Nature*, *493*(7434), S2-S3.
- Cappa, S. (2003). Cognitive rehabilitation Do we really need it? I. *European Journal of Neurology*, *10*(Supplement - S1), 205-217.
- Cardoso, T., Fonseca, T., & Costa, M. (2003). Acidente vascular cerebral no adulto jovem. *Acta Médica Portuguesa*(16), 239-244.
- Casal, S. L., Finley-Caulfield, A., & Tai, W. A. (2014). Abstract NS3: The Hospital Anxiety and Depression Scale Has Limitations in Inpatient Post Stroke Depression Screening. *Stroke*, *45*(Suppl 1), ANS3-ANS3.
- Cavaco, D. M. (2012). Comment on "Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke". *Revista Portuguesa De Cardiologia*, *31*(5), 405-406. doi:10.1016/j.repc.2012.02.012
- CDC&P-Centers for Disease Control and Prevention (2013). Stroke. Retrieved from <http://www.cdc.gov/stroke/>
- Chan, M. (2015). WHO Director-General addresses international conference of nurses.
- Christodoulou, M. (2012). Neurological nurse specialists: a vital resource under threat. *The Lancet. Neurology*, *11*(3), 210-211. doi:10.1016/s1474-4422(12)70030-3

- Clancy, C. M. (2010, 27/05/2014). Preventing Healthcare-Associated Infections: Initiating Promising Solutions and Expanding Proven Ones. April, 2010. Retrieved from <http://www.aHRQ.gov/news/newsroom/commentaries/preventing-healthcare-associated-infections.html>
- Corbyn, Z. (2014). Statistics: A growing global burden. *Nature*, 510(7506), S2-S3. doi:10.1038/510S2a
- Correia, M. (2006). A epidemiologia dos AVC em Portugal. Retrieved from http://www.spavc.org/Imgs/content/article_42/sp5.pdf
- Costa, A. P., Poss, J. W., Peirce, T., & Hirdes, J. P. (2012). Acute care inpatients with long-term delayed-discharge: evidence from a Canadian health region. *Bmc Health Services Research*, 12. doi:10.1186/1472-6963-12-172
- Costandi, M. (2014). Rehabilitation: Machine recovery. *Nature*, 510(7506), S8-S9. doi:10.1038/510S8a
- Cramer, S. C. (2008a). Repairing the human brain after stroke. II. Restorative therapies. *Annals of Neurology*, 63(5), 549-560. doi:10.1002/ana.21412
- Cramer, S. C. (2008b). Repairing the human brain after stroke: I. Mechanisms of spontaneous recovery. *Annals of Neurology*, 63(3), 272-287. doi:10.1002/ana.21393
- Cramer, S. C., Parrish, T. B., Levy, R. M., Stebbins, G. T., Ruland, S. D., Lowry, D. W., . . . Himes, D. M. (2007). Predicting functional gains in a stroke trial. *Stroke*, 38(7), 2108-2114. doi:10.1161/strokeaha.107.485631
- Cramm, J. M., Strating, M. M. H., & Nieboer, A. P. (2012). Satisfaction with care as a quality-of-life predictor for stroke patients and their caregivers. *Quality of Life Research*, 21(10), 1719-1725. doi:10.1007/s11136-011-0107-1
- Cruz, V. T., Araújo, I., Alves, I., Magano, A., & Coutinho, P. (2012). Freeze the Stroke. Public Awareness Program for Immediate Detection of First Symptoms. *Stroke*, 43, 2510-2512. doi:DOI: 10.1161/STROKEAHA.112.655050
- Cumming, T. B., Thrift, A. G., Collier, J. M., Churilov, L., Dewey, H. M., Donnan, G. A., & Bernhardt, J. (2011). Very Early Mobilization After Stroke Fast-Tracks Return to Walking Further Results From the Phase II AVERT Randomized Controlled Trial. *Stroke*, 42(1), 153-158. doi:10.1161/strokeaha.110.594598
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência. A Construção do Cérebro Consciente*. Lisboa: Temas e Debates.
- Damásio, A. R. (1994). Descartes error and the future of human life. *Scientific American*, 271(4), 1.
- Damásio, A. R. (2001). Descartes' error revisited. *Journal of the history of the neurosciences*, 10(2), 192-194. doi:10.1076/jhin.10.2.192.7250
- Davis, S. M., & Donnan, G. A. (2012). Secondary Prevention after Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack. *New England Journal of Medicine*, 366(20), 1914-1922.
- Dehaan, R., Aaronson, N., Limburg, M., Hewer, R. L., & Vancrevel, H. (1993). Measuring quality-of-life in stroke. *Stroke*, 24(2), 320-327.
- Delcourt, C., Hackett, M., Wu, Y., Huang, Y., Wang, J., Heeley, E., . . . China, Q. I. (2011). Determinants of Quality of Life After Stroke in China The ChinaQUEST (Quality Evaluation of Stroke care and Treatment) Study. *Stroke*, 42(2), 433-438. doi:10.1161/strokeaha.110.596627
- DGS (2004a). Circular Informativa nº 12/DSPCS de 19/04/2004: "Planeamento da alta do doente com AVC". Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-12dspcs-de-19042004.aspx>
- DGS (2004b). Circular Normativa nº 7/DSPCS de 28/04/2004: "Planeamento da Alta do Doente com AVC - Intervenção dos Assistentes Sociais". Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-7dspcs-de-28042004.aspx>

- DGS (2010). *Direção Geral de Saúde: Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Retrieved from <http://impns.dgs.pt/doencas-cardiovasculares/mortalidade-por-acidente-vascular-cerebral-antes-dos-65-anos>
- DGS (2013). *Direção Geral de Saúde: Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/pns-em-portugues/> <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- DGS (2014a). DGS Web page. Retrieved from <http://www.dgs.pt/> Retrieved from <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx>
- DGS (2014b). Portugal - Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números - 2014. Retrieved from <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2014.aspx>
- DGS (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020 aprovada*. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada/>
- Di Carlo, A. (2009). Human and economic burden of stroke. *Age and Ageing*, 38(1), 4-5. doi:10.1093/ageing/afn282
- Dobelli, R. (2013). *A Arte de Pensar com Clareza - 52 erros de raciocínio que não devemos cometer* (1ª ed.). Lisboa: Círculo de Leitores.
- Dobkin, B. H. (2005). Rehabilitation after stroke. *New England Journal of Medicine*, 352(16), 1677-1684. doi:10.1056/NEJMcp043511
- Dorman, P. J., Waddell, F., Slattery, J., Dennis, M., & Sandercock, P. (1997). Is the EuroQol a Valid Measure of Health-Related Quality of Life After Stroke? *Stroke*, 28(10), 1876-1882. doi:10.1161/01.STR.28.10.1876
- Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., . . . Reker, D. (2005). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: A Clinical Practice Guideline. *Stroke*, 36(9), e100-e143. doi:10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF
- EC-EuropeanCommission. (2014). Horizon 2020: The EU Framework Programme for Research and Innovation. Retrieved from http://ec.europa.eu/research/horizon2020/index_en.cfm; http://www.fct.pt/apoios/mariecurie/apresentacoes2012/Horizon2020_short_presentation.pdf
- English, C., McLennan, H., Thoirs, K., Coates, A., & Bernhardt, J. (2010). Loss of skeletal muscle mass after stroke: a systematic review. *International Journal of Stroke*, 5(5), 395-402. doi:10.1111/j.1747-4949.2010.00467.x
- ESO-European Stroke Organization (2013). Stroke Facts. Retrieved from <http://www.eso-stroke.org/eso-stroke/stroke-information/stroke-facts.html>
- EuroQol_Group (2013). How to use EQ-5D. Retrieved July, 06 <http://www.euroqol.org/about-eq-5d/how-to-use-eq-5d.html>
- EuroQol_Group (online). What is EQ-5D? Retrieved from <http://www.euroqol.org/>
- Eurostat (2015). Quality of life in Europe - facts and views - overall life satisfaction. Retrieved from http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_in_Europe_-_facts_and_views_-_overall_life_satisfaction
- Fernandes, C. M. D. (2009). Incidência e controlo da infecção urinária em doentes com AVC. *Revista Investigação em Enfermagem*, 20, 6-14.
- Ferreira, L. N., Ferreira, P. L., Pereira, L. N., & Oppe, M. (2014a). EQ-5D Portuguese population norms. *Quality of Life Research*, 23(2), 425-430. doi:10.1007/s11136-013-0488-4
- Ferreira, L. N., Ferreira, P. L., Pereira, L. N., & Oppe, M. (2014b). The valuation of the EQ-5D in Portugal. *Quality of Life Research*, 23(2), 413-423. doi:10.1007/s11136-013-0448-z
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2013). Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D. *Acta Medica Portuguesa*, 26(6), 664-675.

- Ferro, J. (2003). Cognitive rehabilitation Do we really need it? II. *European Journal of Neurology*, 10(Supplement - S1), 205-217.
- Fonseca, T., & Clara, J. G. (2004). Unidades de Acidentes Vasculares Cerebrais: Resultados do primeiro ano de funcionamento da UAVC do Hospital de Pulido Valente, S.A. *Rev Port Cardiol*, 23(10), 1227-1241.
- Fontes, A. P., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). [Functioning and disability: concepts, structure and application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 171-178.
- Frankl, V. E. (2012). *O homem em busca de um sentido* (Leya Ed.). Alfragide: Lua de Papel.
- Friedman, E. H. (2004). Neurobiology of poststroke depression. *Stroke*, 35(8), 1789-1789. doi:10.1161/01.STR.0000136389.88057.b4
- Fulk, G., Reynolds, C., Mondal, S., & Deutsch, J. (2010). Predicting Home and Community Walking Activity in People With Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(10), 1582-1582. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2010.07.005>
- Fure, B., Wyller, T. B., Engedal, K., & Thommessen, B. (2006). Emotional symptoms in acute ischemic stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(4), 382-387. doi:10.1002/gps.1482
- Gammon, K. (2013). Drugs: Blood battles. *Nature*, 493(7434), S14-S15.
- Gaspar, A. T., & Antunes, F. (2010). Dor crónica após acidente vascular cerebral. *Sinapse*, 10(2), 38-44.
- Gever, J., & Agus, Z. S. (2012). "Weekend effect" for stroke also true in U.K. Retrieved from <http://www.medpagetoday.com/Cardiology/Strokes/33678>
- Gibson, C. L. (2013). Cerebral ischemic stroke: is gender important? *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism*, 33(9), 1355-1361. doi:10.1038/jcbfm.2013.102
- Godden, S., McCoy, D., & Pollock, A. (2009). Policy on the rebound: trends and causes of delayed discharges in the NHS. *J R Soc Med*, 102(1), 22-28. doi:10.1258/jrsm.2008.080202
- Goldstein, L. B., Jones, M. R., Matchar, D. B., Edwards, L. J., Hoff, J., Chilukuri, V., . . . Horner, R. D. (2001). Improving the reliability of stroke subgroup classification using the Trial of ORG 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) criteria. *Stroke*, 32(5), 1091-1096.
- Gonçalves, A. F., & Cardoso, S. M. (1997). Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais em Coimbra. *Acta Med Port*, 10, 543-550.
- Gottesman, R. F., & Hillis, A. E. (2010). Predictors and assessment of cognitive dysfunction resulting from ischaemic stroke. *Lancet Neurology*, 9(9), 895-905. doi:10.1016/s1474-4422(10)70164-2
- Graesel, E., Schmidt, R., Biehler, J., & Schupp, W. (2006). Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 20(7), 577-583. doi:10.1191/0269215506cr978oa
- Green, T. L., & King, K. M. (2007). The trajectory of minor stroke recovery for men and their female spousal caregivers: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 517-531. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04321.x
- Green, T. L., & King, K. M. (2010). Functional and Psychosocial Outcomes 1 year after Mild Stroke. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 19(1), 10-16. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2009.02.005
- Griffiths, P. (2000). Early discharge plus home based rehabilitation reduced length of initial hospital stay but did not improve health related quality of life in patients with acute stroke. *Evidence-Based Nursing*, 3(4), 2.
- Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (2002). An overview of clinical research: the lay of the land. *The Lancet*, 359(9300), 57-61.

- Guajardo, V. D., Terroni, L., Menezes Sobreiro, M. d. F., dos Santos Zerbini, M. I., Tinone, G., Scaff, M., . . . Fraguas, R. (2015). The Influence of Depressive Symptoms on Quality of Life after Stroke: A Prospective Study. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, *24*(1), 201-209. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.08.020
- Gupta, S. (2014). Mental health: Ups and downs. *Nature*, *510*(7506), S10-S11. doi:10.1038/510S10a
- Haacke, C., Althaus, A., Spottke, A., Siebert, U., Back, T., & Dodel, R. (2006). Long-term outcome after stroke - Evaluating health-related quality of life using utility measurements. *Stroke*, *37*(1), 193-198.
- Hacke, W., European Stroke Initiative Exec, C., & Comm, E. W. (2003). European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management - Update 2003. *Cerebrovascular Diseases*, *16*(4), 311-337. doi:10.1159/000072554
- Hacke, W., Ringleb, P. A., Bousser, M.-G., Ford, G., Bath, P., Brainin, M., . . . Wardlaw, J. (2008). Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008 - The European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and Writing Committee. *Cerebrovascular Diseases*, *25*(5), 457-507. doi:10.1159/000131083
- Hanger, H. C., Fogarty, B., Wilkinson, T. J., & Sainsbury, R. (2000). Stroke patients' views on stroke outcomes: death versus disability. *Clinical Rehabilitation*, *14*(4), 417-424. doi:10.1191/0269215500cr330oa
- Hanger, H. C., Wilkinson, T. J., & Mears, A. (2010). Stroke discharges from a rehabilitation unit: 1-year and 5-year domicile outcomes. Function is important. *Internal Medicine Journal*, *40*(1), 45-51. doi:10.1111/j.1445-5994.2008.01844.x
- Haroon, E., & Kumar, A. (2004). The Clinical Neuroscience of Post Stroke Depression. *Current Neuropharmacology*, *2*, 353-362.
- Harrison's Online (2013) Approach to the Patient: Cerebrovascular Disease. Disponível em www: <URL: <http://www.uptomed.ir/Digimed.ir/harrison/.../CerebrovascularDiseases.htm>
- Hassan, A., & Markus, H. S. (2000). Genetics and ischaemic stroke. *Brain*, *123*, 1784-1812. doi:10.1093/brain/123.9.1784
- Headway (2011). Introduction to the Brain - What does the brain do? Retrieved from http://www.headway.ie/download/pdf/2_introduction_to_the_brain.pdf
- Healey, J. S., Connolly, S. J., Gold, M. R., Israel, C. W., Van Gelder, I. C., Capucci, A., . . . Investigators, A. (2012). Subclinical Atrial Fibrillation and the Risk of Stroke. *New England Journal of Medicine*, *366*(2), 120-129.
- Hill, M. D., & Hachinski, V. (1998). Stroke treatment: time is brain. *Lancet*, *352*, SIII10-SIII14.
- Hines, M. (2010). Sex-related variation in human behavior and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*, *14*(10), 448-456. doi:10.1016/j.tics.2010.07.005
- Hines, M. (2011). Gender Development and the Human Brain. *Annual Review of Neuroscience*, *Vol 34*, *34*, 69-88. doi:10.1146/annurev-neuro-061010-113654
- Hoag, H. (2014). Drug delivery: Brain food. *Nature*, *510*(7506), S6-S7. doi:10.1038/510S6a
- Hobart, J. C., Williams, L. S., Moran, K., & Thompson, A. J. (2002). Quality of life measurement after stroke - Uses and abuses of the SF-36. *Stroke*, *33*(5), 1348-1356. doi:10.1161/01.str.0000015030.59594.b3
- Holbrook, M., & Skilbeck, C. E. (1983). An activities index for use with stroke patients. *Age and Ageing*, *12*(2), 166-170. doi:10.1093/ageing/12.2.166
- Hu, M.-H., Hsu, S.-S., Yip, P.-K., Jeng, J.-S., & Wang, Y.-H. (2010). Early and intensive rehabilitation predicts good functional outcomes in patients admitted to the stroke intensive care unit. *Disability and Rehabilitation*, *32*(15), 1251-1259. doi:10.3109/09638280903464448
- IHME (2013). Global Burden of Disease Study 2010 Presentation: DALYs for 291 diseases and injuries 1990-2010. Retrieved from <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/video/gbd-2010->

presentation-dalys-291-diseases-and-injuries-1990-2010 <http://www.slideshare.net/IHME/dalys-for-291-diseases-and-injuries-1990-2010>

- INE-Instituto Nacional de Estatística. (2014). Risco de Morrer em 2012 *Destaque: Informação à comunicação social*. Lisboa.
- INE-Instituto Nacional de Estatística. (2016). Anos potenciais de vida perdidos por doenças cerebrovasculares (Anos) por Local de residência (NUTS - 2013) e Sexo; Anual. Lisboa.
- INE-Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal (Instituto Nacional de Estatística, I.P. ed.). Lisboa.
- INR. (2013). O que é a CIF? Retrieved from <http://www.inr.pt/content/1/55/que-cif>
- In_brief. (2013). Stroke: Stroke in young adults associated with long-term cognitive decline. *Nature reviews. Neurology*, 9(7), 358-358. doi:10.1038/nrneurol.2013.115
- ISC_TheInternetStrokeCenter. (2014). Modified Rankin Scale (mRS). Retrieved from <http://www.strokecenter.org/professionals/stroke-diagnosis/stroke-assessment-scales/>
- Jauch, E. C. (2000). The “Golden-Hour” of Acute Ischemic Stroke. *THE INTERNET STROKE CENTER: presentations and discussions on stroke management*. Retrieved from <http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/The-Golden-Hour-of-Acute-Ischemic-Stroke.pdf>
- Jiménez-Martín, I., Rodríguez-Yáñez, M., Blanco, M., Leira, R., & Castillo, J. (2006). Depression in acute phase of ischemic stroke: frequency and associated factors. *Annals of General Psychiatry*, 5 (Suppl1), S94. doi:10.1186/1744-859X-5-S1-S94
- Johnston, K. C., Haley, E. C., Li, J. Y., Feasby, T. E., Lyden, P. D., Adams, R. J., . . . Faught, R. E. (1997). Medical and neurological complications of ischemic stroke: Experience from the RANTTAS trial. *Neurology*, 48(3), 61005-61005.
- Johnston, K. C., Li, J. Y., Lyden, P. D., Hanson, S. K., Feasby, T. E., Adams, R. J., . . . Invest, R. (1998). Medical and neurological complications of ischemic stroke - Experience from the RANTTAS trial. *Stroke*, 29(2), 447-453.
- Jönsson, A. C., Lindgren, I., Hallstrom, B., Norrving, B., & Lindgren, A. (2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, 36(4), 803-808. doi:10.1161/01.str.0000160873.32791.20
- Kapral, M. K., & Reeves, M. J. (2013). Stroke fatality on weekends - a case for organized stroke care. *Nature Reviews Neurology*, 9(7), 367-368. doi:10.1038/nrneurol.2013.108
- Kim, B. J., Han, M.-K., Park, T. H., Park, S.-S., & al, e. (2015). Low- versus standard-dose alteplase for ischemic strokes within 4.5 hours: a comparative effectiveness and safety study. *Nature Reviews Neurology*, 11. doi:10.1038/nrneurol.2015.152
- Kivimäki, M., Jokela, M., Nyberg, S. T., & et al. (2015). Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603838 individuals. *The Lancet*, 8p. Retrieved from doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60295-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60295-1)
- Kjellstrom, T., Norrving, B., & Shatchkute, A. (2007). Helsingborg declaration 2006 on European stroke strategies. *Cerebrovascular Diseases*, 23(2-3), 231-241.
- Kleinschnitz, C., Grund, H., Wingler, K., Armitage, M. E., Jones, E., Mittal, M., . . . Schmidt, H. H. H. W. (2010). Post-Stroke Inhibition of Induced NADPH Oxidase Type 4 Prevents Oxidative Stress and Neurodegeneration. *Plos Biology*, 8(9). doi:10.1371/journal.pbio.1000479
- KnowStroke. (2013). NIH Stroke Scale International. Retrieved from <http://www.nihstrokescale.org/#>
- Kolominsky-Rabas, P. L., Weber, M., Gefeller, O., Neundoerfer, B., & Heuschmann, P. U. (2001). Epidemiology of ischemic stroke subtypes according to TOAST criteria - Incidence, recurrence,

and long-term survival in ischemic stroke subtypes: A population-based study. *Stroke*, 32(12), 2735-2740. doi:10.1161/hs1201.100209

- Korner, J. (Producer). (2014). Ignoring mini strokes "puts people at risk of full stroke". Retrieved from <http://www.bbc.com/news/health-27204155>
- Krueger, H., Lindsay, P., Cote, R., Kapral, M. K., Kaczorowski, J., & Hill, M. D. (2012). Cost Avoidance Associated With Optimal Stroke Care in Canada. *Stroke*, 43(8), 2198-U2366. doi:10.1161/strokeaha.111.646091
- Kuptniratsaikul, V., Kovindha, A., Piravej, K., & Dajpratham, P. (2013). First-Year Outcomes after Stroke Rehabilitation: A Multicenter Study in Thailand. *ISRN Rehabilitation, Volume 2013*(ID 595318), 6.
- Landau, W. M. (2004). Spasticity after stroke: Why bother? *Stroke*, 35(8), 1787-1788. doi:10.1161/01.STR.0000136388.80433.eb
- Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke Care 2: Stroke rehabilitation. *Lancet*, 377(9778), 1693-1702.
- Langhorne, P., Sandercock, P., & Prasad, K. (2009). Evidence-based practice for stroke. *The Lancet Neurology*, 8(4), 308-309.
- Lee, A. C. K., Tang, S. W., Yu, G. K. K., & Cheung, R. T. F. (2007). Incidence and predictors of depression after stroke (DAS). *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(3), 200-206. doi:10.1080/13651500601091212
- Leitão, A. (2004). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Organização Mundial da Saúde, Direcção-Geral da Saúde.
- Lim, S. C., Doshi, V., Castasus, B., Lim, J. K. H., & Mamun, K. (2006). Factors causing delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 35(1), 27-32.
- Lin, J.-H., Hsu, M.-J., Hsu, H.-W., Wu, H.-C., & Hsieh, C.-L. (2010). Psychometric Comparisons of 3 Functional Ambulation Measures for Patients With Stroke. *Stroke*, 41(9), 2021-2025. doi:10.1161/strokeaha.110.589739
- Linden, T., Ha, J., Churilov, L., & Bernhardt, J. (2010). *Factors influencing the decision to mobilise after rtpa: a physician and nurse perspective*. Paper presented at the 19th European Stroke Conference, Barcelona, Spain, May 25–28, 2010. http://www.strokeupdate.co.uk/wp-content/uploads/2010/05/ESC-Final-Programme_4.pdf<http://www.karger.com/Article/Pdf/315008>
- Lopez, A. D., & Mathers, C. D. (2006). Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002-2030. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 100(5-6), 481-499. doi:10.1179/136485906x97417
- Lopez-Espuela, F., Pedrera Zamorano, J. D., Maria Ramirez-Moreno, J., Enrique Jimenez-Caballero, P., Carlos Portilla-Cuenca, J., Maria Lavado-Garcia, J., & Casado-Naranjo, I. (2015). Determinants of Quality of Life in Stroke Survivors After 6 Months, from a Comprehensive Stroke Unit: A Longitudinal Study. *Biological Research for Nursing*, 17(5), 461-468. doi:10.1177/1099800414553658
- Lord, S. E., McPherson, K., McNaughton, H. K., Rochester, L., & Weatherall, M. (2004). Community ambulation after stroke: How important and obtainable is it and what measures appear predictive? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(2), 234-239. doi:10.1016/j.apmr.2003.05.002
- Loupis, Y. M., & Faux, S. G. (2013). Family Conferences in Stroke Rehabilitation: A Literature Review. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 22(6), 883-893. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.12.003
- Maaijwee, N. A. M. M., Rutten-Jacobs, L. C. A., Schaapsmeeders, P., van Dijk, E. J., & de Leeuw, F.-E. (2014). Ischaemic stroke in young adults: risk factors and long-term consequences. *Nature reviews. Neurology*, 10(6), 315-325. doi:10.1038/nrneuro.2014.72
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the barthel index. *Maryland state medical journal*, 14, 61-65.

- Malpass, K. (2012). Stroke: Sun exposure and vitamin D linked to the risk of stroke. *Nat Rev Neurol*, 8(10), 534-534.
- Malva, J. O., & Bernardino, L. (2010). Células estaminais neurais: a caminho da reparação cerebral? *Journal of the Portuguese biochemical society*(7), 24-29.
- Manzano-Santaella, A. (2010). Commentary on " Length of stay in an Australian stroke rehabilitation unit: a pilot study". Leeds, UK: Leeds Institute of health sciences.
- Marinho, R. T. (2012). Em destaque na Acta Médica Portuguesa: O que é a “Saúde”. *Acta Médica Portuguesa*, 25(3), 143-143.
- Markus, H. S. (2010). Genetics studies in ischaemic stroke. *Translational stroke research*, 1(4), 238-245. doi:10.1007/s12975-010-0041-5
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau - formação e saúde, Lda.
- Martins, T., Pais-Ribeiro, J., & Garrett, C. (2003). Estudo de adaptação e validação do Frenchay Activities Index numa amostra de doentes com baixa escolaridade afectados por Acidente Vascular Cerebral. *Arquivos de Medicina*, 17(1), 88-91.
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística - Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pero Pinheiro.
- Matarin, M., Singleton, A., Hardy, J., & Meschia, J. (2010). The genetics of ischaemic stroke. *Journal of Internal Medicine*, 267(2), 139-155. doi:10.1111/j.1365-2796.2009.02202.x
- Mateus, A. (2015). *Três Décadas de Portugal Europeu. Balanço e perspectivas* (pp. 488).
- Matos, P., & Pereira, M. (2002). *Áreas de intervenção na doença oncológica In Pereira, M.G.; Lopes, C. (Orgs): O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- McClure, J. A., Salter, K., Meyer, M., Foley, N., Kruger, H., & Teasell, R. (2011). Predicting length of stay in patients admitted to stroke rehabilitation with high levels of functional independence. *Disability and Rehabilitation*, 33(23-24), 2356-2361. doi:10.3109/09638288.2011.572225
- Mead, G. E., Lewis, S. C., Wardlaw, J. M., Dennis, M. S., & Warlow, C. P. (2000). How well does the Oxfordshire Community Stroke Project classification predict the site and size of the infarct on brain imaging? *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 68(5), 558-562. doi:10.1136/jnnp.68.5.558
- Meleis, A. I. (1987). Theoretical nursing: today's challenges, tomorrow's bridges. *Canadian Journal of Nursing Research*, 19(1), 45-57.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (Fifth ed.). Pennsylvania: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meyer, M., Britt, E., McHale, H. A., & Teasell, R. (2012). Length of stay benchmarks for inpatient rehabilitation after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 34(13), 1077-1081. doi:10.3109/09638288.2011.631681
- Minzenberg, M. J. (2010). Rewiring the Brain After Stroke. *Science Translational Medicine*, 2(51), 51ec151.
- Min_Saúde (2013). Portal da codificação clínica e dos GDH. Retrieved from http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Doen%C3%A7a_Vascular_Cerebral
- Murray, C. J. L., Barber, R. M., Foreman, K. J., Ozgoren, A. A., Abd-Allah, F., Abera, S. F., . . . Vos, T. (2015). Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and

- injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X)
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., AlMazroa, M. A., & Memish, Z. A. (2013). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 (vol 380, pg 2197, 2012). *Lancet*, *381*(9867), 628–628.
- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., . . . Lopez, A. D. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, *380*(9859), 2197–2223.
- Naidech, A. M., Beaumont, J. L., Rosenberg, N. F., Maas, M. B., Kosteva, A. R., Ault, M. L., . . . Ely, E. W. (2013). Intracerebral Hemorrhage and Delirium Symptoms Length of Stay, Function, and Quality of Life in a 114-Patient Cohort. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *188*(11), 1331–1337. doi:10.1164/rccm.201307-1256OC
- Naughton, M. J., & Shumaker, S. A. (2003). The case for domains of function in quality of life assessment. *Quality of Life Research*, *12*, 73–80. doi:10.1023/a:1023585707046
- NSA-National Stroke Association (2013). Am I at risk for a stroke? Retrieved from <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=RISK>
- Nunes, H. J. M., & Queirós, P. J. P. (2015). Exploratory Study of Patients' Life Situation after a Stroke. *International Journal of Caring Sciences*, *8*(1), 101–107.
- O'Donnell, M. J., Xavier, D., Liu, L., Zhang, H., Chin, S. L., Rao-Melacini, P., . . . Investigators, I. (2010). Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*, *376*(9735), 112–123. doi:10.1016/s0140-6736(10)60834-3
- Oliveira, V. (2012). Acidente Vascular Cerebral em Portugal – O Caminho para a Mudança. *Acta Médica Portuguesa*, *25*(5), 263–264.
- Oliveira, V. A. R. d. (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel.
- OPSS (2015). *Relatório de Primavera 2015: Acesso aos cuidados de saúde - Um direito em risco? Observatório Português dos Sistemas de Saúde*. Retrieved from Online: http://www.ensp.unl.pt/ensp/paginas_noticias/relatorio-primavera-2015
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Ozturk, S., Ekmekci, H., & Demir, A. (2013). The causative classification of stroke (CCS) for etiological classification of ischemic stroke and comparison with the toast system. *Cerebrovascular Diseases*, *35*, 449–449.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine*, *12*(2), 225–235; quiz 235–227. doi:10.1080/13548500500524088
- Paris, T. (2007). Stroke Rehabilitation. *Northeast Florida Medicine*, *58*(2), 26–30.
- Perry, L., & McLaren, S. (2003). Coping and adaptation at six months after stroke: experiences with eating disabilities. *International Journal of Nursing Studies*, *40*(2), 185–195. doi:10.1016/s0020-7489(02)00060-3
- Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Pfeil, M., Gray, R., & Lindsay, B. (2009). Depression and stroke: a common but often unrecognized combination. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, *18*(6), 365–369.
- Pickard, A. S., Johnson, J. A., Feeny, D. H., Shuaib, A., Carriere, K. C., & Nasser, A. M. (2004). Agreement between patient and proxy assessments of health-related quality of life after stroke using the EQ-5D and health utilities index. *Stroke*, *35*(2), 607–612. doi:10.1161/01.str.0000110984.91157.bd

- Pina, E., Silva, M. G., Silva, E. G., & Uva, A. S. (2010). Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia). [Healthcare associated infections: blood-stream infections]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 19-30.
- Pinto, E. B., Maso, I., Ribeiro Vilela, R. N., Santos, L. C., & Oliveira-Filho, J. (2011). Validation of the EuroQol quality of life questionnaire on stroke victims. *Arquivos De Neuro-Psiquiatria*, 69(2B), 320-323.
- Pires, J. C. (1997). *De Profundis, Valsa Lenta* (4ª ed.). Lisboa: Publicações Dom Quixote, Lda.
- Poh, T. (2013). Time course of ischemic stroke on non-enhanced CT. Retrieved from <http://teddybrain.wordpress.com/2013/02/11/time-course-of-ischemic-stroke-on-non-enhanced-ct/>
- Pollock, A., St George, B., Fenton, M., & Firkins, L. (2012). Top ten research priorities relating to life after stroke. *Lancet Neurology*, 11(3), 209-209.
- PORTUGAL_DGS (2001). *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Retrieved from Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Powell, K. (2015). Nursing research: Nurses know best. *Nature*(522), 507-509. doi:doi:10.1038/nj7557-507a
- Quaranta, D., Marra, C., & Gainotti, G. (2008). Mood disorders after stroke: Diagnostic validation of the Poststroke Depression Rating Scale. *Cerebrovascular Diseases*, 26(3), 237-243. doi:10.1159/000147450
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. d. S., & Filho, A. J. d. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. [Self-care: Orem's theoretical contribution to the Nursing discipline and profession; Autocuidado: la contribución teórica de Orem para la disciplina y profesión de Enfermería]. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(3), 157-164. doi:10.12707/riv14081
- Quinn, T. J., Dawson, J., & Walters, M. (2008). Dr John Rankin; His life, legacy and the 50th anniversary of the Rankin stroke scale. *Scottish Medical Journal*, 53(1), 44-47.
- Rabin, R., Oemar, M., & Oppe, M. (2011). EQ-5D-3L User Guide: Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument: EuroQol Group 2011.
- Raju, R. S., Sarma, P. S., & Pandian, J. D. (2010). Psychosocial Problems, Quality of Life, and Functional Independence Among Indian Stroke Survivors. *Stroke*, 41(12), 2932-2937. doi:10.1161/strokeaha.110.596817
- Rankin, J. (1957a). Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. I. General considerations. *Scottish medical journal*, 2(4), 127-136.
- Rankin, J. (1957b). Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis. *Scottish medical journal*, 2(5), 200-215.
- Rankin, J. (1957c). Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. III. Diagnosis and treatment. *Scottish medical journal*, 2(6), 254-268.
- Reis, M. F. (2013). Estudo: Dores nas costas roubam mais qualidade de vida que AVC. Retrieved from <http://www.ionline.pt/artigos/portugal/estudo-dores-nas-costas-roubam-mais-qualidade-vida-avc>
- Roberts, K., Stiller, K., & Harling, R. (2010). Length of stay in an Australian stroke rehabilitation unit: a pilot study. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 17(10), 535-544.
- Rocco, A., Pasquini, M., Cecconi, E., Sirimarco, G., Ricciardi, M. C., Vicenzini, E., . . . Lenzi, G. L. (2007). Monitoring after the acute stage of stroke - A prospective study. *Stroke*, 38(4), 1225-1228. doi:10.1161/01.str.0000259659.91505.40

- Rodrigues, R. M. C., Silva, C. F. R. d., Loureiro, L. M. d. J., Silva, S. M. D. T. d., Crespo, S. S. d. S., & Azeredo, Z. d. A. S. (2015). Os muito idosos: avaliação funcional Multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(5), 65-74. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14040>
- Rost, N. S. (2015). Stroke: More than meets the eye[mdash]big consequences of small strokes. *Nat Rev Neurol*, 11(5), 249-250. doi:10.1038/nrneurol.2015.52
- RR_Rádio Renascença (2013). Estamos fartos de ensinar os principais sinais de AVC, mas desprezam-nos. Retrieved from http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=31&did=94890
- RTP (Producer) (2015). Rede de cuidados continuados é solução para doentes internados com alta médica.
- RTP_Play (2015). Acidente Vascular Cerebral na Juventude. *Linha da Frente (VII)*. Lisboa.
- Sacks, O. (1990). *O Homem que Confundiu a Mulher com um Chapéu e outros contos clínicos*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Sacks, O. (2015). My Own Life. Retrieved from http://www.nytimes.com/2015/02/19/opinion/oliver-sacks-on-learning-he-has-terminal-cancer.html?_r=0
- Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). Human functioning and disability: exploring the scope of the World Health Organization's international classification. *Cadernos De Saude Publica*, 25(3), 475-483.
- Samsa, G. P., & Matchar, D. B. (2004). How strong is the relationship between functional status and quality of life among persons with stroke? *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 41(3A), 279-282. doi:10.1682/jrrd.2003.08.0117
- San Segundo, R. M., Aguilar, J. J., Santos, F., & Usabiaga, T. (2007). A model for predicting delay in discharge of stroke patients. *Annales de readaptation et de medecine physique : revue scientifique de la Societe francaise de reeducation fonctionnelle de readaptation et de medecine physique*, 50(1), 14-19. doi:10.1016/j.annrmp.2006.06.005
- Sandercock, P. (2012). The benefits and harms of intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator within 6 h of acute ischaemic stroke (the third international stroke trial [IST-3]): a randomised controlled trial. *Lancet*, 379, 2352-2363.
- Saposnik, G., Lanthier, S., Mamdani, M., Thorpe, K. E., Melo, M., Pope, K., . . . Stroke Outcome Res Canada, S. (2012). Fabry's disease: A prospective multicenter cohort study in young adults with cryptogenic stroke. *International Journal of Stroke*, 7(3), 265-273. doi:10.1111/j.1747-4949.2011.00734.x
- Savage, N. (2013). Physiology: Beating stroke. *Nature*, 493(7434), S12-S13.
- Schaapsmeeders, P., Maaijwee, N. A. M., van Dijk, E. J., Rutten-Jacobs, L. C. A., Arntz, R. M., Schoonderwaldt, H. C., . . . de Leeuw, F.-E. (2013). Long-Term Cognitive Impairment After First-Ever Ischemic Stroke in Young Adults. *Stroke*, 44(6), 1621-1628. doi:10.1161/strokeaha.111.000792
- Schepers, V. P. M., Ketelaar, M., Visser-Meily, J. M. A., Dekker, J., & Lindeman, E. (2006). Responsiveness of functional health status measures frequently used in stroke research. *Disability and Rehabilitation*, 28(17), 1035-1040. doi:10.1080/09638280500494694
- Segurança Social (2013). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): quais as tipologias de cuidados continuados. Retrieved from <http://www4.seg-social.pt/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados-rncci>
- Shyu, Y.-I. L., Kuo, L.-M., Chen, M.-C., & Chen, S.-T. (2010). A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1675-1685. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03124.x
- Silva, E. J. A. (2011). *Reabilitação após o AVC*. (Master Degree in Medicine), Universidade do Porto, Porto. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/52151>

- Silva, S., & Gouveia, M. (2012). Program "Via verde do AVC": analysis of the impact on stroke mortality. [Programa "Via verde do AVC": análise do impacto sobre a mortalidade do AVC]. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 172-179. doi:10.1016/j.rpsp.2012.12.005
- Slot, K. B., Berge, E., Dorman, P., Lewis, S., Dennis, M., Sandercock, P., . . . Lothiar Stroke, R. (2008). Impact of functional status at six months on long term survival in patients with ischaemic stroke: prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 336(7640), 376-379. doi:10.1136/bmj.39456.688333.BE
- Smania, N., Paolucci, S., Tinazzi, M., Borghero, A., Manganotti, P., Fiaschi, A., . . . Garbarin, M. (2007). Active finger extension - A simple movement predicting recovery of arm function in patients with acute stroke. *Stroke*, 38(3), 1088-1090. doi:10.1161/01.STR.0000258077.88064.a3
- Smith, W. S., English, J. D., & Johnston, S. C. (2012). Cerebrovascular diseases *Harrison's Principles of Internal Medicine* (18th ed., Vol. 2, pp. 3270-3299). New York: McGraw-Hill.
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and quality of life outcomes*, 1, 29-29. doi:10.1186/1477-7525-1-29
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1986). The hospital anxiety and depression scale. *British Medical Journal*, 292(6516), 344-344.
- Sommerfeld, D. K., Eek, E., Svensson, A. K., Holmqvist, L. W., & von Arbin, M. H. (2004). Spasticity after stroke: Why bother? Response. *Stroke*, 35(8), 1788-1788.
- Sommerfeld, D. K., Eek, E. U. B., Svensson, A. K., Holmqvist, L. W., & von Arbin, M. H. (2004). Spasticity after stroke - Its occurrence and association with motor impairments and activity limitations. *Stroke*, 35(1), 134-139. doi:10.1161/01.str.0000105386.05173.5e
- Song, Y., Lu, H., Hu, S., Xu, M., Li, X., & Liu, J. (2015). Regulating emotion to improve physical health through the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(4), 523-530. doi:10.1093/scan/nsu083
- Souza, A. C. d., Rocha, M. O. d. C., Teixeira, A. L., Dias Junior, J. O., Sousa, L. A. P. d., & Nunes, M. C. P. (2013). Depressive symptoms and disability in chagasic stroke patients: impact on functionality and quality of life. *Journal of the neurological sciences*, 324(1-2), 34-37. doi:10.1016/j.jns.2012.09.022
- SPAVC (2013a). Acidente Vascular Cerebral. Retrieved from <http://spavc2013.lvengine.net/Imgs/pages/avc.pdf>
- SPAVC (2013b). Press release: AVC atinge pessoas cada vez mais jovens. Retrieved 09/10/2013 <http://spavc2013.lvengine.net/Imgs/Dia%20Mundial/PRESS%20RELEASE%20dia%20mundial%20avc%202012.pdf>
- Stevenson, D. (2004). Training informal caregivers of patients with stroke improved patient and caregiver quality of life and reduced costs. *Evidence-based nursing*, 7(4), 1. doi:10.1136/ebn.7.4.118
- Stinear, C. M., Barber, P. A., Smale, P. R., Coxon, J. P., Fleming, M. K., & Byblow, W. D. (2007). Functional potential in chronic stroke patients depends on corticospinal tract integrity. *Brain*, 130, 170-180. doi:10.1093/brain/awl333
- StrokEngine (2013). In Depth Review of NIHSS. Retrieved from http://strokengine.ca/assess/module_nihss_indepth-en.html
- StrokEngine (2014). In Depth Review of NIHSS: Psychometric Properties. Retrieved from http://strokengine.ca/assess/module_nihss_psycho-en.html
- Sulch, D., Perez, I., Melbourn, A., & Kalra, L. (2000). Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. *Stroke*, 31(8), 1929-1934.
- Taheri, P. A., Butz, D. A., & Greenfield, L. J. (2000). Length of stay has minimal impact on the cost of hospital admission. *Journal of the American College of Surgeons*, 191(2), 123-130. doi:10.1016/s1072-7515(00)00352-5

- Tao, J., Fang, Y., Wu, Z., Rao, T., Su, Y., Lin, L., . . . Chen, L. (2014). Community-applied research of a traditional Chinese medicine rehabilitation scheme on Broca's aphasia after stroke: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *15*. doi:10.1186/1745-6215-15-290
- The Lancet Neurology (2012). Challenging age-old ideas about stroke. *11*(12), 1013. doi:doi:10.1016/S1474-4422(12)70274-0
- Traylor, M., Farrall, M., Holliday, E. G., Sudlow, C., Hopewell, J. C., Cheng, Y.-C., . . . Int Stroke Genetics, C. (2012). Genetic risk factors for ischaemic stroke and its subtypes (the METASTROKE Collaboration): a meta-analysis of genome-wide association studies. *Lancet Neurology*, *11*(11), 951-962. doi:10.1016/s1474-4422(12)70234-x
- Trindade, A. (2015, Terça, Out. 27). Nova terapêutica permite salvar mais vítimas de AVC. *Diário de Coimbra*, p. I. Retrieved from <http://diariocoimbra.pt/noticias/nova-terapeutica-permite-salvar-mais-vitimas-de-avc>
- Twitchell, T. E. (1951). The restoration of motor function following hemiplegia in man. *Brain*, *74*(4), 443-480. doi:10.1093/brain/74.4.443
- Urban, P. P., Wolf, T., Uebele, M., Marx, J. J., Vogt, T., Stoeter, P., . . . Wissel, J. (2010). Occurrence and Clinical Predictors of Spasticity After Ischemic Stroke. *Stroke*, *41*(9), 2016-2020. doi:doi:10.1016/j.apmr.2010.07.005
- vanStraten, A., vanderMeulen, J. H. P., vandenBos, G. A. M., & Limburg, M. (1997). Length of hospital stay and discharge delays in stroke patients. *Stroke*, *28*(1), 137-140.
- van_Swieten, J. C., Koudstaal, P. J., Visser, M. C., Schouten, H. J. A., & Vangijn, J. (1988). Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. *Stroke*, *19*(5), 604-607.
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., . . . Murray, C. J. L. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, *386*(9995), 743-800. doi:10.1016/S0140-6736(15)60692-4
- Vuadens, P., Schluep, M., Bogousslavsky, J., & Regli, F. (1996). Justification of hospital days and discharge delays in a non-selected population of acute stroke patients. *Journal of the Neurological Sciences*, *143*(1-2), 132-136. doi:10.1016/s0022-510x(96)00200-6
- Wade, D. T., Legh-Smith, J., & Langton Hewer, R. (1985). Social activities after stroke: measurement and natural history using the Frenchay Activities Index. *International rehabilitation medicine*, *7*(4), 176-181.
- Weingart, S. N., Wilson, R. M., Gibberd, R. W., & Harrison, B. (2000). Epidemiology of medical error. *British Medical Journal*, *320*(7237), 774-777. doi:10.1136/bmj.320.7237.774
- West, R., Hill, K., Hewison, J., Knapp, P., & House, A. (2010). Psychological Disorders After Stroke Are an Important Influence on Functional Outcomes A Prospective Cohort Study. *Stroke*, *41*(8), 1723-1727. doi:10.1161/strokeaha.110.583351
- WHO-World Health Organization (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Retrieved from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO-World Health Organization (2014). Health statistics and information systems - Definition of an older or elderly person. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/#>
- Willyard, C. (2015). Rise of the organoids. *Nature*, *523*(7562), 520-522.
- Wolf, P. A., Abbott, R. D., & Kannel, W. B. (1991). Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*, *22*, 983-988.

- Wong, A., & Mok, V. (2015). Stroke: Poststroke cognitive impairment - what are we measuring? *Nat Rev Neurol*, *11*(9), 487-488. doi:10.1038/nrneurol.2015.130
- YIN, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Yong, E. (2014). First response: Race against time. *Nature*, *510*(7506), S5-S5. doi:10.1038/510S5a
- Young, J., & Forster, A. (2007). Rehabilitation after stroke. *British Medical Journal*, *334*(7584), 86-90. doi:10.1136/bmj.39059.456794.68
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zorowitz, R. D., Gross, E., & Polinski, D. M. (2002). The stroke survivor. *Disability and Rehabilitation*, *24*(13), 666-679. doi:10.1080/0963828.110109291

ANEXOS

Anexo 1 ● Questionário complementar (informação clínica e sociodemográfica)

Anexo 2 ● Escala de AVC do National Institute of Health [NIHSS]

Anexo 3 ● Índice de Barthel [IB]

Anexo 4 ● Escala de Rankin modificada [mRS]

Anexo 5 ● Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar [EADH]

Anexo 6 ● Escala de Qualidade de Vida [EQ5D3L]

Anexo 7 ● Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária [AIVD]

Anexo 8 ● Guião para entrevistas (conjunto de questões)

Anexo 9 ● Comissão de Ética da Faculdade de Medicina (UC) e do Centro Hospitalar (UC)

Anexo 10 ● Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Anexo 11 ● Artigo: Exploratory study of patients' life situation after a stroke

QUESTIONÁRIO

Nº

EPISÓDIO "URGÊNCIA": Data: ____/____/201__ HORA: ____:____

ADMISSÃO [NEUROLOGIA/UAVC]

Data: ____/____/201__ Unidade: _____

Nº de PU: _____

Iniciais de nome _____ Data Nasc: ____/____/19__ (dd-mm-aaaa)

Sexo: M F

"Texto de/ informação ao doente; consentimento Informado"

INFORMAÇÃO NATUREZA CLÍNICA 1:

AVC isquémico: NÃO SIM Primeiro episódio de AVC? NÃO SIM AIT's anteriores? NÃO SIM

Score de severidade do AVC (Score NIHSS): _____

Região cerebral atingida *: _____

Terapêutica instituída *: _____

Entrada - Peso: ____ kg; Altura: ____ cm

ANTECEDENTES - INFORMAÇÃO NATUREZA CLÍNICA 2:

FUNCIONALIDADE, ANTES DO ACTUAL AVC¹: [mRS: ≤ 2 pontos][Informa: o próprio ; outro: : _____]

-- Escala de Rankin Modificada: ____ pontos

ANTECEDENTES - FACTORES DE RISCO REPORTADOS POR DOENTE E/OU FAMÍLIA

[Informa: o próprio ; outro: : _____] Alcoolismo (hábitos...) Tabagismo (hábitos...) Hipertensão Arterial Hipercolesterolemia Sedentarismo Alterações cardíacas Obesidade Diabetes

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:

Residência habitual: _____ [[Cidade Vila Aldeia ; [Meio Urbano Meio Rural]]

Concelho de residência: [_____]

Escolaridade (em anos completos): _____; Qual é/foi a sua profissão? _____

Estado Civil → Casado/ Junto ; Separado/ Divorciado ; Solteiro ; Viúvo Convivência → Só ; Conjugue ; Filho/a(s) ; Conjugue + Filho (s) ; Vive em Instituição Outra situação : _____ Especificar: _____

CARACTERIZAÇÃO / CLASSIFICAÇÃO DO AVC (Etiologia, localização) [*]

AVC isquémico Subtipos; TOASTModificada	<input type="checkbox"/> Aterotrombótico	<input type="checkbox"/> Aterotrombótico provável	<input type="checkbox"/> Cardioembólico	<input type="checkbox"/> Lacunar
	<input type="checkbox"/> ... por causas raras		<input type="checkbox"/> ...por causas coexistentes	
	<input type="checkbox"/> ... de causa desconhecida – estudo completo		<input type="checkbox"/> ... de causa desconhecida – estudo incompleto	

Classificação Oxfordshire	<input type="checkbox"/> TACI – AVC isquémico total da circulação anterior	CLASSIFICAÇÃO FINAL _____
	<input type="checkbox"/> PACI – AVC isquémico parcial da circulação anterior	
	<input type="checkbox"/> LACI – AVC isquémico lacunar	
	<input type="checkbox"/> POCI – AVC isquémico da circulação posterior	

Terapêutica instituída [*]	<input type="checkbox"/> Fibrinolítica; <input type="checkbox"/> Terapêutica endovascular; <input type="checkbox"/> Outra: _____
----------------------------	--

¹ Utilizar Escala de Rankin Modificada: aspectos como capacidade para desempenho de actividades de vida diária, capacidade de marchar/ caminhar; necessitar ou não de assistência de terceiros.

INCAPACIDADES/ DÉFICES RESULTANTES DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO

Paralisia e alterações da motricidade <input type="checkbox"/> Hemiplegia: [<input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Dir.] <input type="checkbox"/> Hemiparésia: [<input type="checkbox"/> Esq. <input type="checkbox"/> Dir.] <input type="checkbox"/> Monoplegia (_____) Outras assimetrias: _____ <input type="checkbox"/> Problemas de equilíbrio e/ou coordenação (Ataxia)		Alterações sensoriais <input type="checkbox"/> Perturbação evidente do campo visual (Ex: hemianopsia?) <input type="checkbox"/> Audição: Antes: _____ Actual: _____ <input type="checkbox"/> DOR? _____ <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA (_____ ; _____) ---- Grau de incontinência: _____	
Alterações da comunicação <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Afasia: ----- <input type="checkbox"/> Afasia de Broca (não fluente) ----- <input type="checkbox"/> Afasia de Wernicke (fluente) ----- <input type="checkbox"/> Afasia global		Alterações cognitivas (gerais e de domínio específico) <input type="checkbox"/> Apraxia Incapacidade de programar sequência de movimentos voluntários coordenados <input type="checkbox"/> Agnosia Incapacidade de reconhecer objectos familiares e de lhes dar uma função... <input type="checkbox"/> Heminégligência unilateral <input type="checkbox"/> Incapacidade para Auto-avaliação, planeamento, resolver problemas.	
Distúrbios emocionais <input type="checkbox"/> Labilidade emocional <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Observáveis sentimentos de medo, ansiedade, frustração raiva, tristeza...			Observações:

FUNÇÃO ALIMENTAR	Apresenta (...apresentou) disfagia? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Se sim: Ligeira <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/>	Triagem/Avaliação desta Função: Visual <input type="checkbox"/> Escala <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> _____
	Ocorrência de Complicações? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Que complicações foram reportadas/ verificadas? _____	
USO /RECURSO A DISPOSITIVOS Durante internamento actual	SONDA NASOGÁSTRICA / SNG? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Se sim... Período de Utilização: _____ DIAS [Registo Opcional: de ____/____/201__ A ____/____/201__]	
	Complicações relacionáveis com este dispositivo? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Que complicações foram reportadas e/ou verificadas? _____	
	SONDA VESICAL / Cateter Urinário? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Se sim... Período de Utilização: _____ DIAS [Registo Opcional: de ____/____/201__ A ____/____/201__]	
	Complicações relacionáveis com este dispositivo? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Que complicações foram reportadas e/ou verificadas? _____	

REGISTO DE PERÍODOS DE TEMPO CENTRALIZADOS NA ADMISSÃO, DEFINIÇÃO DE ALTA CLÍNICA (t2) E NA SAÍDA EFECTIVA (t2'')

TEMPO t1 -> t2: _____ dias

TEMPO t2 -> t2'': _____ dias

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

N I H ESCALA DE · AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

Execute os itens da escala de AVC pela ordem correcta. Registe a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala. Não volte atrás para alterar pontuações. Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. As pontuações devem reflectir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele seja capaz de fazer. Deve registar as respostas enquanto administra a escala e fazê-lo de forma celerê. Excepto quando indicado, o doente não deve ser encorajado (i.e., várias tentativas para que o doente faça um esforço especial).

Instruções	Definição da escala	Pontuação
1a. Nível de consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.	0 = Acordado; responde correctamente. 1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.	—
1b. NDC. Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correcta - não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário à afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde a ambas as questões correctamente. 1 = Responde a uma questão correctamente. 2 = Não responde a nenhuma questão correctamente.	—
1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.	0 = Realiza ambas as tarefas correctamente. 1 = Realiza uma tarefa correctamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa correctamente.	—
2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calorica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela actividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pre-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de parálisa do olhar conjugado.	0 = Normal. 1 = Parálisa parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado. 2 = Desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.	—

N I H ESCALA DE · AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

3. Campos visuais: Os campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente pode ser encorajado, mas basta identificar o lado para o lado em que mexem os dedos para ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Pontue 1 apenas se houver uma assimetria clara, incluindo quadrantanopsia. Se o paciente é cego por qualquer causa, pontue 3. A estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.	0 = Sem défices campimétricos. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).	—
4. Parésia Facial: Pergunte ou use gestos para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou levantar as sobrancelhas e fechar com força os olhos. Pontue a simetria da contração facial em resposta ao estímulo doloroso nos pacientes pouco responsivos ou que não compreendam. Na presença de traumatismo, tubo orotraqueal, adesivos ou outra barreira física que possam esconder a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.	0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Parálisa facial menor (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Parálisa facial central evidente (parálisa facial inferior total ou quase total). 3 = Parálisa facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior de um lado da face).	—
5. Membros Superiores: O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços, palmas para baixo, a 90° se sentado ou a 45° se posição supina. Pontue-se a queda do braço quando esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando no braço não-parético. Apenas no caso de amputação ou anquilose do ombro o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 = Sem queda; mantém o braço a 90° (ou 45°) por um período de 10 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 10 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 10 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; o braço cai logo; pousado, o membro faz algum movimento. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____	—
6. Membros Inferiores: A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30°. Teste sempre na posição supina. Pontue-se a queda da perna quando esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz ou gestos, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, começando na perna não-parética. Apenas no caso de amputação ou anquilose da anca o item poderá ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha.	0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por um período de 5 segundos. 1 = Queda parcial antes de completar o período de 5 segundos; não chega a tocar na cama ou noutro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna acaba por cair na cama ou noutro suporte antes dos 5 segundos, mas não de forma imediata. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; a perna	—

N I H ESCALA DE · AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

<p>7. Ataxia de membros: Este item procura evidência de lesão cerebrosa unilateral. Teste com os olhos abertos. No caso de défice de campo visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-jelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, apenas, se for desproporcional em relação à fraqueza muscular. A ataxia é considerada ausente no doente com perturbação da compreensão ou plégico. Apenas no caso de amputação ou anquilose o item pode ser considerado como não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita fundamentando esta escolha. No caso de cegueira, peça para tocar com o dedo no nariz a partir da posição de braço estendido.</p>	<p>cai logo; pousado, o membro faz algum movimento.</p> <p>4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p> <p>5a. Membro Inferior Esquerdo 5b. Membro Inferior Direito</p> <p>0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em 2 membros. NT = Amputação ou anquilose, explique: _____</p>	<p>_____</p>
<p>8. Sensibilidade: Avalie a sensibilidade ou mimica facial à picada de alfinete ou a resposta de retirada ao estímulo doloroso em paciente obnubilado ou afásico. Só a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é pontuada. Teste tantas as partes do corpo - membros superiores (exceto mãos), inferiores (exceto pés), tronco e face - quantas as necessárias para avaliar com precisão uma perda hemissensitiva. Pontue com 2 se se uma perda grave ou total da sensibilidade puder ser claramente demonstrada. Deste modo, doentes estuporosos ou afásicos irão ser pontuados possivelmente com 1 ou 0. O doente com AVC do tronco cerebral com perda de sensibilidade bilateral é pontuado com 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, pontue 2. Pacientes em coma (item 1a=3) são pontuados arbitrariamente com 2, neste item.</p>	<p>0 = Normal; sem perda de sensibilidade.</p> <p>1 = Perda de sensibilidade leve a moderada; o doente sente menos a picada, ou há uma perda da sensibilidade dolorosa à picada, mas o paciente sente a tocar.</p> <p>2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	<p>_____</p>
<p>9. Melhor linguagem: Durante a pontuação dos itens precedentes obterá muita informação acerca da capacidade de compreensão. Pode-se ao doente para descrever o que está a acontecer na imagem em anexo, para nomear objectos num cartão de nomeação anexo e para ler uma lista de frases em anexo. A compreensão é julgada a partir destas respostas, assim como as referentes às ordens dadas no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interferir com os testes, peça ao doente para identificar objectos colocados na mão, repetir frases e produzir discurso. O paciente entubado deve escrever as respostas. O doente em coma (1a=3) será pontuado arbitrariamente com 3. O examinador deve escolher a pontuação no doente com estupor ou pouco colaborante, mas a pontuação de 3 está reservada a doentes em mutismo e que não cumpriam nenhuma ordem simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal.</p> <p>1 = Afasia leve a moderada; perda óbvia de alguma fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das ideias expressas ou formas de expressão. Contudo, o discurso e/ou compreensão reduzidos dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador consegue identificar figuras ou itens da lista de nomeação a partir da resposta do paciente.</p> <p>2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; necessidade de interferência questionamento e adivinhação por parte do</p>	<p>_____</p>

N I H ESCALA DE · AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

<p>10. Disartria: Se acredita que o doente consegue, pede-se para ler ou repetir as palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser pontuada. Este item é considerado não testável (NT) apenas se o doente estiver entubado ou tiver outras barreiras físicas que impeçam o discurso. Não diga ao paciente a razão pela qual está a ser testado.</p>	<p>examinador. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o examinador assume a maior parte da comunicação; o examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente.</p> <p>3 = Mutismo, afasia global; sem discurso ou compreensão verbal minimamente úteis.</p> <p>0 = Normal.</p> <p>1 = Disartria leve a moderada; doente com voz arrastada pelo menos algumas palavras; e na pior das hipóteses pode ser entendido com alguma dificuldade.</p> <p>2 = Disartria grave; voz do doente é tão arrastada que chega a ser ininteligível, na ausência ou desproporcionalmente a disfasia, ou tem mutismo ou anartria.</p> <p>NT = Entubado ou outra barreira física; explique _____</p>	<p>_____</p>
<p>11. Extinção e Desatenção, antiga negligência. A informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o doente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, a pontuação é normal. Se o doente tem afasia, mas parece identificar ambos os lados, é pontuado como normal. A presença de negligência visuoespacial ou anosagnosia contribuem também para a evidência de anormalidade. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade.</p> <p>1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais.</p> <p>2 = Profunda hemidesatenção ou hemidesatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta apenas para um lado do espaço.</p>	<p>_____</p>

Nº

Índice de Barthel (pontuação)	AVAL
ALIMENTAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Independente (10): Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável. ▪ Ajuda (5): Necessita de ajuda par cortar, passar manteiga, etc. Ou recurso a dieta especial. ▪ Dependente (0): “impossível” 	
BANHO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Independente (5): Lava-se por completo em duche ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa. ▪ Dependente (0): “impossível” 	
VESTUÁRIO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Independente (10): Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Aperta os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário ▪ Ajuda (5): Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável. Ajuda moderada ▪ Dependente (0): “impossível” 	
HIGIENE PESSOAL <ul style="list-style-type: none"> ▪ Independente (5): Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho eléctrico. ▪ Dependente (0): “impossível” 	
DEJECCÕES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contigente (10): Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só. ▪ Incontinente ocasional (5): Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo. ▪ Incontinente (0): “problemas/ episódios habituais” 	
MICÇÃO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contigente (10): Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências. Controlo perfeito ▪ Incont ocasional (5): Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo. Problemas ocasionais ▪ Incontinente (0): “problemas/ episódios habituais” 	
USO DO SANITÁRIO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Independente (10): Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda. ▪ Ajuda mínima (5): Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa. ▪ Dependente (0): “impossível” 	
PASSAGEM CADEIRA – CAMA e Vice-versa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Independente (15): Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente. ▪ Ajuda mínima 10): Necessita de ajuda ou supervisão mínimas ▪ Grande ajuda (5): É capaz de sentar-se mas necessita de assistência total para a passagem (1, 2 pessoas) ▪ Dependente (0): “impossível” 	
DEAMBULAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Independente (15): Pode caminhar sem ajuda por distância até 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andarilho. ▪ Ajuda (10): Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão. ▪ Independente em cadeira de rodas (5): Movimenta-se na cadeira de rodas, curva, por pelo menos 50 metros. ▪ Dependente (0): “0 ou < 50 m” 	
ESCADAS <ul style="list-style-type: none"> ▪ Independente (10): É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão. ▪ Ajuda (5): Necessita de ajuda física ou supervisão. ▪ Dependente (0): “impossível” 	
A pontuação máxima, para independência, é “100 pontos”; a de máxima dependência é “0 pontos”	

Também em sintonia com modelo obtido na unidade de neurologia dos HUC (UAVC - Serviço de Neurologia)

TOTAL = _____ pontos

Nº

<p style="text-align: center;">ESCALA DE RANKIN MODIFICADA Serviço de Neurologia – HUC</p>	AVALIAÇÃO
<p>GRAU 0 Sem sintomas [No symptoms at all]</p>	
<p>GRAU 1 Nenhuma incapacidade significativa; com capacidade para desempenhar todas as actividades de vida diária (AVD`s) [No significant disability despite symptoms; able to carry out all usual duties and activities]</p>	
<p>GRAU 2 Incapacidade leve; incapaz de realizar algumas das actividades prévias de AVD`s mas com capacidade de cuidar de suas próprias necessidades sem assistência. [Slight disability; unable to carry out all previous activities, but able to look after own affairs without assistance]</p>	
<p>GRAU 3 Incapacidade moderada, requerendo alguma ajuda mas com capacidade de caminhar sem assistência [Moderate disability; requiring some help, but able to walk without assistance]</p>	
<p>GRAU 4 Incapacidade moderadamente severa, incapacidade para caminhar e para atender as próprias necessidades do corpo sem assistência [Moderately severe disability; unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance]</p>	
<p>GRAU 5 Incapacidade severa, confinado ao leito, incontinente e requerendo constantes cuidados /atenção de enfermagem. [Severe disability; bedridden, incontinent and requiring constant nursing care and attention]</p>	
<p>GRAU 6 Morte [Dead]</p>	

Grau _____

Nº

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua *reacção imediata* a cada questão será provavelmente *mais correcta do que uma resposta muito ponderada*.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me **tenso/a ou nervoso/a**:
 - Quase sempre
 - Muitas vezes
 - Por vezes
 - Nunca
2. Ainda sinto **prazer** nas coisas de que costumava gostar:
 - Tanto como antes
 - Não tanto agora
 - Só um pouco
 - Quase nada
3. Tenho uma **sensação de medo**, como se algo terrível estivesse para acontecer:
 - Sim e muito forte
 - Sim, mas não muito forte
 - Um pouco, mas não me aflige
 - De modo algum
4. Sou capaz de **rir e ver o lado divertido** das coisas:
 - Tanto como antes
 - Não tanto como antes
 - Muito menos agora
 - Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de **preocupações**:
 - A maior parte do tempo
 - Muitas vezes
 - Por vezes
 - Quase nunca
6. Sinto-me **animado/a**:
 - Nunca
 - Poucas vezes
 - De vez em quando
 - Quase sempre
7. Sou capaz de estar **descontraidamente** sentado/a e sentir-me **relaxado/a**:
 - Quase sempre
 - Muitas vezes
 - Por vezes
 - Nunca
8. Sinto-me mais **lento/a**, como se fizesse as coisas mais **devagar**:
 - Quase sempre
 - Muitas vezes
 - Por vezes
 - Nunca
9. Fico de tal forma **aprensivo/a** (com medo), que até sinto um **aperto no estômago**:
 - Nunca
 - Por vezes
 - Muitas vezes
 - Quase sempre
10. Perdi o interesse em **cuidar** do meu **aspecto** físico:
 - Completamente
 - Não dou a atenção que devia
 - Talvez cuide menos que antes
 - Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma **inquieta/o** que não consigo estar parado/a:
 - Muito
 - Bastante
 - Não muito
 - Nada
12. **Penso com prazer** nas coisas que podem acontecer no **futuro**:
 - Tanto como antes
 - Não tanto como antes
 - Bastante menos agora
 - Quase nunca
13. De repente, tenho **sensações de pânico**:
 - Muitas vezes
 - Bastantes vezes
 - Por vezes
 - Nunca
14. Sou capaz de **apreciar** um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
 - Muitas vezes
 - De vez em quando
 - Poucas vezes
 - Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO
(EADH, Pais-Ribeiro, 2007)

Nº

Questionário de saúde - versão portuguesa
(EuroQol Group)

Assinale com uma cruz (assim ☒) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje...

Mobilidade

- Não tenho problemas em andar
- Tenho alguns problemas em andar
- Tenho de estar na cama

Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
- Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho(a)

Actividades Habituais (ex. trabalho, estudos, actividades domésticas, actividades em família ou de lazer)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas actividades habituais
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas actividades habituais
- Sou incapaz de desempenhar as minhas actividades habituais

Dor/Mal-estar

- Não tenho dores ou mal-estar
- Tenho dores ou mal-estar moderados
- Tenho dores ou mal-estar extremos

Ansiedade/Depressão

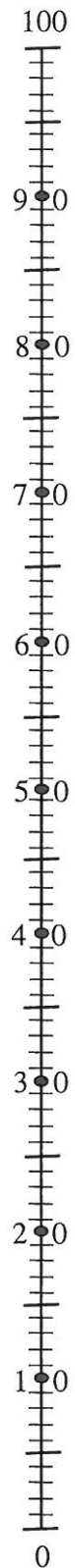
- Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)
- Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)
- Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

Para ajudar as pessoas a definir o seu bom ou mau estado de saúde, desenhamos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por **100** e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por **0**.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o **seu estado de saúde hoje**. Por favor, desenhe uma linha a partir do quadrado que se encontra abaixo, até ao ponto da escala que melhor indica o seu estado de saúde hoje.

O seu estado
de saúde
hoje

O melhor estado
de saúde
imaginável



O pior estado de
saúde imaginável

Nº

Actualmente, e após a situação de AVC, algumas **actividades domésticas e sociais** podem ter sido afectadas. Diga-nos em que medida sente ou não capacidade para desempenhar cada uma das seguintes actividades.

	Actividades instrumentais da vida diária	Totalmente incapacitado	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Nenhuma dificuldade
1.	Governar a casa	1	2	3	4
2.	Trabalhar	1	2	3	4
3.	Jardinar	1	2	3	4
4.	Ir às compras perto de casa	1	2	3	4
5.	Divertir, fazer passatempos	1	2	3	4
6.	Viajar de autocarro ou de carro	1	2	3	4
7.	Fazer trabalhos domésticos mais pesados	1	2	3	4
8.	Ler livros	1	2	3	4
9.	Cozinhar refeições ligeiras	1	2	3	4
10.	Lavar a roupa	1	2	3	4
11.	Lavar a louça	1	2	3	4
12.	Sair e fazer viagens distantes	1	2	3	4
13.	Fazer trabalhos domésticos ligeiros	1	2	3	4
14.	Andar fora de casa mais de 15 minutos	1	2	3	4
15.	Visitar amigos e familiares	1	2	3	4

Frenchay Activities Index adaptado

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

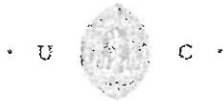
GUIÃO PARA ENTREVISTAS (CONJUNTO DE QUESTÕES)

Nº

--	--	--

- ⇒ Como vê a sua situação actual, na sequência do AVC / “trombose” sofrido?
- ⇒ Quais as principais alterações, que mais o/a afectam, comparando com a situação de saúde que tinha antes?
- ⇒ Como se sente especificamente quanto a aspectos como a dor e mal-estar?
- ⇒ Em que medida o AVC, e o que dele decorreu, veio alterar a qualidade de vida que tinha até então?
- ⇒ Na sua opinião ou perspectiva, o que mais contribuiu para a sua recuperação, após o AVC?
- ⇒ Desde essa altura (lembrado o mês/ano de ocorrência), o que foi determinante, na sua opinião, para a qualidade de vida que tem hoje?
- ⇒ Considerando o percurso terapêutico e de recuperação até esta altura (desde a data do AVC), gostava de deixar alguma opinião ou mensagem para os cuidadores e profissionais de saúde?
- ⇒ Quais os aspectos que indicava como mais positivos nesse mesmo percurso ou processo?
- ⇒ E...quais os aspectos que indicava como mais negativos nesse percurso ou processo?
- ⇒ Considerando o tempo que esteve internado (nº dias), recordando-se, o que acha (ou achou) desses dias? Como os percepcionou?
- ⇒ Como se sentiu durante esse período? O que o/a preocupava mais?
- ⇒ Que mais desejava nessa altura?
- ⇒ Considera que o tempo que esteve internado, nessa altura, foi o adequado à sua situação?
- ⇒ O que sentiu quando lhe disseram que ia ter alta?
- ⇒ Sentiu que ganhava mais em ter saído logo?
- ⇒ Sentiu que ganhou algo em ter ficado mais algum tempo no hospital?
- ⇒ Relativamente aos seus familiares [conjugue; filhos; pais...], como aceitaram e viram a sua saída célere... ou mais demorada, retardada, prolongada [obs: <3d / ≥3d]?

(Nota: questões a efectuar de forma aberta e também, sendo necessário, ligeiramente adaptadas às diferentes circunstâncias)



COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref^a 079-CE-2011Data 6/1/2011

Exmo Senhor
Prof. Doutor Manuel Santos Rosa
Presidente do Conselho Científico da
Faculdade de Medicina

Assunto: Projecto de Investigação no âmbito do Programa de Doutoramento em Ciências da Saúde.

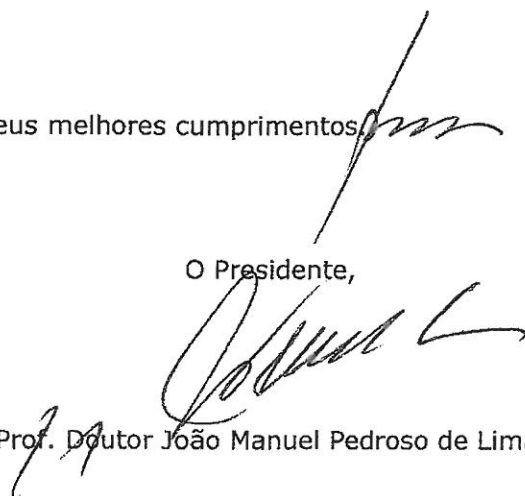
Candidato(a): Henrique José Mendes Nunes

Titulo do Projecto: "Funcionalidade e qualidade de vida em doentes vítimas de Acidente Vascular Cerebral isquémico: estudo da influência do período de tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva, e do encaminhamento hospitalar"

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer Favorável**".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos,

O Presidente,


Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Exmo. Senhor
Enf. Henrique José Mendes Nunes
Urb. Nova Conímbriga I, L 2
3150-230 CONDEIXA-A-NOVA

S/Refª	S/Comunicação	N/Ref. – Of. N.º	Data
	15.09.2011	PC 1274/11	14.11.2011

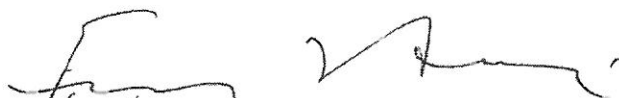
Assunto: Projecto de investigação “Funcionalidade e qualidade de vida em doentes vítimas de Acidente Vascular Cerebral isquémico: estudo da influência do período de tempo decorrido entre alta clínica e saída efectiva, e do encaminhamento pós-hospitalar”

Tendo presente o requerimento de V. Exa., datado de 15.09.2011, a solicitar autorização para a realização do projecto de investigação em epígrafe, a desenvolver no Serviço de Neurologia destes Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., no âmbito do Programa de Doutoramento em Ciências da Saúde (Ramo Enfermagem) da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sou a informar que o Conselho de Administração, na sua reunião de 10.11.2011, deliberou autorizar a sua realização.

Mais informo que remeti o processo à Unidade de Inovação e Desenvolvimento para seguimento do desenvolvimento do projecto nestes Hospitais.

Com os melhores cumprimentos, 

O Presidente do Conselho de Administração



(Prof. Doutor Fernando J. Regateiro)

FJR/LG

ORIGINAL PAPER

Exploratory Study of Patients' Life Situation after a Stroke

Henrique José Mendes Nunes, RN, MSc, PhD(c)
 Student at the Faculty of Medicine of the University of Coimbra, Portugal
 Health Sciences Research Unit
 Adjunct Teacher at Nursing School of Coimbra, Coimbra, Portugal

Paulo Joaquim Pina Queirós, RN, MSc, PhD
 Post-doctoral Student at the Biomedical Institute of Sciences Abel Salazar-Porto University, Portugal
 Health Sciences Research Unit
 Coordinator Teacher at Nursing School of Coimbra.

Correspondence: Henrique Nunes Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Nursing School of Coimbra, Rua 5 de Outubro OU/OR Avenida Bissaya Barreto, Apartado 7001, 3046-851 Coimbra. Portugal
 E-mail: hnunes@esenfc.pt

Abstract

Background. Brain diseases are a major health issue in modern societies, leading to multiple losses and disruptions.

Objective. Based on the question "Are stroke patients' quality of life and well-being also influenced by hospitalization and its duration and nature?", this study aimed to characterize the patients' life situation upon returning home, assess the illness and recovery process, and understand how stroke patients experience hospital stay and discharge.

Methodology. Qualitative, descriptive, exploratory study, using semi-structured interviews with a nonprobability sample of recent stroke patients.

Results. Data were presented using three different approaches: a brief socio-demographic characterization; a description of the general meaning captured; and a detailed assessment of the themes identified. Mean age of 71 years (71.3 ± 10.4); an average of 690 days since the ischemic episode; length of hospital stay between 9 and 61 days ($\bar{x} = 21$ days). Interviews were conducted in distinct contexts. The mRS and BI scores revealed significant functional preservation. Different experiences were found regarding the "length of hospital stay", availability, attitude towards disease, recovery and after-effects, lifestyles, regaining control, and family involvement. The importance given to body functioning, organic dimension, and presence of pain are underlined. As aspects of quality of life, participants underlined the family unit, discrimination and "weight of the gaze", and support network and its importance. Positive judgments were made and critical aspects were identified, such as fear and anxiety about the future. Hospitalization was perceived as necessary, while discharge triggered positive emotions and relief, despite being a source of concern and fear.

Conclusions. In this study, patients expressed pain, discomfort and depressive mood (despite their good functional recovery). Small changes in their personal, family and social routines were significantly valued. Despite criticisms, patients assessed the care process as positive. Hospitalization was understood as virtuous, and discharge, though desired, was anticipated with concern and fear.

Keywords. Stroke; ischemic stroke; hospitalization process; discharge, stroke survivor's experience; length of stay.

Introduction

The brain has always moved large sums of money and prepares itself to be the subject of more in-depth research, funded by millions, in a joint transnational effort towards a deeper and more comprehensive understanding of how it works, given its intrinsic complexity. This is valid for the brain as a healthy organ... it will

certainly be so as an unhealthy organ. "The brain is the intellectual excitement for the twenty-first century", Bill Newsome said (Abbott, 2013, p.273) when challenged to take on such task for the twenty-first century.

Another neuroscientist, K. Kording, underlined how impressive and capable this wonderful human organ is as it "...produces in 30 seconds

as much data as the Hubble Space Telescope has produced in its lifetime." (Abbott, 2013, p.273).

On the other hand, "brain diseases are one of the major health issues in modern societies" and their current high costs will substantially increase over the next few years, particularly due to the increased prevalence of nervous system disorders resulting from increases in life expectancy. (Malva & Bernardino, 2010, p.24)

Among brain diseases, this study highlights the cerebrovascular diseases, which have led us to this vast field of work. The scientific community, health policy decision-makers and citizens have already gathered much knowledge about stroke. However, it still remains a huge challenge for them, because it is a devastating event that has catastrophic consequences for those who survive (Minzenberg, 2010). Stroke occupies the top places in mortality and morbidity statistics.

With a significant worldwide impact, it occupies a prominent position in the ranking of causes of disability-adjusted life years (DALYs). [Lopez & Mathers (2006) cited by Langhorne, Sandercock & Prasad (2009)].

The functional aspect emerges as the most visible and often most dramatic stroke dysfunction. The possibility of recovery after stroke varies (among other factors) according to the nature and extent (or severity) of the initial disorder. Dobkin (2005, p.1677), citing Hendricks et al. (2002), mentioned that "35 percent of survivors with initial paralysis of the leg do not regain useful function, and 20 to 25 percent of all survivors are unable to walk without full physical assistance". While citing other sources, the author added that, six months after stroke, 65% of patients cannot incorporate the affected hand into their usual activities. As a result of these and other examples of impaired function, the author mentioned that the priority targets in rehabilitation strategies should be aphasia, self-care and functional use of the arm, walking, exercise and strengthening.

Still, is it possible to speak of functional disorders without relating them to dimensions that are initially less likely objectified such as the quality of life and well-being dimensions, or even stroke-related pain symptoms/ manifestations? As an important and cross-sectional phenomenon, pain will influence functionality and the perceived quality of life, and it may be

the motto for negative feelings and emotions of unhappiness. In a literature review article on the subject, two psychiatrists address the matter in an instructive way; by citing other sources, they assume that "pain as a stroke sequel is an often underdiagnosed and underrated condition" and that, "although there are few studies on their actual incidence, the notion that pain is a common problem in stroke patients results from clinical practice" (Gaspar & Antunes, 2010, p.38). In reference to various other studies, they provide some possible explanations for its devaluation and claim that "the importance of understanding and treating pain after a stroke is related to the fact that pain is associated with a higher prevalence of depression and impairment of the quality of life of both patients and their families/caregivers, which is a limiting factor of an active participation in a rehabilitation program and leads to worst functional outcomes". (idem; p38)

Based on the question "Are stroke patients' quality of life and well-being also influenced by hospitalization and its duration and nature?", this study analyzed some stroke-related aspects through the discourses and perspectives of the patients themselves. Thus, as specific aims, this study aimed at recognize:

- 1 – The patients' situation upon returning home after having had a stroke;
- 2 – The process of illness and recovery after a stroke;
- 3 – How stroke patients experienced hospital stay and discharge.

Background

As we know, "brain diseases are one of the major health issues in modern societies" (Malva & Bernardino, 2010, p.24), occupying a prominent position in the ranking of conditions leading to disability-adjusted life years/years of potential life lost: DALYs/YPLLs (Langhorne, Sandercock & Prasad, 2009).

Patients experienced disruptions in their living standards, functional capacity, quality of life, and objective and subjective well-being. Back in 1997, the real dimension of the problem was already under discussion (Gonçalves & Cardoso, 1997, p.543), and stroke prevalence was analyzed in a population sample by gathering the participants' personal health

records, particularly those including history of stroke and vascular risk factors.

Despite the advances made during the first decade of the twenty-first century, in Portugal, "cerebrovascular diseases and cardiac ischemic diseases remained the leading causes of preventable years of potential life lost (YPLLs) through health care." (DGS, 2013). According to alerts from the Portuguese Stroke Association, a stroke occurs every five minutes (SPAVC, 2013).

Portugal is the Western European country with the highest rate of stroke mortality. Statistics referring to its incidence, prevalence and case-fatality were also worrying (Correia, 2006).

Although some of the documents consulted seem contradictory, which is clearly related to the scales and the perspectives of analysis, it is worth remembering Oliveira (2012) on the magnitude and repercussion of strokes in Portugal. The author states that they represent a scourge "due to their high incidence, considering that in the so-called developed countries - Europe and the United States, Canada, etc. - they are the third leading cause of death and permanent disability while, among us, they are the first leading cause. Official figures show that, in 2009, 14.285 people died of stroke (6.127 men and 8.158 women)" (Oliveira, 2012, p.263)

With a time frame up to 2015 (Helsingborg Declaration, 2006), a major objective was set out for these patients, particularly with regard to rehabilitation. The aim is that 70% of survivors regain independence in activities of daily living within three months after a stroke (Kjellström, Norrving & Shatchkute, 2007). This path is being unevenly constructed in the various European countries, aiming at offering the best health-related response to populations.

As recommended by the scientific community, the responses to stroke victims shall always and primarily be made available in a particularly rapid manner and, preferably, through an organized care service concentrated in appropriate units, i.e., stroke units (ESO, 2014). This will be the purpose of hospital admission, though discharge should also be an organized and coordinated process, thus providing a response to several domains of the problem, in particular the provision of different technical assistance and referral (which is often essential) to a care network which ensures the continuity of care.

This had also been found in the study of Hakim & Bakheit (1998) who analyzed the factors with the potential to extend the length of hospital stay among stroke patients.

More recently and still examining the same factors, a strong predictive relationship between the severity of episodes (NIHSS score) and the length of stay in the "acute phase" and in total stay (considering the implemented rehabilitation program) was observed and confirmed. Similarly, other factors were confirmed to extend or shorten the length of hospital stay, such as pre-stroke dependency on activities of daily living, some specific NIHSS items, and pre-stroke dementia (Appelros, 2007).

Other factors were highlighted with regard to the American reality (Hanchate *et al.*, 2013) where aspects such as race, ethnicity and socio-economic status are associated with these patients' length of hospital stay.

Either through empirical observation in clinical settings, either through personal testimonies (Olofsson, Andersson & Carlberg, 2005), it is also known that, when hospitalized and undergoing a therapeutic process, many patients feel a strong desire to return home.

Methodology

This is a qualitative descriptive exploratory study, using information collected from semi-structured interviews, with a non-probability sample (n=12) of recent stroke patients who were duly followed and assessed (at admission, at hospital discharge, after 1 month and after 3 months).

Within the scope of a broader study (n= 110), the following inclusion criteria were established: being the 1st ischemic stroke; previous level of functioning (mRS) ≤ 2 points; being more than 18 years of age; and speaking Portuguese. The interviewees' clinical records were consulted and their clinical situation was, therefore, characterized.

The content of the answers, given to simple and direct questions, was analyzed using Bardin's methodology (2013). Given the predominantly qualitative approach, the hypothetical inference derived from the available *corpus* could only be based on the "presence of the index (theme, word, character, etc.!) and not on its occurrence rate in

each individual communication.” (Bardin, 2013, p.142).

Twelve interviews were conducted. Patients were previously contacted by telephone. The study and the therapeutic process were duly contextualized, and the participants’ necessary cognitive skills and response abilities were assessed. Data were recorded in individualized field notes which were written immediately after each interview. The respondents gave their consent and their anonymity was guaranteed.

Results

The available data are presented in three different, yet complementary approaches: first, a brief socio-demographic characterization of the informants and explanation of the contexts where the interviews were conducted; then, a general description of their meaning; and finally, a more detailed summary of the analysis, which will be divided into five themes.

In January 2014 (at which time the interviews were conducted), the respondents’ mean age was around 71 years (71.3 ± 10.4). Between 347 and 779 days ($\bar{x}=690.3$ days) had elapsed since the stroke and the total length of stay ranged from 9 to 61 days, with a mean of 21 days.

As field notes resulting from observations made in each visit, it ought to be said that the interviews were carried out in different venues, either chosen or suggested by the patients themselves or their family members (e.g.: at home – in the kitchen, living room – or in the day center, in outdoor patios, on the street, in staircases, coffee shops, restaurants,...), at different times of the day and, in some circumstances, only after two or three visits to the site.

Particular emphasis was always given to the respondents’ needed and desired privacy. During the interviews, patients were performing routine tasks, such as cooking, ironing, taking a walk, sitting in the day center. Two patients (former smokers and alcohol consumers) had resumed their smoking habit only in a furtive way, though they had completely quit drinking alcohol.

In functional terms, patients scored between 0-3 in the modified Rankin scale (mRs) and between 100 - 85 in the Barthel Index (BI), as recorded in their clinical files.

As global and generic ideas resulting from the empirical material collected through the interviews and their processing, the aspects described below illustrate the population under study. They often translate the sociocultural reality itself, as well as the subjects’ personal relationship with health-illness issues.

Therefore:

- With some exceptions, patients avoided talking about the disease process, both the period before and during the disease; they were concise.

- The length of hospital stay was perceived by some patients as a difficult time, whereas others considered it to be good, even highly virtuous.

- Perhaps as a precaution, as mistrust or as a result of intense concerns, which are characteristics aggravated by the current socio-economic crisis, it was sometimes quite difficult to talk/chat with some patients and their families. Long explanatory processes were needed and, even then, they were strongly reluctant to share information, and showed little availability. The occasional “blocking” of access from the patient’s spouses was also clear, and even more evident from the wives towards their husbands, who were now in difficulties.

- During the process of interviewing patients, with an average of 690 days after a stroke, completely opposite situations were found in patients’ relations with the health care services, i.e. from patients who were dependent on these services, focusing almost entirely on the appointments, rehabilitation/physiotherapy treatments (which, according to their opinions and testimonies, were rarely up to their expectations) to patients who had moved on with their lives and for whom stroke was part of the past and almost forgotten.

- Family reorganization processes were also observed in response to the new problems brought about by the physical/motor difficulties which many patients experience.

- A reference should be made to the comorbidities mentioned and verified (depression, diabetes, domestic accidents: falls, wounds) during some interviews and in the preparatory visits.

- Special reference should be made to male patients, not too old, who addressed their current

sexual-related issues which they did not have prior to the stroke and considered to be directly related to it.

- A situation shared with patients (and relatives) is related to the “robbery” of which they were victims (given their age, dependency and difficulties, etc.) on the part of relatives, children, grandchildren. This situation, which was a unique case in terms of its size but not its nature, even led to the patient’s hospitalization and the involvement of social services.

In a “more refined” interview analysis aiming at addressing the most peculiar aspects concerning each raised question (as a whole or divided into five themes), some differences but, obviously, many points in common were also found. A first group of questions focused on the patient’s current situation. As a possible synthesis, various elements emerged relating to body functioning (the organic dimension) which were focused on the dysfunctional aspect: fatigue, difficulties in performing tasks, various changes (motor, sensitive, sensory ...). The importance and presence of pain was referred to and emphasized by patients. As said by informer 5 (I₅), here resumed, **“He feels he is getting better, but life has changed a lot... balance is still not good; ...he fell twice. He has difficulty starting to walk now; ...shoulder pain”**.

The second group of questions aimed at understanding the patients’ perception of their quality of life. As a synthesis, we realized the multidimensionality of the concept involved but also its peculiar understanding by patients; some functional arguments were recurrent, but the same was also true for arguments concerning the family, the dimensions of work/ profession, the discriminatory social environment, and the importance of a social and economic network. A patient (I₃) was enlightening and referred to the **“High impact; it changed things completely. A radical change, for the worse. The view of people and the society, the poor fellow...”**

Lastly, the rhetoric question made by another patient (I₁₂) when thinking about this issue and which we could apply to some other situations and patients: **“quality of life?”**

In the third group of questions, we cautiously asked for a judgment on the health care received. In summary, because an informal “assessment”

[unrecorded] of a path or process was allowed, in general, we observed a positive view of paths/processes, which prevailed over the less positive (or negative) aspects. As an example, one patient (I₂) said **“I was very well taken care of; I know a lot of people and that also helps!”**, and another one (I₁₂) mentioned: **“the health care professional should «be professional»”**.

However, a feeling of reluctance was also perceived from patients who could easily make such an assessment. As a negative aspect, we underline the excessive/ unnecessary bureaucracy and disorganization which was mentioned by some patients. Aspects such as inter-service and inter-institution communication (when needed by the clinical and therapeutic process) were highlighted (I₈), but also aspects such as organized transportation and schedules (I₅) to access rehabilitation centres (for treatment, in later stages of the same process).

In the fourth group of questions, we asked patients to remember and refer to their period of hospitalization. The interviewees answered every question, while describing the feelings and emotions they had experienced, some fear about the near future, the possibility of relapse and, once again, the functional, family and social aspects; **“I was very anxious, nervous, worried. I didn’t know how things would evolve and I had very severe examples in my family”** (I₁). Almost all patients found that they had been hospitalized for the necessary period of time [**“It was normal”** (I₁)], which indicates a positive outlook of the institution and the health care provided.

In the fifth and final group of questions, patients were asked about their discharge, their leaving the hospital (discharge-leaving process) and the post-discharge referral, which was something less “tangible” or understandable for them. (I₉: **“happy and glad”**), but, on the other hand (as a natural result of specific individual circumstances), it also induced concern and fear. There was a clear awareness of the difficulties brought about by the stroke episode. The hospital was also perceived as a safe place, where one could and should be, where recovery took place, and the post-discharge referral was organized. The importance of the family, its crucial presence, and its (greater or lesser) collaboration in the transition from the hospital to the community were also perceived (I₇: **“I was even**

happier because I was moving closer to my daughter.")

We sought to identify the "units of meaning" (Bardin, 2013, p.131) assigned by patients, in their answers to the various questions raised and structured into five different themes. We understand many of their hesitations and reservations, but, above all, we appreciate their sincere and, almost always, brief testimonies.

Discussion

As Olofsson, Andersson and Carlberg (2005) pointed out, the patients' genuine awareness of their condition as stroke victims and of the real impact of its consequences occur when they go home; "*when the individual takes control again of his or her life*" (idem, 2005, p.433). Our study was developed mainly in a "home environment" and, therefore, we shared and observed some of the difficulties reported by these authors. The interviewed group was already in control of their lives or was in the process of regaining control over their lives, i.e. over the specific difficulties that each inherited from the cerebrovascular process of which they were the leading actors.

We could question and discuss multiple aspects, but we focused on those which we considered to be the most representative and significant, in accordance with Almborg, Ulander, Thulin *et al* (2010), related to the perception of quality of life, the valuation of what happened to them and the path taken, pain and its impact, functionality, i.e., we aimed at providing a frame for this matter based on the objectives initially set out. As expected, we encountered a reality in which stroke mainly affects the elderly, increasingly the very old, also called the great-elderly. This results from an objective reading of data, namely the mean age and its standard deviation. We saw diversity in sequels and length of hospital stay, which are naturally interdependent (Chang, Tseng, Weng *et al*, 2002). The length of hospital stay ranged between 9 and 61 days, which is significantly less than the reported by Hakim & Bakheit (1998) for stroke episodes. Considering that some periods of hospitalization stay were too long, and although this was not an objective of this work, it seems that extending hospital stay does not bear such negative economic repercussions. At least, that is according to the conclusions and the context of the study of Taheri, Butz & Greenfield (2000).

With regard to pain, which was referred to in abstract terms but in the dependence (or sequence) of the stroke process, it was mentioned and emphasized by patients as a precursor of discomfort and increased difficulties in their daily lives. This is in line with Gaspar & Antunes (2010), who identified its frequent devaluation and its actual contribution to depression mechanisms and post-stroke loss of quality of life. Pain was mentioned several times, thus reflecting its negative impact on patients and their lives in general. The multidimensionality of the quality of life concept (Canavarró & Serra, 2010) was evident in this small sample, and patients mostly mentioned arguments relating to their greater ability or disability, particularly in functional terms. It seems, however, that satisfaction was low when the questions (about current situation, pain and quality of life) were directly formulated.

The analysis of the answers given to the fourth and fifth groups of questions allowed us to withdraw an element of hope and trust in both the system and the professionals. Given the inherent health care complexity, this consistent - if not surprising - positive overview of the received care should be emphasized, with favorable references to the therapeutic process that they had undergone and the perception of the hospital as a safe place, where recovery takes place and the post-discharge referral is organized. The family was never forgotten by the interviewees. Their key contribution to therapeutic success or mitigating effect of the enormous difficulties and suffering resulting from stroke should be noted, as was also highlighted by Cramm, Strating & Nieboer (2012).

As Carvalhais & Sousa (2007, p.616) refer to in the conclusion of their study, "*for the very elderly, as well as for most people of any age, the nurses' behaviors in the provision of care are as important as the treatment itself*". Obviously, this does not apply only to nurses, but this less "technological" and interventive dimension as mediator of well-being and comfort for patients ought to be highlighted. Hospital stay, while translating a rupture that is particularly experienced in terms of its time/duration and nature, seems to bring with it mainly a perspective of hope and a focus of energy on the process of recovery, which is differently valued through the dependence of the clinical evolution

regarding the individual's initial state. It is from this particular perspective that quality of life and well-being seem to be more conditioned, always taking into consideration the current difficulties experienced and the undesired changes induced.

This approach to patients' situation after a stroke (while underlining their good functional recovery) showed frequent expressions of pain, discomfort, depressive mood and low satisfaction with several aspects of their day-to-day life. Small changes in their personal, family and social routines were significantly valued. Despite some critical views concerning the care process as a whole - and in which they were protagonists and receivers - they assessed it in a positive way. Hospitalization, i.e., hospital stay was understood as virtuous, and discharge, though desired, was anticipated with concern and fear.

Limitations

This study shows some limitations, but also strengths. The group under study was a small-sized non-probabilistic sub-sample which only allowed for an explanatory perspective on the group. The initial inclusion criteria were encompassing, which was then translated in heterogeneous groups regarding the clinical and therapeutic process. We point out the data collection method as a strength; we visited, listened to and spent time with the patients, giving them their well-earned importance. The fact that the interviews took place significantly after the ischemic event enabled the desired psychological distancing from the event (despite the participants' potential memory difficulties).

References

- Abbott, A. 2013. Solving the brain. *Nature*, 499, 272-274.
- Appelros, P. 2007. Prediction of length of stay for stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 116, 15-19.
- Bardin, L. 2013. *Análise de conteúdo*, Lisboa, Edições 70, Lda.
- Carvalhais, M. & Sousa, L. 2007. Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Rev. Eletr. Enf.* [Online], 9. Available: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/v9n3a04.htm
- Correia, M. 2006. *A epidemiologia dos AVC em Portugal* [Online]. online. Available: http://www.spavc.org/Imgs/content/article_42/sp5.pdf [Accessed October, 14 2010].
- DGS 2013. Direção Geral de Saúde: Plano Nacional de Saúde 2012-2016.
- Dobkin, B. H. 2005. Rehabilitation after stroke. *New England Journal of Medicine*, 352, 1677-1684.
- ESO - European Stroke Organization 2014. *Education Guidelines* [Online]. Available: <http://www.eso-stroke.org/eso-stroke/education/education-guidelines.html> [Accessed May, 07 2014].
- Gaspar, A. T. & Antunes, F. 2010. Dor crónica após acidente vascular cerebral. *Sinapse*, 10, 38-44.
- Gonçalves, A. F. & Cardoso, S. M. 1997. Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais em Coimbra. *Acta Med Port*, 10, 543-550.
- Hakim, E. A. & Bakheit, A. M. O. 1998. A study of the factors which influence the length of hospital stay of stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 12, 151-156.
- Hanchate, A. D., Schwamm, L. H., Huang, W. & Hylek, E. M. 2013. Comparison of Ischemic Stroke Outcomes and Patient and Hospital Characteristics by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status. *Stroke*, 44, 469-476.
- Kjellstrom, T., Norrving, B. & Shatchkute, A. 2007. Helsingborg declaration 2006 on European stroke strategies. *Cerebrovascular Diseases*, 23, 231-241.
- Langhorne, P., Sandercock, P. & Prasad, K. 2009. Evidence-based practice for stroke. *The Lancet Neurology*, 8, 308-309.
- Lopez, A. D. & Mathers, C. D. 2006. Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002-2030. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 100, 481-499.
- Malva, J. O. & Bernardino, L. 2010. Células estaminais neurais: a caminho da reparação cerebral? *Journal of the Portuguese biochemical society*, 24-29.
- Minzenberg, M. J. 2010. Rewiring the Brain After Stroke. *Science Translational Medicine*, 2, 51ec151.
- Oliveira, V. 2012. Acidente Vascular Cerebral em Portugal – O Caminho para a Mudança. *Acta Médica Portuguesa*, 25, 263-264.
- Olofsson, A., Andersson, S. O. & Carlberg, B. 2005. 'If only I manage to get home I'll get better' - Interviews with stroke patients after emergency stay in hospital on their experiences and needs. *Clinical Rehabilitation*, 19, 433-440.
- SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2013. Press release: AVC atinge pessoas cada vez mais jovens. Porto.
- Taheri, P. A., Butz, D. A. & Greenfield, L. J. 2000. Length of stay has minimal impact on the cost of hospital admission. *Journal of the American College of Surgeons*, 191, 123-130.

