

Maria Susana Dias da Silva Melro Lima

**Acidente Vascular Cerebral:  
Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da  
Universidade Fernando Pessoa**

Universidade Fernando Pessoa

Escola Superior de Saúde

Porto, 2009



Maria Susana Dias da Silva Melro Lima

**Acidente Vascular Cerebral:  
Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da  
Universidade Fernando Pessoa**

Universidade Fernando Pessoa

Escola Superior de Saúde

Porto, 2009

Maria Susana Dias da Silva Melro Lima

**Acidente Vascular Cerebral:  
Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da  
Universidade Fernando Pessoa**

---

Maria Susana Dias da Silva Melro Lima

“Projecto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado(a) em Enfermagem.”

## Sumário

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença cada vez mais comum na nossa sociedade, capaz de provocar limitações não só nos indivíduos, bem como à sua família mais próxima.

Para que uma equipa de enfermagem responda com competência e seja uma mais valia no contexto de equipa multidisciplinar, quer a nível da promoção da saúde, quer na prevenção da doença, é de extrema importância, desde cedo dar maior atenção à formação holística dos alunos de enfermagem. Desta forma pareceu-nos pertinente desenvolver um estudo, com a finalidade de identificar os conhecimentos dos alunos do 3º ano do curso de licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa (UFP) sobre o AVC.

Neste sentido foram colocadas as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre o AVC?
- A realização do ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II é preponderante para os conhecimentos dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP?
- O contacto com doentes vítimas de AVC influencia os conhecimentos dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP?

Trata-se de um estudo de tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário, que foi aplicado aos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa.

A amostra seleccionada é constituída por 40 (quarenta) alunos, do 3º ano, do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

Os resultados tentam dar resposta às questões de investigação inicialmente levantadas.

Relativamente à caracterização da amostra podemos dizer:

- A média de idades dos inquiridos é de 23 anos, sendo o máximo de 21 anos de idade e o mínimo de 42 anos.
- Quanto ao género dos inquiridos são maioritariamente do sexo feminino com 67% e do sexo masculino apenas 33%.
- A amostra (n=40), já realizou ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II.
- A amostra (n=40), já tiveram contacto com doentes vítimas de AVC, 100% dizem que sim.

Através da análise dos dados colhidos podemos concluir que os alunos inquiridos evidenciaram falta de conhecimento em algumas áreas e confusão entre termos científicos.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AIT** – Acidente Isquémico Transitório

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AVC's** – Acidentes Vasculares Cerebrais

**AVCI** – Acidente Vascular Cerebral Isquémico

**AVD's** – Actividades de vida diária

**DCV's** – Doenças Cerebrovasculares

**DGS** – Direcção Geral de Saúde

**LCL** – Lipoproteína baixa densidade

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**NINDS** – Nacional Institute of Neurological Disorders and Stroke Study

**rtPA** - activador tecidual do plasminogénio

**SPAVC** – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

**SPSS** – Statistical Package for Social Sciences

**%** – Percentagem

**Nº** – Número

**UFP** – Universidade Fernando Pessoa

**Mg/dl** – miligrama por decilitro

Ao meu Pai, que no céu, me iluminou durante estes 4 anos, sempre me incentivou a avançar com o sonho de ser enfermeira!

## **AGRADECIMENTOS**

Um trabalho de investigação é sempre fruto de um trabalho de equipa, não podendo ser nunca individual.

Nesse sentido, não seria justo e muito menos correcto deixar passar esta oportunidade de agradecer à orientadora deste trabalho, Enfermeira Patrícia Araújo, pelo apoio, sugestões e disponibilidade que foram fundamentais para a realização da monografia, o meu muito obrigado.

- Ao meu marido, pela força que me deu, agradeço-lhe as palavras de carinho com que sempre me presenteou assim como pelo incentivo que me deu durante toda a minha vida académica;
- À minha mãe e meus irmãos pela confiança que sempre me transmitiram;
- Aos meus amigos, pela verdadeira amizade que criamos nestes quatro anos.
- À minha amiga Susana Matias, pela ajuda e amizade.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	14
I. FASE CONCEPTUAL.....	18
1.1– Definição de AVC .....	19
1.2. – Etiologia do AVC .....	20
1.3. – Tipos de AVC .....	20
1.4. – Epidemiologia.....	22
1.5. – Factores de Risco.....	22
1.5.1. – Factores de Risco não modificáveis .....	23
1.5.2. – Factores de Risco modificáveis .....	24
1.6. – Alterações resultantes da lesão .....	25
1.7. – Deficiência, Incapacidade e Desvantagem .....	26
1.8. – Tratamento.....	28
1.8.1. – Tratamento Trombolítico.....	28
1.8.2. – Reabilitação .....	29
1.9. – Papel do Enfermeiro face ao doente com AVC.....	31
II. ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	37
2.1 – Questão de Investigação .....	37
2.2 – Objectivos do estudo .....	38
2.3 – Considerações éticas.....	38
2.4 – Tipo de estudo .....	39
2.5 – População alvo.....	40
2.6 – Amostra .....	40
2.7 – Processo de Amostragem .....	41
2.8 – Variáveis.....	41
2.9 – Instrumento de colheita de dados .....	42
2.9.1 – Pré – Teste.....	43
2.10 – Tratamento e Análise dos Dados .....	43

**III. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....45**

IV. CONCLUSÃO ..... 63

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 65

VI. ANEXOS..... 68

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

ANEXO II – CRONOGRAMA

## **Índice de Gráficos**

**Não foi encontrada nenhuma entrada do índice de ilustrações.**

Gráfico 2 – Distribuição da amostra em relação ao Género .....46

## Índice de Quadros

Quadro 1 - Distribuição da amostra relativamente se é a primeira vez que está matriculado no 3.º ano .....	46
Quadro 2 - Distribuição da amostra sobre se já realizou ensino clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica II .....	46
Quadro 3 - Distribuição da amostra sobre o local onde realizou ensino clínico de Enfermagem Médico – Cirúrgica II. ....	48
Quadro 4 - Distribuição da amostra acerca do contacto que esta teve com vítimas de AVC .	48
Quadro 5 - Distribuição da amostra referente ao conhecimento dos alunos do 3.º ano da Universidade Fernando Pessoa, da Licenciatura em Enfermagem sobre AVC. ....	49

## **INTRODUÇÃO**

As doenças cerebrovasculares são a principal causa de morte na população portuguesa e as sequelas podem causar grande incapacidade psicomotora exigindo, cada vez mais, uma rápida intervenção dos serviços de saúde e uma capacidade de resposta eficiente por parte dos profissionais onde se incluem o enfermeiro.

A investigação em Enfermagem assume, actualmente, um papel importante para a aquisição e solidificação de conhecimentos.

Segundo Collière (1999), “ A investigação em enfermagem é uma atitude de interrogação sobre o que se descobre e sobre o que se pode fazer com isso, no âmbito da sua prática, toda a pessoa que presta cuidados deve estar apta a desenvolver esta atitude e aprender a servir-se dela.”.

A Enfermagem é uma profissão de ajuda, cujos valores principais passam pela forma de saber estar, ser, fazer, tendo em conta a valorização da pessoa e da vida humana, bem como o respeito pela autonomia e liberdade de escolha, o que requer determinadas capacidades indispensáveis ao bom desempenho profissional, grande maioria adquiridas em contexto, ao longo de um processo de formação.

Deste modo, a presente monografia surge no âmbito do 4º ano do curso da licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde, da Universidade Fernando Pessoa.

A escolha do tema prendeu-se basicamente, com o facto de ser um assunto actual e preocupante pois segundo a Direcção Geral de Saúde (cit in Nunes e Pereira 2005), O AVC è a primeira causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas.

Perante esta evolução sobressai o papel do enfermeiro, na prevenção, no diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, ocupando um lugar privilegiado, na equipa multidisciplinar contribuindo para ajudar o doente/família a adaptar-se à nova situação, visando a melhoria da qualidade de vida.

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Na revisão da literatura foram encontrados alguns estudos acerca do conhecimento sobre AVC, mas nenhum direccionado a alunos de enfermagem. De acordo com este pressuposto propusemo-nos à elaboração de um trabalho, baseado numa investigação empírica com a finalidade de aprofundar conhecimentos de forma a contribuir para uma aquisição de competências ao nível da investigação.

A escolha deste tema deveu-se ao facto, de se tratar de uma das patologias da actualidade, por ser uma doença cada vez mais comum na sociedade, bem como pela limitação que provoca nos indivíduos e aos seus familiares mais próximos. No plano pessoal suscitou interesse ao investigador esta temática, não só pelo descrito anteriormente mas por ser uma patologia frequente nos ensinamentos clínicos.

Numa época em que tanto se fala em AVC e de formas de prevenção de forma a minimizar as sequelas pós AVC, optou-se por realizar um trabalho subordinado ao tema: “Acidente Vascular Cerebral: Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa”. Desta forma foi levantada a seguinte pergunta de partida com base no tema mencionado: “Quais os conhecimentos dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre o AVC?”, uma vez que todo o conhecimento e informação acerca de determinada temática, tornará o enfermeiro apto para cuidar do doente, permitindo a promoção na qualidade dos cuidados e preparando-o para a educação para a saúde.

Segundo Fortin (2003) “A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”.

Neste contexto e com o intuito de orientar o estudo, colocou-se as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos alunos do 3º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre o AVC?

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

- A realização do ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II é preponderante para os conhecimentos dos alunos do 3º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da UFP?
- O contacto com doentes vítimas de AVC influencia os conhecimentos dos alunos do 3º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da UFP?

Segundo a Direcção Geral de Saúde: “As doenças cardiovasculares, nomeadamente os AVC (...), são a principal causa de mortalidade em Portugal, (...) contando-se também, entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa.” (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das doenças cardiovasculares, Despacho nº. 16415/2003).

De acordo com Silva (2007) as taxas de mortalidade por 100.000 habitantes também são altas em pessoas mais novas e, embora não tenhamos dados universais sobre a incidência da doença, os poucos estudos efectuados em populações portuguesas sugerem uma proporção elevada relativamente a outras populações europeias com um nível de desenvolvimento similar.

Segundo Silva (2007) “ O AVC é a maior causa de morte em Portugal e é certamente a maior causa de incapacidade de longa duração e de diminuição da qualidade de vida”.

Assim, considerou-se pertinente e actual, a análise e reflexão sobre a temática do AVC.

Surge desta forma, um tema adequado à área das ciências da enfermagem, actual, exequível e de grande influência para a prática profissional.

Na introdução estão inseridos o tema e a sua justificação, os objectivos do trabalho, os tipos de pesquisa e o respectivo instrumento de recolha de dados e por fim os resultados do trabalho de forma sucinta. Na fase conceptual, são mencionados os temas que se consideram mais importantes para o estudo, ou seja, o conhecimento, de forma a fazer um enquadramento que sustente a investigação desenvolvida.

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Com efeito, para a realização deste estudo de investigação, utilizou-se um questionário que foi aplicado a uma amostra de 40 (quarenta) alunos do 3º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

Como objectivos académicos, pretende-se com a elaboração do projecto de investigação:

- Aplicar os conhecimentos metodológicos na abordagem da temática em estudo;
- Aprofundar os conhecimentos na área da investigação científica;
- Servir de instrumento de avaliação da unidade curricular;
- Aprofundar conhecimentos sobre a temática;

O método de investigação é entendido como um dispositivo específico de recolha ou análise de dados, em consonância com os objectivos traçados pelo investigador. Os objectivos da investigação pretendem dar resposta à questão de investigação.

De acordo com Fortin (2003) “ o objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação.”. Para melhor abordagem deste estudo definiu-se como objectivos de investigação:

- Identificar os conhecimentos dos alunos do 3º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, sobre o AVC;
- Identificar a influência do contacto com os doentes vítimas de AVC, no conhecimento dos alunos do 3º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da UFP sobre o AVC.

Como metodologia utilizada neste trabalho optou-se por um estudo exploratório-descritivo, inserido no paradigma quantitativo, como instrumento de colheita de dados utilizou-se um

## Acidente Vascular Cerebral:

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa  
questionário aplicado a uma amostra de 40 alunos do 3º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP, durante o mês de Abril de 2009.

É necessário perspectivar este estudo de forma clara e organizada. Pelo que se encontra dividido em várias partes: introdução, fase conceptual, fase metodológica, fase empírica e discussão dos resultados, conclusão e anexos.

Como principais conclusões retiradas deste estudo podemos dizer:

- A média de idades dos inquiridos é de 23 anos, sendo o máximo de 21 anos de idade e o mínimo de 42 anos.
- Quanto ao género dos inquiridos são maioritariamente do sexo feminino com 67% e do sexo masculino apenas 33%.
- A amostra (n=40), já realizou ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II.
- A amostra (n=40), já tiveram contacto com doentes vítimas de AVC, 100% dizem que sim.

Podemos ainda inferir que na sua maioria, tendo em conta a amostra seleccionada, alguns dos alunos inquiridos em várias afirmações não expressam opinião, poderá dever-se a falta de conhecimento sobre a temática em estudo ou meramente não quiseram responder.

## **I. FASE CONCEPTUAL**

Para desenvolver um trabalho de investigação torna-se necessário realizar uma pesquisa sobre alguns dos trabalhos realizados já anteriormente, revistas de importância científica e livros pertinentes e recentes, relacionados com a temática em estudo.

De acordo com Fortin (2003) o quadro teórico é:

“Função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação (...) que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo. Representa a ordenação dos conceitos e sub conceitos de terminados no momento da formulação do problema para suportar teoricamente a análise posterior do objecto em estudo.”

Deste modo, dada a problemática que se pretende estudar, na fase conceptual serão sobretudo abordados conceitos relacionados com AVC, de forma a serem atingidos os objectivos estabelecidos e a facilitar a sua compreensão.

### **1.1– Definição de AVC**

A expressão Acidente Vascular Cerebral (AVC) refere-se a um conjunto de sintomas de deficiência neurológica, resultantes de lesões cerebrais provocadas por alteração da irrigação sanguínea.

De acordo com Phipps (2003) “ O acidente vascular cerebral pode ser definido como um défice neurológico, de início súbito, que se prolonga por 24 horas”.

Sorensen e Luckman (1998) definem AVC como uma perturbação em que há perda súbita de consciência, ou perda da função motora ou sensorial, em consequência da ruptura ou oclusão de uma artéria cerebral.

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

O AVC é uma manifestação, muitas vezes súbita, de insuficiência vascular do cérebro de origem arterial: espasmo, isquemia, hemorragia, trombose. (Manuila, Lewalle e Nicoulin, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), refere AVC como o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais) da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular. (Nunes e Pereira 2005).

Silva (2007) diz “ O AVC corresponde à lesão cerebral resultante da interrupção aguda do fluxo sanguíneo arterial que pode surgir por uma obstrução do vaso provocada por um êmbolo/trombo (coágulo), pela pressão de perfusão cerebral insuficiente ou pela ruptura da parede da artéria.”

Para O’Sullivan (1993), a localização e a extensão exactas da lesão, determinam o quadro neurológico apresentado por cada doente. Estas lesões podem variar entre leves a graves.

## **1.2 – Etiologia do AVC**

Consideram-se a trombose, a hemorragia, a embolia e a isquemia cerebral transitória como sendo as causas imediatas de um AVC agudo.

Nos três primeiros casos produz-se uma área focal de hipoxia ou necrose celular, correspondente ao território irrigado pela artéria ou atingido pela hemorragia, podendo ser envolvida por uma zona de edema mais ou menos extensa.

## **1.3 – Tipos de AVC**

De acordo com as diversas etiologias os AVC são vulgarmente agrupados em diferentes tipos. Antunes (*cit. in* Martins 2002) “ (...) distingue três tipos de AVC: os hemorrágicos, os trombóticos e os embólicos.”

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Cambier (*cit. in* Martins 2002), “ (...) prefere agrupá-los em duas grandes classes – hemorrágicos e isquémicos, fazendo depois subclasses de acordo com a etiologia.”

“ O acidente isquémico transitório é um episódio, breve, de déficit neurológico, que faz remissão sem deixar efeitos residuais”. Phipps, (2003).

O AVC hemorrágico acontece quando existe uma ruptura de uma artéria causando um hematoma no cérebro. O AVC isquémico pode surgir por uma obstrução de um vaso provocada por um êmbolo/ trombo ou pela pressão de perfusão cerebral insuficiente.

No que diz respeito à tipologia territorial, esta pode ser como refere Martins (2002), “ (...) no território carotídeo – o síndrome de oclusão da carótida interna e da artéria cerebral média, anterior e posterior; e no território vertebro-basilar – trombose da artéria vertebral e seus ramos e trombose da artéria basilar e seus ramos.

No Síndrome da oclusão da artéria carótida interna pode originar-se um quadro clínico que varia com o calibre da artéria atingida e com a capacidade de compensação dos mecanismos anastomóticos.

Esta lesão tanto pode ser acompanhada de ausência de sintomatologia como pode dar origem ao coma, este tipo de lesão resulta num edema que vai provocar distorções importantes na massa encefálica o que por sua vez origina fenómenos compressivos a nível do tronco cerebral, uma das manifestações pode ser hemiplegia e afasia.

O síndrome da artéria cerebral anterior é geralmente originado devido a isquemia, este produz défices motores e sensitivos no membro inferior, quando as duas artérias têm a mesma origem a isquemia é bilateral, o que vai implicar um quadro clínico semelhante, parésia de origem medular. A incontinência urinária é também frequente nestas situações.

A lesão nos territórios distais da artéria cerebral posterior, resulta em sinais neurológicos.

As síndromes do território vertebro-basilar, são frequentemente isquemias transitórias podendo provocar amnésia global transitória, vertigens, mono ou hemiplegia, hemi-hemi-

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

hipostesia. Estes dois últimos podem ocorrer tanto em acidentes isquémicos transitórios carotídeos como nos vertebro-basilares.

#### **1.4 – Epidemiologia**

A Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC) citado por Correia, (2006) defende que em 1990, os AVC's foram responsáveis por 4,4 milhões de mortes em todo o mundo, e que em Portugal é, de entre todos os países da Europa Ocidental aquele com a maior taxa de mortalidade (nos homens 129 mortes por 100.000 habitantes e nas mulheres 107 mortes por 100.000 habitantes).

Segundo Silva (2007), Para além da morte (12% a 15% no primeiro mês após AVC) a incapacidade e a dependência condicionam as vítimas de um AVC. Trinta por cento ficam gravemente incapacitadas após um acidente agudo e muitas incapazes de retomar a vida activa.

“O Acidente Vascular Cerebral é uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal. È uma doença mais incapacitante que fatal, sabendo-se que cerca de 20% morre no 1º ano, os que sobrevivem ficam incapacitados e com défices motores e neurológicos que os tornam dependentes de outros. A prevalência é maior em homens que em mulheres e maior em negros que em brancos.” (Oliveira e tal., 2003).

Em 2005 morreram 107 462 portugueses, 34% dos quais por doença do aparelho circulatório, 22% por tumores malignos e 12% de causas desconhecidas. Das doenças do aparelho circulatório, o acidente vascular cerebral representa a maior fatia e, se considerada isoladamente, é a maior causa de morte em Portugal, correspondendo quase ao dobro das mortes por enfarte agudo do miocárdio (Silva, 2007).

#### **1.5 – Factores de risco**

O Grupo de Estudos das Doenças Cerebrovasculares da Sociedade Portuguesa de Neurologia (1997) define factor de risco:

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

“(…) uma característica ou um estilo de vida num indivíduo, ou numa população, que indica que esse indivíduo ou essa população tem uma probabilidade aumentada para AVC quando comparado com um indivíduo, ou uma população sem essa característica”.

Segundo Padilha, (2001) os factores de risco são classificados em duas categorias: factores de risco não modificáveis; dos quais fazem parte a idade, sexo, a raça, factores genéticos, fibrilhação auricular, cardiopatias trombogénicas e Acidente isquémico transitório (AIT) e factores de risco modificáveis, sendo hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus, álcool, dislipidémia, obesidade, contraceptivos orais e sedentarismo.

### **1.5.1 – Factores de risco não modificáveis**

**Idade** – O risco de AVC aumenta conforme a idade. Entre 60% e 75% da totalidade de AVCs ocorrem em pessoas com mais de 65 anos (Phipps, 2003).

**Sexo** – No homem, a incidência de AVC é ligeiramente superior provavelmente, devido a falta de vigilância de hipertensão e doença cardíaca (Phipps, 2003).

**Raça** – Os afro-americanos são duas vezes mais propensos a desenvolver AVC trombótico, e três vezes mais propensos a desenvolver AVC hemorrágico (Phipps, 2003).

**Factores genéticos** – Segundo vários autores verifica-se uma tendência significativa para a ocorrência de AVC's entre diferentes gerações, sendo a prevalência quatro vezes superior em doentes cujos pais também padecem desta patologia (André, 1999).

**Fibrilhação auricular** – Está associada ao aumento do risco de desenvolver um AVC em duas a sete vezes. Os doentes com alto risco devem fazer terapêutica com anticoagulantes em nível moderado, de forma a prevenir a formação de coágulos na corrente sanguínea (André, 1999).

**Cardiopatias trombogênicas** – Cerca de 10 a 25% dos doentes com cardiopatia desenvolvem AVC. Este risco é proporcional à gravidade da cardiomiopatia, e portanto

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

aumentado na presença de insuficiência cardíaca, grande dilatação de câmaras cardíacas, aneurismas do ventrículo esquerdo e trombo intracavitário (André, 1999).

**Acidente Isquémico Transitório** – O risco de sofrer um AVC num doente que sofreu um AIT é de cinco a seis vezes maior, em relação a um indivíduo da mesma idade, pelo menos nos dois anos seguintes com maior risco no primeiro mês após o AIT. Segundo alguns estudos, cerca de 40% destes doentes vêm posteriormente a sofrer AVC (André, 1999).

### 1.5.2 – Factores de risco modificáveis

**Hipertensão Arterial** – é um dos principais factores de risco para o aparecimento do AVC, seja hemorrágico ou não.

“A prevenção da hipertensão deveria ser encarada como uma prioridade nacional, uma vez que em Portugal é a principal causa de morte, (...) nunca é de mais insistir que a pior consequência de não tratar a hipertensão é a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais (AVC), o que implica a morte ou a incapacidade temporária e/ou permanente do indivíduo. (Carmona 2004). “

**Diabetes Mellitus** – Em diabéticos de ambos os sexos, o risco de desenvolver um AVC é duas vezes maior, o controle dos níveis de glicemia deve ser sempre realizado, pois constitui a maior determinante da possibilidade de prevenção das complicações vasculares da doença (André, 1999).

**Dislipidemia, obesidade e sedentarismo** – Não se pode estabelecer uma relação directa entre estes factores de risco, no entanto sabe-se que níveis moderados ou elevados de actividade física reduzem o risco cerebrovascular em homens de meia – idade ou mais idosos. Na prevenção primária da aterosclerose, devem ser atingidos valores de colesterol ligado a lipoproteína de baixa densidade (LCL) inferiores a 160 mg/dl (André, 1999).

**Álcool** – Existe uma relação particular entre a ingestão de bebidas alcoólicas e o risco de AVC. Diversos estudos confirmam que bebedores ligeiros têm menor risco de AVC do que

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

os abstémicos, mas os bebedores moderados a intensos tem um risco acrescido de AVC. O abuso de álcool aumenta, em especial, o risco de AVC hemorrágico (Ferro, 2000).

**Tabagismo** – O tabaco é o segundo factor de risco mais importante para o AVC. Após dois ou três anos depois da suspensão do consumo de tabaco, o risco de AVC é idêntico ao do não fumador. O fumo do tabaco pode aumentar cerca de três vezes o risco, sendo este demonstrado junto de indivíduos jovens tendo em conta o número de cigarros fumados (Ferro, 2000).

**Contraceptivos orais** – Diversos estudos mostraram uma relação entre o uso de contraceptivos orais em dose alta e um aumento do risco de AVC. O risco é maior nas mulheres com mais de 35 anos, nas mulheres com enxaqueca, fumadoras ou com hipertensão arterial. Os contraceptivos orais aumentam o risco de hemorragia e trombose venosa cerebral (Ferro, 2000).

Conhecendo os factores de risco para a doença vascular é possível reduzir a incidência do AVC diminuindo a prevalência dos mesmos factores na população e identificando os indivíduos no sentido de serem tratados. Recomendação do Grupo de Estudos das Doenças Cerebrovasculares da Sociedade Portuguesa de Neurologia (1997).

Neste sentido, a prevenção e modificação dos factores de risco dependem da aderência dos doentes aos programas de sensibilização e informação assim como, ao tratamento instituído.

## **1.6 – Alterações resultantes da lesão**

Os AVC's são uma causa importante de sequelas graves que incluem vários graus de parésias, hemiplegias, problemas de fala, alterações de visão e perturbações de memória. (Oliveira et al., 2003).

Do cérebro vêm os estímulos para movimentar os músculos, quando ocorre um AVC, a irrigação sanguínea torna-se insuficiente e ineficaz para activar estes estímulos, por conseguinte se este ocorre na metade direita do cérebro a lesão pode causar paralisia do lado

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

esquerdo, se ocorrer na metade esquerda do cérebro, pode originar não só a paralisia do lado direito como também perturbações da fala.

Hemiplegia é considerada a paralisiação de um lado do corpo, caracterizada por perda do tónus muscular normal nos membros afectados, devido a danos nos neurónios motores. A causa desta, pode ser provocada por doenças vasculares do cérebro como AVC, tumores ou traumas.

Segundo Martins (2002) “ A manifestação mais clássica do AVC é a hemiplegia. O doente hemiplégico apresenta problemas relacionados com a sua função motora e sensitiva pelo que se torna portador de uma deficiência (...) causando-lhe, assim, determinadas incapacidades”.

À paralisia de um dos lados do corpo (direito ou esquerdo) dá-se o nome de hemiplegia; a perda da capacidade da linguagem chama-se afasia. Outros problemas podem ocorrer como a perda de sensibilidade ou de força no lado afectado, perturbações do equilíbrio e alterações da visão.

### **1.7 – Deficiência, Incapacidade e desvantagem**

O AVC, pelo menos até à década de 70, estava imiscuído à perspectiva clássica da medicina, pois eram só considerados apenas os seus aspectos patológicos, etiologia e sintomas. Surge então a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o próprio portador da doença, na perspectiva, da satisfação das suas necessidades básicas; no seu papel no seio familiar, profissional e social; bem como de toda a perturbação na relação com os outros.

Em 2000 a OMS publicou a Classificação Internacional das Deficiências, incapacidades e Desvantagens (Handicaps).

De acordo com Martins M. (2002)” As consequências da doença podem apresentar três fenómenos de natureza diferente: a deficiência, a incapacidade e a desvantagem também chamada de handicap”.

O AVC causa deficiências a vários níveis sobre o indivíduo. Como refere Martins (2002 p.27), essas deficiências “significam perturbações, temporárias ou permanentes, ao nível de um órgão ou função (fisiológica, anatómica ou psicológica) que alteram o corpo, a aparência física ou a organização psico-patológica, qualquer que seja a causa”. É importante ter uma perspectiva mais abrangente deste conceito pois, como afirmam Pólvora *et al.* (1989), a deficiência não diz respeito apenas ao indivíduo mas a toda a sociedade. A pessoa deficiente tem direitos de cidadão e, como tal deve participar na vida de sociedade em pé de igualdade com os outros.

A classificação das incapacidades abrange os comportamentos e as actividades mais importantes da vida quotidiana: comportamento geral, postura corporal, locomoção, destreza, restrição da actividade, comunicação e cuidado pessoal. Esta classificação não é tão exaustiva como a das deficiências mas é mais ampla. (Martins 2002)

A desvantagem representa um impedimento sofrido, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe impede o desempenho de uma actividade considerada normal para o indivíduo, causando-lhe prejuízos inequívocos. Segundo um estudo da OMS (1989) a doença é uma situação intrínseca, exteriorizada na deficiência física e objectivada na incapacidade. A desvantagem é a tradução socializante de toda a situação. Nos casos dos doentes com AVC é possível considerar:

As deficiências podem ser neuropsicológicas (intelectuais, nível de consciência, percepção, atenção, concentração, memória, linguagem, humor, entre outras) ou músculo-esqueléticas, sensitivas ou motoras;

As deficiências motoras da face são as mais frequentes, originando paralisias da face e perturbações da expressão facial e da postura, devido ao desenvolvimento da espasticidade (Martins 2002)

As incapacidades verificam-se no desempenho das funções familiares (conjugais, parentais ou filiais), das actividades ocupacionais e nas actividades de vida diária.

As desvantagens mais relevantes são de orientação, de independência física, de mobilidade, da capacidade de ocupação e integração social, interferindo na qualidade de vida do doente.

A situação de doença e a atitude de cada individuo levam-no aos três níveis de: deficiência, incapacidade e desvantagem. A interligação destes três factores provoca alterações não só no

indivíduo mas também na sua família e no meio onde este se insere. Assim para o indivíduo pode diminuir: a sua autonomia, o seu auto cuidado, a mobilidade, as actividades de lazer e até a sua dependência económica. Na família pode existir uma alteração nas relações sociais relacionada com a mudança de papéis, dificuldades económicas ou mesmo relacionados com os cuidados a prestarem ao doente. Finalmente, e no que toca às alterações para a sociedade, pode-se verificar que as consequências mais visíveis serão a diminuição da produtividade, a integração social do indivíduo doente e ainda a utilização dos serviços de saúde OMS (1989).

## **1.8 – Tratamento**

Qualquer tipo de tratamento deve ser implementado tendo em conta: a fase de desenvolvimento da doença, o tipo de AVC, o grau de extensão da lesão bem como o tipo de doente. No que diz respeito à terapêutica deve-se actuar conforme as necessidades do doente, evitando e prevenindo riscos e complicações.

Segundo Martins (2002), ao nível farmacológico, de uma forma geral são utilizados antihipertensores (o controlo não deve ser brusco, devendo lentamente normalizar os valores de pressão arterial), antiagregantes plaquetários (usados na prevenção de acidentes tromboembólicos secundários), anticoagulantes (no tratamento de AVC's embólicos de origem cardíaca e AVC's em evolução, sendo contra-indicados nos hemorrágicos) e terapêutica para redução de edema cerebral.

### **1.8.1 - Tratamento trombolítico**

A ideia de se utilizar drogas trombolíticas no tratamento do AVC isquémico não é nova, havendo relatos da década de 50. Naquela época os resultados foram desfavoráveis e a taxa de complicações hemorrágicas foi muito alta (Sussman, 1958).

Isto deveu-se em parte, a limitações metodológicas e tecnológicas da época, como por exemplo, a indicação deste tratamento em doentes com muitas horas e até dias de evolução após o início do défice neurológico, além da falta de métodos de neuroimagem como a

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

tomografia de crânio, para a exclusão de diagnósticos diferenciais, como a hemorragia intraparenquimatosa.

Segundo um estudo do Nacional Institute of Neurological Disorders and Stroke Study (NINDS) utilizando o activador tecidual do plasminogénio (rtPA) intravenoso na dose 0,9 mg/kg, com dose máxima de 90 mg e vista terapêutica de no máximo 180 minutos, demonstrou resultados positivos em relação ao grupo controle com benefício absoluto de 11% a 13% e relativo de 32% na redução da incapacidade funcional ao fim de três meses.

Actualmente o número de casos que recebe este tratamento é ainda reduzido mas tendencialmente a aumentar, isto deve-se a vários factores como o atraso com que estes doentes chegam ao serviço de urgência, a ausência de infra-estruturas para este tratamento e o receio da equipa médica na sua aplicação, relacionada com os riscos hemorrágicos. O risco de hemorragia cerebral baseia-se no facto de que a oclusão tromboembólica do vaso provoca lesão isquémica do tecido cerebral adjacente e da própria parede vascular. A hemorragia cerebral secundária ao rtPA pode-se apresentar como enfarte hemorrágico ou hematoma intraparenquimatoso (Aguiar et al, 2003).

A hemorragia cerebral secundária ao tratamento trombolítico ocorre nas primeiras 24 a 36 horas, justificando-se por isso, a necessidade de uma monitorização rigorosa do nível de consciência, défice neurológico, elevação acentuada da pressão arterial, cefaleias e vômitos, sendo estes os sinais e sintomas que levam à suspeita de hemorragia cerebral (Phipps, 2003).

Por estas razões é importante o tratamento trombolítico na fase aguda do AVCI. A fim de reduzir os riscos de hemorragia cerebral, é recomendada a observação rigorosa de critérios de inclusão e de exclusão quanto ao uso de rtPA intravenoso em AVCI.

### **1.8.2 – Reabilitação**

As doenças cerebrovasculares (DCV's) são a maior causa de incapacidade na maioria dos países do mundo. As dificuldades apresentadas pelos doentes são de vários parâmetros, como: da marcha, dos movimentos dos membros, controle esfíncteriano, realização das

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

actividades de vida diária, comunicação, actividade sexual, depressão, actividades profissionais e de lazer.

O termo “reabilitação” quer dizer tornar a habilitar, permite aproveitar a capacidade máxima das funções de modo a permitir que o doente se adapte à vida de relação com o meio, conseguindo se possível, a integração essencialmente a três níveis: actividades de vida, relação com a família e relação com a sociedade (Martins, 2002)

Reabilitação envolve a utilização de técnicas e acções interdisciplinares, como o esforço conjunto de todos os profissionais e família, dentro e fora das instituições de saúde, e que deve ter como objectivo comum a melhoria e/ou reabilitação das funções diminuídas ou perdidas para preservar a capacidade de viver de cada indivíduo envolvido na acção de cuidar. “ O alvo de incidência da reabilitação não é, pois, apenas a pessoa doente, mas esta e o seu meio, desde a família à comunidade.” Martins, (2002).

Ao contrário do que se pensava inicialmente, a reabilitação é considerada um meio de extrema importância na recuperação de doentes com AVC. Contrariando assim o mito, que dizia que a sobrevivência destes doentes não era suficientemente longa para justificar o esforço da reabilitação; surgiram então vários estudos que provam a sua validade e benefícios para o doente (Okamoto, 1990).

A reabilitação é possível graças à enorme capacidade do cérebro em aprender e mudar. Hoje em dia sabe-se que as células de outras áreas do cérebro, que não foram afectadas pelo AVC, podem assumir determinadas funções realizadas pelas células da área afectada.

É portanto de extrema importância que a reabilitação do doente vítima de AVC se inicie o mais precoce possível, pois o grande objectivo da reabilitação é obter o grau máximo de independência física e psicológica, devendo o doente vítima de AVC desenvolver um nível de independência funcional não só no hospital, mas especialmente em casa e na comunidade.

O programa de reabilitação deve ser iniciado 48-72h após o AVC, actuando simultaneamente na prevenção das complicações respiratórias, mobilização dos membros, no treino do

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

equilíbrio do tronco, no treino da alimentação e estimulação cognitiva, garantindo a sua continuidade até 3-6 meses após o AVC (Martins, 2002).

Existem três estádios descritos por Bobath (*cit in Shirley 2000*), na recuperação após um AVC: um estádio inicial flácido sem qualquer movimento voluntário, substituído por um estádio de espasticidade e padrões de movimentos massivos chamados sinergias, e o estádio de relativa recuperação em que a espasticidade declina e em que são possíveis padrões avançados de movimento. Estes estádios são sequenciais e muitos utentes atingem plataformas em qualquer deles.

A redução da taxa de mortalidade, o internamento nos hospitais, a incapacidade funcional, as complicações pós AVC, são algumas das principais metas a atingir com a colocação na prática de um programa de reabilitação.

A OMS estabelece como objectivo para 2015, que aos 90 dias após AVC, 70% dos indivíduos afectados sejam independentes nas actividades de vida diária. Para o atingir é necessário que todos os doentes com AVC tenham acesso a um contínuo de cuidados organizados desde a fase aguda até à reabilitação passando pela prevenção secundária.

### **1.9 – O papel do enfermeiro face ao doente com AVC**

O ser humano desempenha, normalmente, um conjunto de actividades no intuito de preservar a sua vida, saúde e bem-estar. As actividades desenvolvidas por cada homem não são mais do que respostas para a satisfação das suas necessidades.

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

múltiplos factores frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.” Ordem dos enfermeiros, (2005).

Das definições clássicas de enfermagem, destacamos a definição formulada por Virginia Henderson (1966), que descreve a função da enfermagem como:

“ (...) Ajudar o indivíduo, saudável ou doente, na execução das actividades que contribuem para conservar a sua saúde ou a sua recuperação, de tal maneira, devendo desempenhar esta função no sentido de tornar o indivíduo o mais independente possível, ou seja, a alcançar a sua anterior independência”.

Segundo esta perspectiva, o enfermeiro deve ajudar o doente na satisfação das suas necessidades, apelando para o auto cuidado e, em caso algum, substituir a pessoa nas actividades que ela possa realizar por si. De salientar que o modelo de Henderson ainda hoje exerce enorme influência, tanto no contexto da disciplina de enfermagem, como no exercício da profissão.

De acordo com Delisa (*cit in* Christiansen 1992), no doente com AVC, as actividades de vida diária (AVD's) são influenciadas em diversos graus, de acordo com a gravidade da situação, passando normalmente o indivíduo de um estado de dependência, anterior ao AVC, para um grau de dependência no desempenho dessas actividades.

A independência funcional do doente vítima de AVC fica altamente comprometida, sendo de extrema importância o desenvolvimento de um programa que auxilie o doente acometido pela doença cerebral vascular a alcançar a sua independência no desempenho de actividades da vida diária.

O papel do enfermeiro é de extrema importância na reabilitação destes doentes, pois “ a primeira intervenção da equipe de enfermagem visa a identificação do tipo de ajuda de que o doente necessita. Analisando as suas capacidades para o autocuidado (...). Martins, (2002).

A recuperação de um doente com um AVC tem início desde a sua admissão. No entanto, o grande desafio para os profissionais de enfermagem, no que diz respeito aos cuidados a dispensar com estes doentes, apresenta-se após este ter passado a fase aguda. Assim torna-se

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

necessário fazer face a um longo e lento processo de aprendizagem, da utilização das capacidades que restam ou podem ser reaprendidas, e fazer um ajustamento às limitações do doente.

O enfermeiro planeia um conjunto de actividades que realizadas juntamente com o doente ajudam a alcançar a independência funcional no desempenho das AVD's, sendo elas:

**Auto – cuidado comer/beber** – Os doentes vítimas de AVC podem ser incapazes de se alimentarem sozinhos, devido à incapacidade de levar os alimentos à boca, causado pela perda de amplitude de movimento ou coordenação. É importante também avaliar o reflexo de vômito para testar os mecanismos de deglutição, pois a disfagia é uma complicação comum, que condiciona a selecção adequada da consistência dos alimentos.

**Auto – cuidado Higiene** – As actividades comuns como por exemplo pentear o cabelo podem estar comprometidas no doente com AVC, sobretudo devido a problemas de mobilidade, confusão mental e distúrbios da imagem corporal.

**Auto – cuidado vestir/ despir** – Após um AVC poderão evidenciar-se alguns défices perceptivos, dependendo a sua extensão do local da lesão, sendo que as lesões do hemisfério não dominante (que para a maioria dos indivíduos é o direito), produzem distúrbios da percepção, como por exemplo a apraxia, sendo esta muito frequente nos doentes vítimas de AVC, pois estes não têm a capacidade para programar uma sequência de movimentos, apesar das funções motoras e sensoriais estarem aparentemente conservadas, desta forma o doente apresenta incapacidade para realizar o acto de vestir/despir.

**Incontinência dos esfíncteres e obstipação** – É um problema que afecta muitos doentes vítimas de AVC, inicialmente, o controle da bexiga está muitas vezes comprometido, mas a normalização tende a processar-se rapidamente. A polaquiúria, urgência urinária e incontinência são problemas comuns nos primeiros dias após AVC, também a obstipação constitui frequentemente um problema sério, devido à perda de tónus muscular da parede intestinal.

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

**Comunicação** – As alterações a nível da comunicação são frequentes nos doentes vítimas de AVC, por obstrução da artéria cerebral média no hemisfério esquerdo. A disartria é um distúrbio na dificuldade em formar a palavra e não um problema de linguagem. Esta alteração pode em alguns doentes levar a depressão.

**Mobilidade** – Depois de ultrapassada a fase aguda, o doente com AVC desenvolve espasticidade – padrão espástico, pelo que deve ser posicionado em padrão anti-espástico. Os posicionamentos têm características concretas, sendo influenciados pelo estado do doente e passam por princípios anatómicos, nutricionais e pela temperatura corporal, assumindo por isso o primeiro passo na recuperação do doente vítima de AVC.

O posicionamento em decúbito dorsal é considerado o mais promotor de espasticidade, pelo que o mais terapêutico seja o decúbito para o lado afecto pois é o mais promotor da sensibilidade proprioceptiva.

Embora a espasticidade seja uma das manifestações mais evidentes do doente com AVC, é frequente a existência de outras alterações, entre as quais alterações a nível da mobilidade, da comunicação, da alimentação e da eliminação.

A hemiplegia é uma alteração da mobilidade, sendo uma das sequelas mais frequentes nos doentes vítimas de AVC.

O doente necessita de ajuda total para satisfazer as suas necessidades e compete ao enfermeiro encorajá-lo a colaborar no máximo de actividades possíveis. É importante para o doente que exista uma sensação de capacidade, um sentimento de realização pessoal. Por exemplo, o enfermeiro deve instruir o doente de modo a que este se possa transferir da cama para a cadeira de rodas e desta para a sanita, servindo-se do lado não afectado. Nestes e noutros exercícios, é importante que o enfermeiro esteja presente, quer para auxiliar em caso de necessidade, quer para poder observar e tomar nota do estado de evolução do doente. Preferencialmente o doente deve ser abordado pelo lado afectado, de modo a facilitar um estímulo de facilitação cruzada.

Assim, é importante relembrar também que o doente deve ser abordado pelo lado afectado, de modo a criar um estímulo ao lado lesado, assim como a organização da unidade do doente (Martins, 2002).

O profissional de enfermagem deve direccionar-se persistentemente, para a prevenção da incapacidade e contribuir para que nenhuma parte do corpo permaneça em flexão, durante períodos de tempo suficientes para que ocorra um encurtamento do músculo e alterações articulares, que possam interferir na função normal da articulação.

Assim, os cuidados de enfermagem centram-se fundamentalmente nos posicionamentos do doente hemiplégico. A permanência no leito por longos períodos de tempo é uma das principais causas do aparecimento de úlceras de pressão.

**Perturbação emocional e depressão** – Os distúrbios a nível emocional revelam no doente um conjunto de sentimentos de ansiedade, tristeza, impotência e improdutividade, que devem ser levados em conta, na prestação dos cuidados de enfermagem, pois é uma área que pode ser seriamente perturbada. A dificuldade em aceitar a sua imagem corporal, bem como a interiorização das suas limitações podem levar a depressão.

As intervenções de enfermagem dirigidas a um doente vítima de AVC passam pelos posicionamentos, mobilizações, organização da unidade do doente, desenvolvimento de actividade terapêutica e o suporte das necessidades básicas.

A alta do doente vítima de AVC bem como a continuidade do programa de reabilitação deve ser planeada desde que o doente entra no hospital até à sua saída, tendo em conta as necessidades do doente. De acordo com Smith (1997) a alta deve ser iniciada no momento que o doente entra no hospital, sendo função do enfermeiro integrar no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem ao indivíduo e família na preparação da alta.

Os cuidados domiciliários devem ser programados antes da alta, assim o envolvimento quer do doente quer da família no planeamento e concretização dos cuidados de saúde, assumem um importante papel na garantia da continuidade de cuidados.

Após a fase aguda, alguns doentes com AVC são referenciados para unidades de internamento que visam a promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os doentes.

Assim de acordo com o programa de XVII Governo Constitucional, foi criada em 2005 a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência, com o objectivo de ser construído um modelo de intervenção em matéria de cuidados continuados integrados, destinados a pessoas em situação de dependência.

Através do Ministério da Saúde (2006) foi criado o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho que entende por cuidados continuados integrados:

“(...) o conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.”

A necessidade de promover a adequação dos serviços decorrentes do aumento de incidência dos diferentes níveis de dependência justificou a dinamização da rede de cuidados continuados.

## **II. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

A investigação científica caracteriza-se como sendo um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real em que vivemos. A nível pessoal permite um alargamento e exploração de conhecimentos de carácter científico encontrando respostas a questões que carecem ser investigadas. “ A investigação científica é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação.”Fortin (2003).

Assim, no domínio de investigação em enfermagem corresponde sensivelmente aos conceitos próprios de enfermagem, sendo estes: pessoa, meio ambiente, cuidado de Enfermagem e a relação entre eles.

O que determina uma correcta pesquisa científica é a adopção de uma metodologia de trabalho, que de acordo com Fortin (2003), “ (...) é um conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.”

No decurso da fase metodológica, procurou-se determinar os métodos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação colocadas. Torna-se necessário escolher um desenho apropriado para, explorar e descrever um fenómeno, examinar associações e diferenças. Aqui fez-se abordagem ao problema de investigação, definiu-se a população, a amostra e o instrumento de colheita de dados.

### **2.1. - Questões de investigação**

De acordo com Fortin (2003) “ A questão de investigação é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”.

Deste modo, e de acordo com os objectivos deste trabalho, procuramos responder às seguintes questões:

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

- Quais os conhecimentos dos alunos do 3º ano de Enfermagem da UFP sobre o AVC?
- A realização do ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II é preponderante para os conhecimentos dos alunos do 3º ano de Enfermagem da UFP?
- O contacto com doentes vítimas de AVC influencia os conhecimentos dos alunos do 3º ano de Enfermagem da UFP?

## **2.2. - Objectivos do estudo**

- Identificar os conhecimentos dos alunos do 3º ano de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, sobre o AVC;

- Identificar os temas em que existe défice de informação sobre AVC, nos alunos do 3º ano de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

## **2.3. - Considerações éticas**

De acordo com Fortin (2003), qualquer estudo/investigação suscita o surgimento de questões morais e éticas, pelo que é necessário proteger os direitos e liberdades dos indivíduos que participam no estudo.

A ética exerce um poder sobre a sociedade para proteger todos os indivíduos, mas principalmente aqueles que não se podem proteger a si mesmo. Os estudos de investigação acarretam questões de ordem moral, daí a necessidade de salvaguardar os direitos e liberdades dos indivíduos que participam no estudo.

Assim, pretende-se neste estudo respeitar os cinco princípios éticos, sendo eles: direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito à confidencialidade e anonimato, direito à protecção contra o desconforto e prejuízo e direito a tratamento justo e leal.

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

**Direito à autodeterminação** – Os sujeitos que participam no estudo têm o direito de decidir livremente sobre a sua participação no estudo ou o direito de se retirarem a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os próprios, o investigador não pode influenciar a tomada de decisão dos sujeitos, bem como o material utilizado ter como finalidade, o estudo.

**Direito à intimidade** – Os sujeitos que participam no estudo têm o direito de decidir quanto à quantidade de informação a transmitir aquando da participação na investigação.

**Direito à confidencialidade e anonimato** – A identidade dos intervenientes no estudo de investigação deve ser confidencial e anónima.

**Direito à protecção contra o desconforto e prejuízo** – Refere a protecção dos sujeitos contra inconvenientes susceptíveis de provocarem danos de ordem física, psicológica, legal ou económica.

**Direito a tratamento justo e leal** – os intervenientes no estudo têm o direito a receber um tratamento equitativo, antes, durante e após a sua participação no processo de investigação.

#### **2.4. - Tipo de estudo**

Pela natureza do estudo que se pretende efectuar, a estratégia de investigação utilizada visa a metodologia de investigação exploratória-descritiva, transversal, inserida num paradigma quantitativo, desenvolvida em meio natural.

Fortin (2003), refere que a investigação exploratória – descritiva “ (...) consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido”.

Os estudos exploratórios têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias com vista à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (Fortin, 2003).

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Fortin (2003), refere que, “os estudos descritivos visam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação”.

Trata-se de um estudo transversal, pois pretende verificar-se o conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa.

O questionário foi aplicado em meio natural, ou seja, segundo Fortin (2003), o estudo fora de laboratório denomina-se estudo em meio natural, o que significa que ele se faz fora de locais fortemente controlados, como são os laboratórios. O presente estudo realizou-se na Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa.

## **2.5. - População Alvo**

A população é um conjunto de indivíduos que têm interesse ao investigador para aplicar o seu estudo, “ A população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns; definidas por um conjunto de critérios.” Fortin (2003).

A população alvo é constituída pelos alunos do 3º ano de Enfermagem da UFP.

## **2.6. - Amostra**

De acordo com Fortin (2003), “O plano de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para seleccionar a amostra (...)”

A amostra estudada é constituída por quarenta (40) alunos do 3º ano de Enfermagem da UFP, do ano lectivo 2008/2009. Em que cinco alunos realizaram o pré-teste, o qual não necessitou de alterações.

## **2.7. - Processo de Amostragem**

No processo de selecção dos elementos para a amostra, foi escolhida a amostragem não aleatória acidental, por nos parecer mais adequada ao estudo e tempo disponível para a colheita de dados.

Segundo Fortin (2003) “ (...) no método de amostragem não aleatória acidental, a amostra é formada por sujeitos acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...) os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado”.

## **2.8. - Variáveis**

As variáveis utilizadas neste estudo são classificadas como variáveis independentes, dependentes e de atributo.

“ As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.” Fortin (2003).

A variável independente segundo Fortin (2003) “é a que o investigador manipula (...) para medir o seu efeito na variável dependente”.

Assim as variáveis independentes são: Realização de ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II e o contacto com doentes vítimas de AVC”.

De acordo com Fortin (2003) as variáveis atributo são “ (...) as características dos sujeitos num estudo. Estas geralmente são variáveis demográficas: idade, escolaridade, sexo, estado civil, rendimento, etnia, etc.” As variáveis atributo neste estudo são: Idade e género.

A variável dependente segundo Fortin (2003) “é a que sofre o efeito esperado da variável independente, é o comportamento, a resposta, ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”.

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Assim a variável dependente do estudo é: “Conhecimento dos alunos do 3º ano de Enfermagem da UFP sobre o AVC”.

## **2.9. – Instrumento de colheita de dados**

O planeamento e colheita de dados visam fornecer os dados necessários para a elaboração de respostas às questões e hipóteses levantadas. Assim e segundo Fortin (2003):

“A colheita de dados efectua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados bem como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efectuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for o caso disso.”

Para efectuar uma colheita de dados capaz de validar o conhecimento e a compreensão da realidade de um estudo, através de um método científico, é necessária a utilização de um instrumento de colheita de dados.

No que se refere ao instrumento de colheita de dados, Fortin (2003) refere que: “Antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tenha necessidade para responder aos objectivos da sua investigação”.

Face à análise da população e ao estudo, optou-se como instrumento de recolha de dados, o questionário estruturado. Fortin (2003), refere que: “Um questionário (...) é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.”

Para o presente estudo, escolheu-se o questionário que se encontra em anexo (AnexoI), como instrumento de colheita de dados, por este ser o mais pertinente para o estudo, pois possibilita atingir um grande número de alunos; é de fácil aplicação; implica menores gastos; garante o anonimato das respostas; permite que os alunos respondam no momento em que julgarem mais conveniente, embora dentro de um prazo pré-definido; garante a veracidade das

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

respostas; é um instrumento uniforme de aplicação aos diferentes alunos e facilita a análise dos dados e resultados obtidos.

O questionário é composto por duas partes: a primeira parte diz respeito a questões, chamadas fechadas, que consistem em dados gerais que ajudam a caracterizar a amostra. A outra parte consiste em questões abertas, em que se pretende saber os conhecimentos dos alunos relativamente ao AVC.

### **2.9.1 – Pré – Teste**

“ O pré-teste consiste no preenchimento por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.” Fortin (2003).

O pré-teste aplicou-se a título experimental a 5 alunos do 3º ano da licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, que posteriormente não estiveram incluídos na amostra, no dia 9 de Abril de 2009, com a finalidade de verificar se as questões se encontravam correctamente formuladas e avaliar a sua eficácia e pertinência, da sua aplicação não foi preciso proceder a alterações em função das opiniões dos alunos a quem foi aplicado o pré-teste.

### **2.10 - Tratamento e análise dos dados**

Após colheita dos dados através do questionário aplicado procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados. O estudo estatístico foi efectuado utilizando o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 16.0 para ambiente Windows.

O tratamento estatístico engloba a estatística descritiva, onde foram utilizadas frequências absolutas, relativas, as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão e variância).

#### Acidente Vascular Cerebral:

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Os resultados foram apresentados sob a forma de quadros, com a respectiva descrição. O objectivo da apresentação de quadros visa reforçar os principais elementos úteis para o leitor, realçando os factos significativos e as relações significativas descobertas.

### **III. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS**

O presente trabalho de investigação está direccionado para o conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da UFP e perante a metodologia utilizada, tentou-se apresentar, descrever e analisar os dados colhidos no sentido de atingir os objectivos propostos.

Após a colheita de dados procedeu-se ao seu tratamento e análise, através de uma compilação estatística, proporcionando a distribuição de cada uma das variáveis por quadros e frequências.

Segundo Fortin (2003) “A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo segundo se trata de explorar ou descrever os fenómenos, ou de verificar relações entre variáveis.”

Concluída a fase anterior, estão reunidas as condições necessárias para se apresentar o estudo estatístico efectuado com base nos dados recolhidos, através dos 40 questionários.

Os resultados serão apresentados conforme a ordem do questionário pelo que se encontra dividido em duas partes, a primeira corresponde à caracterização da amostra e contém seis perguntas (idade, género dos inquiridos, se está matriculado no 3.º ano pela primeira vez, se já realizou ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II, em que local foi realizado o ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II e se já teve contacto com vítimas de AVC).

A segunda parte corresponde aos objectivos da investigação em que foi elaborada uma escala do tipo *Likert*. Está organizada em 24 afirmações com cinco opções de resposta (Concordo totalmente; Concordo; Sem opinião; Discordo; Discordo Totalmente).

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Conjuntamente à análise de dados, tornou-se pertinente a discussão dos resultados obtidos no estudo e confrontando-os com a opinião dos diferentes autores, no sentido de reflectir também, se foi possível dar resposta aos objectivos definidos para o estudo.

### Caracterização da amostra

A amostra utilizada neste estudo de investigação é constituída por 40 alunos da Universidade Fernando Pessoa a frequentar o 3.º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem. A média de idades dos inquiridos é de 23 anos, sendo o máximo de 21 anos de idade e o mínimo de 42 anos, como se pode verificar no gráfico 1.

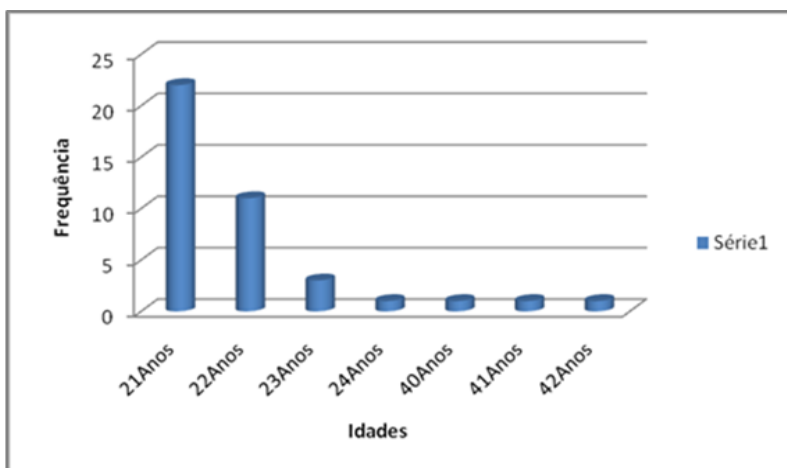


Gráfico 1 - Distribuição da amostra em relação as Idades

Relativamente ao género dos inquiridos, verifica-se que são maioritariamente do sexo feminino com 67% e do sexo masculino apenas 33%, como se pode constatar no gráfico 2.

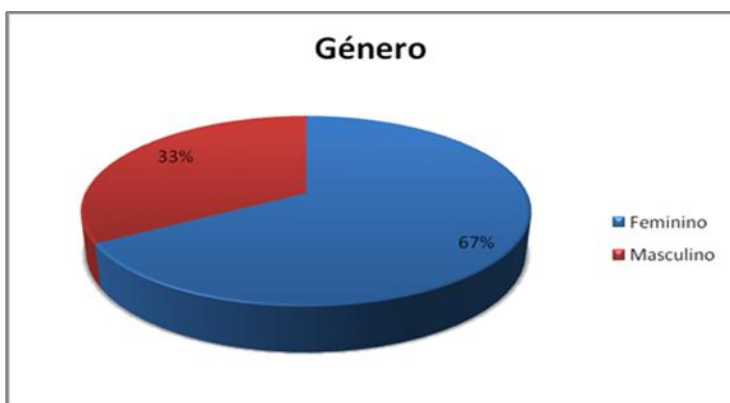


Gráfico 2 - Distribuição da amostra em relação ao Género.

Acidente Vascular Cerebral:

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Quando questionados se é a primeira vez que estão matriculados no 3.º ano do curso da licenciatura em Enfermagem, 92,5% dos inquiridos responderam que sim e 7,5% dos inquiridos responderam que não.

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Sim	37	92,5
Não	3	7,5
Total	40	100,0

**Quadro 1 - Distribuição da amostra relativamente se é a primeira vez que está matriculado no 3.º ano do curso da licenciatura em enfermagem.**

Como se pode verificar no quadro 2, 100% dos inquiridos já realizou ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II.

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Sim	40	100,0
Total	40	100,0

**Quadro 2 - Distribuição da amostra sobre se já realizou ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II.**

### Acidente Vascular Cerebral:

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

De acordo com o quadro 3, verifica-se que 65,8% dos inquiridos realizou ensino clínico no Hospital de Agudos (onde se realiza trombólise), 9,8% num Hospital de Sub-Agudos e 24,4% numa Unidade de Convalescença.

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Hospital de Agudos (onde se realiza trombólise)	26	65,8
Hospital de Sub-Agudos	4	9,8
Unidade de Convalescença	10	24,4
Total	40	100,0

**Quadro 3 - Distribuição da amostra sobre o local onde realizou ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II.**

Quando os inquiridos são questionados sobre se já tiveram contacto com doentes vítimas de AVC, 100% dizem que sim.

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Sim	40	100,0
Total	40	100,0

**Quadro 4 - Distribuição da amostra acerca do contacto que esta teve com vítimas de AVC.**

**Conhecimento dos Alunos do 3.º ano do curso da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre AVC.**

Questões	Concordo Totalmente		Concordo		Sem Opinião		Discordo		Discordo Totalmente	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 -A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera a definição de AVC como o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular.	35	<b>87,8</b>	5	<b>12,2</b>						
2 - Dificuldade ou incapacidade de se expressar verbalmente, diminuição da força de um dos lados do corpo, desvio da comissura labial, alterações do campo visual são alguns dos sinais e sintomas de um AVC.	37	<b>92,6</b>	3	<b>7,3</b>						
3- Actualmente o AVC é considerado a 1ª causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas.	21	<b>53,6</b>	14	<b>34,1</b>	2	<b>4,9</b>	3	<b>7,3</b>		
4 - O AVC é encarado como uma doença da terceira idade.			20	<b>51,2</b>	10	<b>20,4</b>	8	<b>19,5</b>	2	<b>4,9</b>
5 - São factores de risco modificáveis a hipertensão, diabetes mellitus e tabagismo.	18	<b>46,3</b>	12	<b>29,3</b>	9	<b>22</b>	1	<b>2,4</b>		

Acidente Vascular Cerebral:

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

6 - O enfermeiro tem um papel fundamental na educação para a saúde para prevenção do AVC.	29	<b>73,1</b>	11	<b>26,8</b>						
7 - AVC isquémico acontece quando existe uma ruptura de uma artéria causando um hematoma no cérebro.					13	<b>31,7</b>	25	<b>63,4</b>	2	<b>4,9</b>
8 - As alterações resultantes das lesões não têm a ver com o tipo de AVC mas sim com o território cerebral atingido.			23	<b>58,5</b>	15	<b>36,6</b>	2	<b>4,9</b>		
9 - A manifestação mais clássica do AVC é a hemiplegia.			37	<b>92,6</b>	3	<b>7,3</b>				
10 - As consequências do AVC podem apresentar três fenómenos de natureza diferente, a deficiência, a incapacidade e a desvantagem.			5	<b>12,2</b>	32	<b>80,4</b>	3	<b>7,3</b>		
11 - No tratamento do AVC, a nível farmacológico podem ser utilizados antihipertensores, anticoagulantes e antiagregantes plaquetários.			31	<b>78</b>	9	<b>22</b>				
12 - O objectivo da reabilitação é obter o grau máximo de independência física e psicológica, devendo o doente desenvolver um nível de independência funcional não só no hospital, mas especialmente em casa e na	7	<b>17,1</b>	33	<b>82,9</b>						

Acidente Vascular Cerebral:

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

comunidade.										
13 - Preferencialmente o doente não deve ser abordado pelo lado afectado, de modo a facilitar um estímulo de facilitação cruzada			3	<b>7,3</b>	30	<b>75,6</b>	7	<b>17,1</b>		
14 - Durante o internamento o enfermeiro deve satisfazer e promover as necessidades de auto cuidado do doente vítima de AVC.	10	<b>24,4</b>	22	<b>56,1</b>	8	<b>19,5</b>				
15 - Os posicionamentos têm características concretas e são o primeiro passo na recuperação do indivíduo.			20	<b>51,2</b>	16	<b>39</b>	4	<b>9,8</b>		
16 - O hemisfério esquerdo é o dominante para a linguagem, quando este é afectado, o AVC pode dar origem a uma perturbação da linguagem, designada por disfagia.			15	<b>36,6</b>	15	<b>36,6</b>	7	<b>17,1</b>	3	<b>9,7</b>
17 - A polaquiúria, urgência urinária e incontinência são problemas comuns nos primeiros dias após AVC.	3	<b>7,3</b>	30	<b>75,6</b>	7	<b>17,1</b>				
18 - Quando a lesão se dá em território da artéria carótida interna, uma das manifestações pode ser hemiplegia e afasia.			7	<b>17,1</b>	31	<b>78</b>	2	<b>4,9</b>		
19 - Os cuidados com o posicionamento são influenciados pelo estado do doente e passam por princípios anatómicos, neuromusculares, nutricionais e pela	5	<b>12,2</b>	5	<b>12,2</b>	28	<b>70,7</b>	2	<b>4,9</b>		

temperatura corporal.										
20 - Os cuidados domiciliários devem ser programados antes da alta, de forma a garantir a continuidade dos cuidados.	29	<b>71,1</b>	11	<b>26,8</b>						
21 - Após a fase aguda o doente com AVC é referenciado para uma unidade de internamento que visa a promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os doentes.	10	<b>24,2</b>	26	<b>65,8</b>	4	<b>9,8</b>				
22 - O decúbito para o lado afectado é considerado o mais terapêutico devido à promoção da sensibilidade proprioceptiva.	29	<b>73,1</b>	7	<b>17,1</b>	4	<b>9,8</b>				
23 - Na fase pós aguda uma das intervenções de enfermagem visa a promoção da nutrição, pelo que se deve estimular inicialmente o reflexo de vômito para testar a deglutição.	12	<b>29,3</b>	26	<b>65,8</b>	2	<b>4,9</b>				
24 - O decúbito dorsal é considerado o mais promotor de espasticidade.	3	<b>7,3</b>	32	<b>80,4</b>	5	<b>12,2</b>				

**Quadro 5 - Distribuição da amostra referente ao conhecimento dos alunos do 3.º ano da licenciatura em enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre o AVC.**

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Relativamente à expressão “A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera a definição de AVC como o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais ou globais da função cerebral, com sintomas que perduram por um período superior a 24 horas ou conduzem à morte, sem outra causa aparente que a de origem vascular”, 87,8% dos inquiridos concorda totalmente com a expressão e 12,2% apenas concorda. A totalidade da amostra em estudo (n=40) respondeu Concordo totalmente/concordo, podemos inferir que os alunos do 3ºano demonstram conhecimento relativamente à definição de AVC.

Na afirmação: “Dificuldade ou incapacidade de se expressar verbalmente, diminuição da força de um dos lados do corpo, desvio da comissura labial, alterações do campo visual são alguns dos sinais e sintomas de um AVC”, verifica-se que 92,6% dos inquiridos concorda totalmente com a expressão e 7,3% responderam que apenas concorda.

Assim e de acordo a Sociedade Portuguesa do AVC cit in Silva (2007), (...) isolou três sinais de alarme: falta de força num braço, boca ao lado e dificuldade em falar. Nesta afirmação 100% da amostra respondeu afirmativamente, podemos deduzir que os alunos inquiridos estão sensibilizados para os sinais e sintomas de um AVC, talvez por já terem realizado o ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II e terem tido contacto com doentes vítimas de AVC.

Ao analisar a expressão “Actualmente o AVC é considerado a 1ª causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas”, constatou-se que 53,6% concorda totalmente, 34,1% concorda, 4,9% não têm opinião e 7,3% discorda da expressão.

Reflectindo sobre os resultados que dizem respeito à afirmação acima descrita, verifica-se que estão de acordo com o que diz a Direcção Geral de Saúde: “As doenças cardiovasculares, nomeadamente os AVC (...), são a principal causa de mortalidade em Portugal, (...) contando-se também, entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa.” (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das doenças cardiovasculares, Despacho nº. 16415/2003). E ainda com o que diz a Direcção Geral de Saúde (cit in Nunes e Pereira 2005), O AVC è a primeira causa de morte em Portugal e a principal causa de incapacidade nas pessoas idosas. A grande maioria dos alunos inquiridos estão sensibilizados para o aumento do AVC em Portugal, podemos inferir que se deva aos locais onde realizaram ensino clínico, e todos terem tido contacto com os doentes vítimas de AVC.

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Na expressão “O AVC é encarado como uma doença da terceira idade”, observa-se que 51,2% dos inquiridos concorda com a mesma, 20,4% não têm opinião, 19,5% discorda e apenas 4,9% discorda totalmente da expressão. Após a sua análise verifica-se que metade dos alunos inquiridos concorda com a afirmação, contrariando o que diz Silva (2007), “ O AVC não é exclusivo de nenhum grupo etário. Embora seja mais frequente nas pessoas mais velhas, não é de modo nenhum exclusivo dos idosos” e “as taxas de mortalidade por 100.000 habitantes também são altas em pessoas mais novas e, embora não tenhamos dados universais sobre a incidência da doença, os poucos estudos efectuados sugerem uma proporção elevada relativamente a outras populações europeias com um nível de desenvolvimento similar”.

Podemos inferir que a maioria dos alunos inquiridos poderá ter tido contacto com vítimas de AVC idosas durante o ensino clínico que realizaram, o que poderá ter influenciado as suas respostas à afirmação acima referida.

Segundo a expressão “São factores de risco modificáveis a hipertensão, diabetes mellitus e tabagismo”, pode-se referir que 46,3% concorda totalmente, 29,3% concorda, 22% não têm opinião e 2,4 discorda da expressão. A maioria da amostra respondeu afirmativamente, o que vai ao encontro do que dizem os autores: A prevenção da hipertensão deveria ser encarada como uma prioridade nacional, uma vez que em Portugal é a principal causa de morte, (...) nunca é de mais insistir que a pior consequência de não tratar a hipertensão é a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais (AVC), o que implica a morte ou a incapacidade temporária e/ou permanente do indivíduo. (Carmona 2004).

Em diabéticos de ambos os sexos, o risco de desenvolver um AVC é duas vezes maior, o controle dos níveis de glicemia deve ser sempre realizado, pois constitui a maior determinante da possibilidade de prevenção das complicações vasculares da doença (André, 1999).

O tabaco é o segundo factor de risco mais importante para o AVC. Após dois ou três anos depois da suspensão do consumo de tabaco, o risco de AVC é idêntico ao do não fumador. O fumo do tabaco pode aumentar cerca de três vezes o risco, sendo este demonstrado junto de indivíduos jovens tendo em conta o número de cigarros fumados (Ferro, 2000).

Pode-se inferir que os alunos inquiridos apresentam conhecimentos sobre quais são os factores de risco modificáveis de um AVC, poderão estar sensibilizados que através das educações para a saúde seja possível modificar comportamentos de risco. Uma vez que na

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

seguinte expressão verifica-se que 73,1% concorda totalmente e 26,8% concorda com a “O enfermeiro tem um papel fundamental na educação para a saúde para prevenção do AVC”.

Através da análise da expressão “AVC isquémico acontece quando existe uma ruptura de uma artéria causando um hematoma no cérebro”, constata-se que 31,7% não têm opinião, 63,4% discorda e apenas 4,9% discorda totalmente. A grande maioria dos alunos inquiridos discorda totalmente/ discorda da afirmação pois de acordo com Silva (2007) “O AVC corresponde à lesão cerebral resultante da interrupção aguda do fluxo sanguíneo arterial que pode surgir por uma obstrução do vaso provocada por um êmbolo/ trombo (coágulo), pela pressão de perfusão cerebral insuficiente ou pela ruptura da parede da artéria. Nos dois primeiros casos, mais frequentes, falamos de AVC isquémico ou enfarte cerebral; no segundo, de AVC hemorrágico ou hemorragia cerebral.

Na sua maioria os alunos inquiridos responderam discorda totalmente/discorda com a afirmação, no entanto ainda existem 31,7% que não expressaram opinião, mas como a expressão em análise é falsa, pois refere-se à definição de AVC hemorrágico, podemos inferir que os alunos inquiridos que não responderam podem ter achado a afirmação confusa decidindo portanto não responder ou por apresentarem alguma confusão com os diversos tipos de AVC.

Em relação à expressão “As alterações resultantes das lesões não têm a ver com o tipo de AVC mas sim com o território cerebral atingido”, verifica-se que 58,5% dos inquiridos concorda, 36,6% não demonstraram opinião e apenas 4,9% discorda, isto pode ser entendido como (...) a maneira mais óbvia de se compreender a fisiologia de uma determinada área cerebral é verificarmos as funções que ficaram afectadas pela sua lesão e, sob este ponto de vista, o AVC é um óptimo modelo” (Silva, 2007). Podemos deduzir que os inquiridos apresentam conhecimentos ou seja sabem que a cada território cerebral atingido existe uma ou mais manifestações, pois grande parte da amostra respondeu afirmativamente.

Pelo que se pode verificar, 92,6% dos inquiridos concordam e 7,3% não têm opinião em relação à expressão “A manifestação mais clássica do AVC é a hemiplegia” Segundo Martins (2002) “ A manifestação mais clássica do AVC é a hemiplegia. O doente hemiplégico apresenta problemas relacionados com a sua função motora e sensitiva pelo que se torna

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

portador de uma deficiência (...) causando-lhe, assim, determinadas incapacidades”. A totalidade da amostra em estudo respondeu afirmativamente, pelo que podemos depreender que os inquiridos estão sensibilizados para a importância que o enfermeiro tem quando faz uma avaliação de todas as alterações existentes no doente com hemiplegia, de modo que a reabilitação seja iniciada o mais precoce possível.

De acordo com a expressão “As consequências do AVC podem apresentar três fenómenos de natureza diferente, a deficiência, a incapacidade e a desvantagem”, 12,2% concordam, 84,4% não têm opinião e 7,3% dos inquiridos discorda. De acordo com Martins M. (2002)” As consequências da doença podem apresentar três fenómenos de natureza diferente: a deficiência, a incapacidade e a desvantagem também chamada de handicap”.

O AVC causa deficiências a vários níveis sobre o indivíduo. Como refere Martins (2002), essas deficiências “significam perturbações, temporárias ou permanentes, ao nível de um órgão ou função (fisiológica, anatómica ou psicológica) que alteram o corpo, a aparência física ou a organização psico-patológica, qualquer que seja a causa”. É importante ter uma perspectiva mais abrangente deste conceito pois, como afirmam Pólvora *et al.* (1989), a deficiência não diz respeito apenas ao indivíduo mas a toda a sociedade. A pessoa deficiente tem direitos de cidadão e, como tal deve participar na vida de sociedade em pé de igualdade com os outros.

Grande percentagem da amostra não manifestou opinião, podemos inferir que os inquiridos podem desconhecer os fenómenos resultantes das consequências do AVC, ou seja, não sabem o significado desses mesmos termos, influenciando assim a resposta.

Na observação da expressão “No tratamento do AVC, a nível farmacológico podem ser utilizados antihipertensores, anticoagulantes e antiagregantes plaquetários”, obteve-se os seguintes resultados: 78% dos inquiridos concorda e 22% não têm opinião. Grande parte dos alunos inquiridos concorda o que vai ao encontro do que diz Martins (2002), ao nível farmacológico, de uma forma geral são utilizados antihipertensores (o controlo não deve ser brusco, devendo lentamente normalizar os valores de pressão arterial), antiagregantes plaquetários (usados na prevenção de acidentes tromboembólicos secundários), anticoagulantes (no tratamento de AVC's embólicos de origem cardíaca e AVC's em evolução, sendo contra-indicados nos hemorrágicos) e terapêutica para redução de edema cerebral. Podemos inferir que a maioria dos alunos inquiridos concorda com esta afirmação,

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

isto talvez se deva ao facto de como já realizaram ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II e já tiveram contacto com doentes vítimas de AVC, já tenham tido contacto com a preparação e administração da terapêutica a estes doentes.

Como podemos verificar 17,1% dos inquiridos concorda totalmente e 82,9% concorda com a expressão “O objectivo da reabilitação é obter o grau máximo de independência física e psicológica, devendo o doente desenvolver um nível de independência funcional não só no hospital, mas especialmente em casa e na comunidade”. Reabilitação envolve a utilização de técnicas e acções interdisciplinares, como o esforço conjunto de todos os profissionais e família, dentro e fora das instituições de saúde, e que deve ter como objectivo comum a melhoria e/ou reabilitação das funções diminuídas ou perdidas para preservar a capacidade de viver de cada indivíduo envolvido na acção de cuidar”. O alvo de incidência da reabilitação não é, pois, apenas a pessoa doente, mas esta e o seu meio, desde a família à comunidade.” Martins, (2002). Na sua maioria os alunos inquiridos responderam afirmativamente à expressão, levando-nos a inferir que os mesmos estão sensibilizados para a importância que a reabilitação assume em relação a um doente com AVC, não esquecendo também a importância do papel do enfermeiro, pois segundo Martins, (2002) O papel do enfermeiro é de extrema importância na reabilitação destes doentes, pois “ a primeira intervenção da equipe de enfermagem visa a identificação do tipo de ajuda de que o doente necessita. Analisando as suas capacidades para o auto-cuidado.

Deduzimos também que a realização do ensino clínico junto de doentes com AVC influenciou a resposta.

Quando se coloca a seguinte expressão “Preferencialmente o doente não deve ser abordado pelo lado afectado, de modo a evitar um estímulo de facilitação cruzada”, constata-se que 7,3% dos inquiridos concordam, 75,6% não têm opinião e 17,1% discordam da expressão. Segundo a OMS, um dos objectivos de tratamento é ensinar o paciente a não compensar, de maneiras desnecessárias e potencialmente perigosas, com o seu lado não – afectado. Nos estágios iniciais da recuperação, se o indivíduo compensa com o seu lado não afectado, isso pode aumentar a espasticidade, provocar reacções associadas anormais e também não estimular o uso do lado afectado. Podemos inferir que relativamente a esta afirmação a idade dos alunos inquiridos poderá estar directamente relacionada com a resposta, pois os três alunos que concordam com a expressão são os mais velhos em relação à restante amostra. No

entanto 17,1% discorda com a afirmação pois a mesma é falsa. Grande parte da amostra não manifestou opinião podemos depreender que tal se possa dever a falta de conhecimento de abordagem ao doente, ou sofrer influência pelo facto da resposta à pergunta ser falsa. Assim, é importante relembrar também que o doente deve ser abordado pelo lado afectado, de modo a criar um estímulo ao lado lesado, assim como a organização da unidade do doente (Martins, 2002).

Perante a seguinte expressão “Durante o internamento o enfermeiro deve satisfazer e promover as necessidades de auto cuidado do doente vítima de AVC”, observa-se que 24,4% dos inquiridos concordam totalmente, 56,1% concordam e 19,5% não demonstraram opinião. Grande parte dos inquiridos responderam afirmativamente indo de encontro com o que diz Martins, (2002) O papel do enfermeiro é de extrema importância na reabilitação destes doentes, pois “ a primeira intervenção da equipe de enfermagem visa a identificação do tipo de ajuda de que o doente necessita. Analisando as suas capacidades para o autocuidado.

O doente necessita de ajuda total para satisfazer as suas necessidades e compete ao enfermeiro encorajá-lo a colaborar no máximo de actividades possíveis. É importante para o doente que exista uma sensação de capacidade, um sentimento de realização pessoal. Por exemplo, o enfermeiro deve instruir o doente de modo a que este se possa transferir da cama para a cadeira de rodas e desta para a sanita, servindo-se do lado não afectado. Nestes e noutros exercícios, é importante que o enfermeiro esteja presente, quer para auxiliar em caso de necessidade, quer para poder observar e tomar nota do estado de evolução do doente. No entanto 19,5% não manifestaram opinião, podemos inferir que tal se deva à confusão entre as palavras satisfazer e promover.

Relativamente à expressão “Os posicionamentos têm características concretas e são o primeiro passo na recuperação do indivíduo”, 51,2% dos inquiridos concordam, 39% não têm opinião e 9,4% discorda. Uma parte da amostra em estudo não manifestou opinião, pelo que depreendemos que os inquiridos considerem por exemplo com primeiro passo na recuperação do indivíduo o controlo da perfusão cerebral, no entanto, podem também ter achado a afirmação pouco clara. A mobilização, para reabilitação activa, do doente que sofreu AVC isquémico, faz-se logo que a situação esteja estabilizada, geralmente no espaço de 48 horas. Prevenir os problemas associados à imobilidade é o aspecto central da intervenção (Phipps, 2003). Assim, os cuidados de enfermagem centram-se fundamentalmente nos

posicionamentos do doente hemiplégico. A permanência no leito por longos períodos de tempo é uma das principais causas do aparecimento de úlceras de pressão e é promotor de espasticidade causada por posicionamentos incorrectos e/ou posições viciosas adaptadas muitas vezes pelo próprio doente.

Relativamente à afirmação “O hemisfério esquerdo é o dominante para a linguagem, quando este é afectado, o AVC pode dar origem a uma perturbação da linguagem, designada por disfagia.”, 36,6 % dos alunos inquiridos concordam, 36,6% não têm opinião, 17,1% discordam e 9,7% discordam totalmente da afirmação. Só uma pequena parte da amostra respondeu discorda totalmente/discorda pois a afirmação é falsa, pelo que a perda da capacidade da linguagem denomina-se afasia. O hemisfério esquerdo é o dominante para a linguagem, (...) quando este é afectado, o AVC pode dar origem a uma perturbação da linguagem, designada por afasia (Phipps, 2003). Alguns inquiridos responderam afirmativamente e outros nem manifestaram opinião, depreendemos que tal não se deva a falta de conhecimento mas poderá ter havido confusão com os termos disfagia e disfasia.

Quanto à afirmação “A polaquiúria, urgência urinária e incontinência são problemas comuns nos primeiros dias após AVC.”, 7,3% dos inquiridos concordam totalmente, 75,6% concordam e 17,1% não têm opinião. Polaquiúria, urgência e incontinência são problemas comuns nos primeiros dias após o AVC (Phipps, 2003). A maioria da amostra respondeu afirmativamente, podemos inferir que apresentam conhecimentos relativamente aos défices a nível do intestino e da bexiga, pois todos já realizaram ensino clínico e já tiveram contacto com doentes vítimas de AVC.

No que diz respeito à expressão “Quando a lesão se dá em território da artéria carótida interna, uma das manifestações pode ser hemiplegia e afasia.”, 17,1% dos alunos inquiridos concordam totalmente, 78% não têm opinião e 4,9% discordam da expressão. Grande parte dos alunos inquiridos não demonstraram opinião, pelo que podemos inferir que talvez apresentem algumas dificuldades anatomofisiológicas que se relacionam com a clínica e as suas manifestações. Quando a lesão se dá em território da artéria carótida interna, uma das manifestações pode ser hemiplegia e afasia (Phipps, 2003).

Perante a afirmação “Os cuidados com o posicionamento são influenciados pelo estado do doente e passam por princípios anatómicos, neuromusculares, nutricionais e pela temperatura corporal.”, 12,2% dos alunos inquiridos concordam totalmente com a afirmação, 12,2% concordam, 70,7% não têm opinião e 4,9% discordam. Grande parte dos alunos inquiridos não expressaram opinião, pelo que podemos inferir que talvez a questão não esteja formulada de forma clara, influenciando as respostas.

Na afirmação “Os cuidados domiciliários devem ser programados antes da alta, de forma a garantir a continuidade dos cuidados.”, 73,1% dos alunos inquiridos concordam totalmente com a afirmação e apenas 26,8% concorda. De acordo com Smith (1997) a alta deve ser iniciada no momento que o doente entra no hospital, sendo função do enfermeiro integrar no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem ao indivíduo e família na preparação da alta. A maioria da amostra respondeu afirmativamente, podemos deduzir que a mesma está sensibilizada para a preparação da alta desde o primeiro dia de internamento com o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem ao doente com AVC, talvez porque 100% da amostra teve contacto com doentes vítimas de AVC. Ao reflectir sobre a família do doente com AVC esta pode conter em si mesma muitas virtudes e recursos que permitam que a vida de cada doente se desenrole de forma equilibrada (Martins, 2002). Os cuidados domiciliários devem ser programados antes da alta, assim o envolvimento quer do doente quer da família no planeamento e concretização dos cuidados de saúde, assumem um importante papel na garantia da continuidade de cuidados.

Quanto à afirmação “Após a fase aguda o doente com AVC é referenciado para uma unidade de internamento que visa a promoção da autonomia, através da implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os doentes.”, 24,4% dos inquiridos concorda totalmente, 65,8% concorda e 9,8% não demonstraram qualquer opinião.

A maioria da amostra respondeu afirmativamente, podemos inferir que a mesma consegue valorizar a continuidade dos cuidados em unidades específicas de internamento, talvez porque alguns dos inquiridos realizaram ensino clínico em unidades de convalescença. Através do Ministério da Saúde foi criado o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho que entende por cuidados continuados “ (...) O conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.”

A afirmação “O decúbito para o lado afectado é considerado o mais terapêutico devido à promoção da sensibilidade proprioceptiva.”, concordam totalmente 73,1% dos inquiridos, 17,1% concorda e 9,8% não apresentou opinião. Segundo a OMS, um dos objectivos de tratamento é ensinar o paciente a não compensar, de maneiras desnecessárias e potencialmente perigosas, com o seu lado não – afectado. Nos estágios iniciais da recuperação, se o indivíduo compensa com o seu lado não afectado, isso pode aumentar a espasticidade, provocar reacções associadas anormais e também não estimular o uso do lado afectado. Assim, é importante relembrar também que o doente deve ser abordado pelo lado afectado, de modo a criar um estímulo ao lado lesado, assim como a organização da unidade do doente (Martins, 2002).

Podemos inferir que a maioria dos inquiridos valoriza a importância da estimulação do lado afectado no doente com AVC, talvez devido ao contacto que já tiveram com doentes com AVC e também pela realização do ensino clínico. No entanto na afirmação “Preferencialmente o doente não deve ser abordado pelo lado afectado, de modo a evitar um estímulo de facilitação cruzada” 75,6% não manifestaram opinião, deduzimos que tal não se deva a falta de conhecimento, uma vez que os inquiridos estão sensibilizados para a importância da estimulação do lado afectado; mas sim ao facto da afirmação estar falsa, ou seja, não estar formulada de forma clara, possa ter induzido a resposta dos inquiridos.

Na expressão “Na fase pós aguda uma das intervenções de enfermagem visa a promoção da nutrição, pelo que se deve estimular inicialmente o reflexo de vômito para testar a deglutição.”, 29,3% concordam totalmente, 65,8% concordam e 4,9% não têm opinião. A grande maioria da amostra inquirida respondeu afirmativamente indo ao encontro do que diz Phipps, (2003) (...) os reflexos de vômito e de deglutição são minuciosamente avaliados. Podemos inferir que a amostra demonstra conhecimento sobre testes de disfagia, talvez devido ao facto de já terem tido contacto com doentes com AVC e a possibilidade de contribuir para o auto cuidado comer/beber do doente durante o ensino clínico.

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Perante a afirmação “O decúbito dorsal é considerado o mais promotor de espasticidade.”, 7,3% dos alunos inquiridos concorda totalmente, 80,4% concorda simplesmente e 12,2% não têm opinião.

Depois de ultrapassada a fase aguda, o doente com AVC desenvolve espasticidade – padrão espástico, pelo que deve ser posicionado em padrão anti-espástico.

O posicionamento em decúbito dorsal é considerado o mais promotor de espasticidade, pelo que o mais terapêutico seja o decúbito para o lado afecto pois é o mais promotor da sensibilidade proprioceptiva (Martins, 2002).

Grande parte da amostra respondeu afirmativamente à expressão, podemos deduzir que demonstra conhecimentos sobre posicionamentos e está sensibilizado para a importância que o enfermeiro tem na planificação dos cuidados a doentes com AVC, nomeadamente os posicionamentos.

Embora a espasticidade seja uma das manifestações mais evidentes do doente com AVC, é frequente a existência de outras alterações, entre as quais alterações a nível da mobilidade, da comunicação, da alimentação e da eliminação.

#### **IV. CONCLUSÃO**

Constituiu o objectivo identificar quais os conhecimentos dos alunos do 3º ano do curso da licenciatura em enfermagem da UFP, pois estes enquanto futuros profissionais, terão um papel importante no adoptar de estratégias para fornecer à população informações sobre estilos de vida saudáveis com o intuito de melhorar a saúde da população em geral.

Com a elaboração deste trabalho, permitiu ao investigador não só aplicar os saberes adquiridos ao longo dos 4 anos de licenciatura, como também, aplicar e aprofundar conhecimentos, quer acerca de uma temática pertinente e actual, quer na realização de trabalhos de investigação, assim pensamos ter atingido os objectivos académicos.

Em relação à utilização da metodologia científica na investigação em Enfermagem foi possível melhorar e aumentar os conhecimentos respectivos à sua devida aplicação, ficando ainda mais consciente da importância da investigação no desenvolvimento da profissão.

Este estudo foi realizado a 40 (quarenta) alunos do 3º ano do curso da licenciatura em enfermagem da UFP.

No decorrer da investigação, as dificuldades foram sentidas, principalmente no tratamento estatístico dos dados, mas com alguma persistência foram ultrapassadas.

Quanto à caracterização da amostra:

- A média de idades dos inquiridos é de 23 anos, sendo o máximo de 21 anos de idade e o mínimo de 42 anos.
- Quanto ao género dos inquiridos são maioritariamente do sexo feminino com 67% e do sexo masculino apenas 33%.
- A amostra (n=40), já realizou ensino clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica II.

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

- A amostra (n=40), já tiveram contacto com doentes vítimas de AVC, 100% dizem que sim.

Como conclusões gerais deduzimos que a maioria da amostra inquirida apresenta conhecimentos relativamente ao AVC, no que diz respeito a posicionamentos, nutrição, factores de risco, sinais e sintomas e terapêutica, a maioria da amostra está sensibilizada para o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem ao doente com AVC; já teve contacto com a preparação e administração da terapêutica a estes doentes; está sensibilizada para a importância que o enfermeiro tem na planificação dos cuidados a doentes com AVC, nomeadamente os posicionamentos.

No entanto em várias afirmações não expressaram opinião, poderá dever-se a falta de conhecimento sobre a temática em estudo, ou as afirmações poderiam não estar formuladas de forma clara, ou em algumas afirmações que eram falsas poderá ter havido confusão com os termos utilizados ou meramente não quiseram responder.

Podemos ainda inferir que o facto da amostra inquirida, na sua totalidade já ter realizado o ensino clínico de Enfermagem Médico-cirúrgica II e também já ter tido contacto com doentes vítimas de AVC possa ter influenciado directamente a aquisição de conhecimentos sobre intervenções de enfermagem pelo uso da prática.

O presente trabalho permitiu aplicar os nossos conhecimentos sobre investigação, sendo certo que por ser o primeiro trabalho do investigador nos seja difícil fazer deduções mais globalizadas uma vez que a amostra corresponde a cerca de 50% da população e a pouca experiência na análise e discussão de dados. Contudo foi um trabalho extremamente gratificante, na medida em que a formulação do problema se baseou numa preocupação pessoal. Com a elaboração deste trabalho foi permitido estudar e ampliar conhecimentos dentro desta área tão importante da Enfermagem e reflectir sobre as áreas de intervenção que os alunos mais evidenciaram falta ou confusão de conhecimentos.

## V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, P. H.; et al (2003). *Emergência em Reabilitação e Neurocirurgia*. Edições Revinter.

André, C. (1999). *Manual do AVC*. Rio de Janeiro. Revinter.

Carmona, J. (2004). Hipertensão é a principal causa de acidentes vasculares cerebrais. [Em linha]. Disponível em: <http://saude.sapo.pt/artigos/?id=790470> [Consultado em 21 de Junho de 2009].

Collière M. (1999). *Promover a vida*, 4ª edição, Lisboa, Lidel

Correia, M.(2006). A epidemiologia dos AVC em Portugal. Saúde Pública. [em linha]. Disponível em [http://www.spavc.org/Imgs/content/article\\_42/sp5.pdf](http://www.spavc.org/Imgs/content/article_42/sp5.pdf) [Consultado em 21 de Junho de 2009].

Cristiansen, C.H.; e tal (1992). *Cuidados Pessoais: Avaliação e controle* Cit in: Delisa, Joel A. *Medicina de Reabilitação: princípios e prática* vol 1, São Paulo: Manole.

Direcção Geral de Saúde (2003). *Programa Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Cardiovasculares*. Despacho 16415/2003, Lisboa. Direcção Geral de Saúde.

Ferro, M. José. (2000). *Prevenção Secundária do AVC*. “Pathos”. N°7 Julho/Agosto.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*, 3ª ed., Lusociência.

Grupo de Estudos das Doenças Cerebrovasculares da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Factores de risco. [Em linha]. Disponível em: <http://www.grafix.net/gedcv/risco.html> [Consultado em 21 de Junho de 2009].

Conhecimento dos alunos do 3º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa

Henderson, V. (1966). *The nature of nursing*. New York: Mcmillan.

Manuila L. , Manuila A. , Lewalle P. , Nicoulin M.(2003).*Dicionário Médico*; Climepsi Editores, 3ª edição.

Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família – O Doente com AVC*. Coimbra.

Ministério da Saúde (2006). Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho, Cuidados Continuados Integrados 109 Série I-A.

Nunes, S. e Pereira, C. (2005). Evolução Funcional dos utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. *Essfisionline*, 1 (3). [Em linha]. Disponível em <http://www.ess.ips.pt/EssFisiOnline/volume1n3/pdfs/Evolucao%20funcional%20de%20uten%20apos%20avc.pdf>. [Consultado em 21 de Junho de 2009].

O'Sullivan, S. B.(1993). *Fisioterapia: Avaliação e Tratamento*, 2ª ed., São Paulo, Manole

Okamoto, M. Gary, A. (1990). *Medicina Física e Reabilitação*. Editorial Manole Ltda.

Oliveira, C. e tal. (2003). *Acidente Vascular Cerebral*. Revista Sinais Vitais. Nº 49. Julho, pp. 11-13.

Ordem dos enfermeiros. Reflexões – padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. [em linha]. Disponível em. <http://www.ordemenfermeiros.pt/index>. [Consultado em 21 de Junho de 2009].

Organização Mundial de Saúde (2003). *Promovendo qualidade vida após AVC*. Artmed editores, Porto Alegre.

OMS (1989). *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens*. Lisboa. Ministério do Emprego e da Segurança Social, SNR.

Padilha, J. (2001). *Enfermagem em Neurologia*. 1ª Edição. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.

Phipps, W. Sands, J. et al. (2003). *Enfermagem Médico Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Edição. Loures, Lusociência.

Pólvora, F. F. et al. (1989). *Conceito de Desvantagem/Handicap e o Conceito de Autonomia ou vida independente*. *Reabilitação*. Lisboa, 2ª Série, Nº 2, pp.11-13.

Shirley, P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e Aplicação*. Lusociência

Silva, A. (2007). *AVC – O essencial da Saúde*. Volume 10. Porto. Quidnovi

Smith, L; Weiss, E.L; Lehmkuhl, L.D. (1997). *Aspectos de Fisiologia Muscular e Neurofisiologia*. Cit in: *Cinesiologia Clínica de Brunnstron*. 5ª Edição. São Paulo: Manole

Sorensen e Luckman. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa. Lusodidacta, pp.291-292.

Sussman, B; Fitch, T. (1958). *Trombolysis with fibrinolysis in arterial arterial occlusion*. Jcm.

## **VI. ANEXOS**

**ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

## **ANEXO II – CRONOGRAMA**

