

A qualidade nas Unidades de AVC nas cidades da Guarda e Covilhã: a perspetiva dos utentes e dos cuidadores



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

A qualidade nas Unidades de AVC nas cidades da Guarda e Covilhã :a perspetiva dos utentes e dos cuidadores

Júlia Maria dos Santos e Prata Pina

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Luís Lourenço

Covilhã, Outubro de 2016

Dedicatória

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida e que diariamente me ajudam a ultrapassar os mais diversos obstáculos e a encontrar as mais diversas oportunidades nas coisas mais simples. Em primeiro lugar agradeço ao meu filho que embora seja bebé, passou a dar mais significado a todas as coisas da minha vida; em segundo ao meu companheiro de vida, Diogo Aleixo, pois sem ele todas as tarefas diárias que enfrento seriam muitas mais difíceis de serem contornadas e pelo constante incentivo à escrita deste trabalho. Por último e não menos importante aos meus pais e à minha avó pois todos os dias me recordam a importância de instituir e de educar os filhos não só no âmbito pessoal mas também no âmbito académico. Um especial agradecimento também ao Professor Orientador, Luís Lourenço, pois durante estes anos foi o meu constante “motor”, proporcionando-me experiências académicas inesquecíveis.

.

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível, sem a colaboração de algumas pessoas, que directa ou indirectamente me estimularam, apoiaram e ajudaram a enfrentar mais este desafio, razão pela qual não poderia deixar de dirigir um agradecimento especial.

Em primeiro lugar agradeço a todas as pessoas que colaboraram neste estudo. Sem estas pessoas que foram sempre amáveis e prestáveis, este estudo não teria sido possível de realizar.

Agradeço ao Sr. Professor Doutor Luís Lourenço pela ajuda no desenvolvimento deste trabalho, pela orientação científica e pelas várias críticas e sugestões que em muito contribuíram para o seu enriquecimento.

À Sr^a Dr^a Fátima Paiva e Dr^a Teresa Nave pela disponibilidade e orientação dada na elaboração deste trabalho.

Um agradecimento especial à minha família, pela incessante base de apoio e motivação, sem eles não teria sido possível a realização deste trabalho.

Deixo também um agradecimento aos professores da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior pela forma como lecionaram o Curso de Mestrado em Gestão em Saúde.

A todos os meus colegas, do Mestrado de Gestão em Saúde, que não irei nomear pois poderei por lapso esquecer-me de alguém, o meu muito obrigado por toda a vossa compreensão e amizade.

A todos vós o meu sincero Obrigada.

Resumo

As doenças cardiovasculares, nomeadamente o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença coronária (DC), com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e diretas, para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, que urge minorar. Por este facto, a abordagem destas doenças justifica uma atuação planeada e organizada ao longo de todo o sistema de saúde, através de um Programa Nacional que tente não apenas evitar estas doenças e reduzir as incapacidades por elas causadas como prolongar a vida. Este tema torna-se importante quando as doenças cardiovasculares, nomeadamente os AVC e a DC ou doença isquémica do coração (DIC), são a principal causa de mortalidade em Portugal, tal como se verifica em muitos países ocidentais, sendo considerada, no entanto, das mais elevadas da Europa e do Mundo. Estas doenças são responsáveis por perto de 50% das mortes ocorridas em 1999 (42 998 num total de 100 252 mortes), contando-se, também, entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa.

A dimensão do AVC a nível mundial é substancial, com base em dados da OMS, estima-se que mais de 5,7 milhões de pessoas morreram de AVC em 2005 (10% de todas as mortes). Destes, 85% ocorreram em países de baixos e médios rendimentos e um terço em pessoas com menos de 70 anos. Portugal é, ainda, o País da União Europeia com mais elevada taxa de mortalidade por AVC, favorecida pela alta prevalência da HTA, insuficientemente diagnosticada e tratada, pelo desvirtuamento da nossa tradicional dieta mediterrânica e pelo tabagismo não controlado em homens e mulheres de meia idade e em aumento nas jovens. Acresce a tendência de aumento do abuso de álcool e da ingestão de calorias alimentares, que agravam o excesso de peso, favorecendo, cada vez mais, a obesidade e a diabetes tipo 2, os quais, por sua vez, contribuem para o aumento da morbilidade cardiovascular e mortalidade precoce.

Nos Estados Unidos, em 2003, a prevalência de AVC na população negra foi de 4% enquanto na população branca foi de 2.3% (Moussouttas, Aguilar, & Fuentes, 2006), No Reino Unido verifica-se a mesma diferença (Stewart, Dundas, Howard, Rudd, & Wolf, 1999). Mesmo em Portugal parece haver diferenças entre a incidência de AVC em populações rurais e citadinas, como é patente no estudo de Manuel Correia (Correia, Silva, & Matos, 2004). Torna-se assim relevante conhecer, para cada região, a tipologia da população e as diferenças de risco o que permitirá o desenvolvimento de estratégias de intervenção localizadas (El-Saed et al., 2006). Este vai ser um dos objetivos do presente estudo.

O objetivo da investigação é entender qual o papel das unidades de AVC na recuperação destes utentes, tendo em consideração a relação qualidade destas mesmas unidades.

Palavras-chave: AVC; Qualidade; Unidades de AVC; fatores de risco

Área temática: Qualidade em Saúde

Abstract

Cardiovascular diseases, including stroke and coronary heart disease (CHD), with its multidimensional nature and its serious consequences, both negative and direct, for the citizen, for society and for the health system, are regarded as one of the most important public health problems, if not the most important, which is urgent to reduce. For that reason, the approach to these diseases requires planned and organized activities throughout the whole health system through a national program. The objective of this program is not only to prevent these diseases but also to reduce disability caused by them as prolong life.

This is an important issue because cardiovascular diseases, including stroke and DC or ischemic heart disease (IHD), are the main cause of mortality in Portugal, as well as in many Western countries. However, the Portuguese rate is the highest in Europe and the world. These diseases accounted for nearly 50% of deaths in 1999 (42,998 of a total of 100,252 deaths). It is also among the leading causes of morbidity, disability and lost years of life expectancy in the Portuguese population.

The size of this problem worldwide is also important. Based on data from WHO, it is estimated that over 5.7 million people died of stroke in 2005 (10% of all deaths). Of these, 85% occurred in low- and middle-income countries and one third in people under 70 years.

Portugal is also the EU country with the highest death rate from stroke. This situation can be explained by the high prevalence of hypertension, not correctly diagnosed and treated, by the distortion of our traditional Mediterranean diet and by smoking habits among middle-age men and women and an increase in young people. Moreover, there has been a trend of increasing abuse of alcohol and a diet rich in calories which, in turn aggravates overweight, favors obesity and type 2 diabetes and , contributes to increase of cardiovascular morbidity and premature mortality.

In the United States, in 2003, the prevalence of stroke in the black population was 4% while in the white population was 2.3% (Moussouttas, Aguilar & Fuentes, 2006). In the United Kingdom there is the same difference (Stewart, Dundas, Howard, Rudd, & Wolf, 1999). In Portugal the incidence of stroke seems to be different between among rural and city populations, as shown in the study by Manuel Correia (Correia, Silva, & Matos, 2004). It is therefore important to know, for each region, the type risk for different population which will allow the development of localized intervention strategies (El-Saed et al., 2006). This will be one of the objectives of this study.

The aim of this research is to understand the role of stroke units in the recovery of these users, taking into account the quality relation of these same unit.

Keywords: Stroke; Quality; ; Stroke units; risk factors

Thematic area: Health care;

Índice

Capítulo I - Introdução	1
Enquadramento e motivação do projeto.....	1
Planeamento.....	1
Organização do relatório.....	2
Capítulo II - Fundamentação teórica	3
Qualidade de vida	3
Instrumentos de Avaliação da Qualidade	4
Tipologia de AVC.....	5
Manifestações Clínicas de um AVC	8
Prevalência do AVC em Portugal	10
Unidades de AVC.....	11
Questões de Investigação	13
Capítulo III - Apresentação de resultados.....	15
Tipo de investigação	15
Variáveis.....	15
Amostra.....	16
Métodos e técnicas de recolhas.....	20
Procedimentos	20
Resposta às questões de investigação	21
Capítulo IV - Conclusão	23
Bibliografia	24
Anexos	26

Índice de figuras

Figura 1 - Mapa de Gantt	2
Figura 2 - Mapa de distribuição da RNCC.....	13
Figura 3 - Género dos utentes com AVC.....	17
Figura 4 - Tipos de AVC	17
Figura 5 - Destino pós-alta	18

Lista de tabelas

Tabela 1 - Índice de Barthel	6
Tabela 2 - Score atingido no índice de Barthel	6
Tabela 3 - Tipologia de AVC	7

Lista de Acrónimos

AIT	Acidente isquémico transitório
ARS	Administração regional de saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
CHCB	Centro hospitalar cova da Beira
HAL	Hospital Amato Lusitano
HRQL	Health related quality life
RNCC	Rede nacional de cuidados continuados
TAC	Tomografia axial computadorizada
UAVC	Unidade acidente vascular cerebral

A qualidade nas Unidades de AVC nas cidades da Guarda e Covilhã: a perspetiva dos utentes e dos cuidadores

Capítulo I - Introdução

Este capítulo tem como objetivo fazer uma introdução ao trabalho e contextualizar o mesmo no âmbito do mestrado de gestão de unidades de saúde. Também neste capítulo é exposta a organização dos capítulos que constituem o mesmo e o planeamento feito para a conclusão do projeto através de um gráfico de *Gantt*.

Enquadramento e motivação do projeto

O trabalho descrito no presente relatório, é enquadrado na área de gestão de unidades de saúde, no sentido em que demonstra um estudo efetuado sobre as unidades de AVC (Acidente vascular cerebral) do *CHCB(Centro hospitalar Cova da Beira)*.

A minha principal motivação para o presente estudo foi perceber enquanto estagiária que o número de doentes com esta doença tem aumentado.

Dado o crescente número de casos de acidentes vasculares cerebrais torna-se pertinente perceber qual o atendimento destas pessoas aquando da sua chegada ao hospital, do tratamento que lhes é dado nas respetivas unidades e o mais importante, o pós-alta. Neste processo para onde se encaminham este tipo de doentes? Será que todas as unidades de cuidados continuados conseguem dar a resposta adequada? Será que os hospitais portugueses estão equipados fisicamente e profissionalmente de modo a darem uma reabilitação justa a todos os doentes? O objetivo da investigação é entender qual o papel das unidades de AVC na recuperação destes utentes.

Numa primeira abordagem é feita uma revisão da literatura seguido da prevalência dos acidentes vasculares cerebrais e a procura de unidades de recuperação por estes utentes. Numa terceira abordagem serão colocadas as hipóteses para o trabalho em questão.

Planeamento

De modo a identificar claramente as necessidades do projeto e organizar o mesmo no tempo foi elaborado um gráfico de *Gantt*.

O gráfico de *Gantt* é um gráfico utilizado por equipas de profissionais para criar uma camada de abstração sobre o problema a ser solucionado e assim conseguir através de recursos visuais organizar o mesmo numa linha temporal.

No gráfico de *Gantt* podem ver-se as principais e indispensáveis tarefas para a conclusão do projeto. Vê-se também o tempo de cada tarefa, bem como data de início e de fim. Tem-se assim uma visão global do tempo total despendido para o projeto. A seguinte figura ilustra o mapa de *Gantt*.

A qualidade nas Unidades de AVC nas cidades da Guarda e Covilhã: a perspetiva dos utentes e dos cuidadores

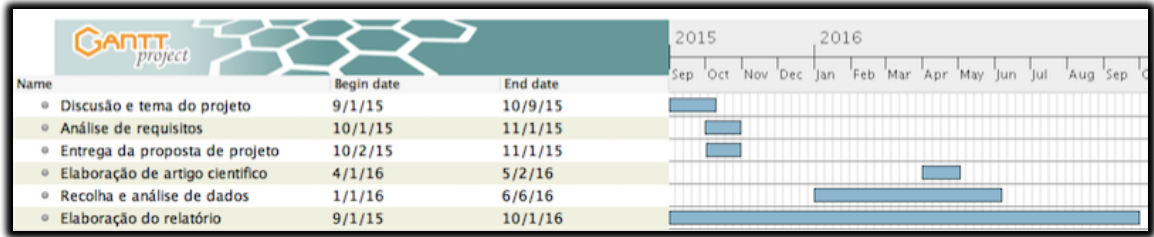


Figura 1 - Mapa de Gantt

Organização do relatório

O presente relatório encontra-se dividido em 5 capítulos que correspondem à seguinte descrição:

- Capítulo I - Neste capítulo é feita uma introdução ao trabalho;
- Capítulo II - Neste capítulo é descrita toda a parte teórica que apoia o projeto;
- Capítulo III - Neste capítulo é expressa a demonstração dos resultados obtidos;
- Capítulo IV - Neste capítulo é refletida a discussão dos resultados obtidos no capítulo III;
- Capítulo V - Neste capítulo é apresentada uma conclusão final relativa ao trabalho;

Capítulo II - Fundamentação teórica

Neste capítulo é descrita toda a parte teórica estudada no desenvolvimento da investigação. A componente teórica é dividida em três grandes áreas:

- Qualidade de vida- Esta área pretende demonstrar indicadores de boa qualidade de vida;
- Instrumentos de avaliação de qualidade - Esta área pretende demonstrar os instrumentos disponíveis para a avaliação de qualidade de vida;
- Tipologia de AVC - Esta área pretende demonstrar os vários tipos existentes de AVC;
- Manifestações clínicas de um AVC - Esta área pretende demonstrar as varias os vários sinais e sintomas da patologia;
- Prevalência do AVC em Portugal - Esta área pretende demonstrar as áreas de maior prevalência do AVC em Portugal;
- Unidades de AVC em Portugal - Esta área pretende enumerar as unidades de AVC em Portugal;

Qualidade de vida

A Organização Mundial da Saúde definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. No entanto, as diferentes áreas da medicina sempre priorizaram o estudo da doença e das formas de avaliar sua frequência e intensidade (Orley et al., 1998).

A expressão qualidade de vida ligada à saúde (QVLS) é definida por Auquier et al. (1997) como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial. A versão inglesa do conceito de health-related quality of life (HRQL), em Gianchello (1996), é similar: é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções.

Sigerist (1946) foi um dos primeiros a fazer referência à qualidade em saúde quando definiu as quatro tarefas essenciais em medicina.

Recentemente tem-se buscado desenvolver instrumentos que avaliem bem-estar e qualidade de vida (Gill e Feinstein, 1993; Guyatt et al., 1993). Na sua grande maioria esses instrumentos foram desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra e traduzidos para utilização em diferentes países (WHOQOL GROUP, 1995; Bullinger, 1994). A utilização desses instrumentos em culturas diferentes tem sido objeto de críticas (Fox-Rushby e Parker, 1995) e considerações (Bullinger et al., 1993; Patrick et al., 1994). A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspetiva transcultural motivou a Organização Mundial da Saúde a desenvolver um instrumento com estas

características (WHOQOL GROUP, 1995). O grupo de Qualidade de Vida da OMS, sob a coordenação de John Orley, definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1994). Nesta definição fica implícito que o conceito de qualidade de vida é subjetivo, multidimensional e que inclui elementos de avaliação tanto positivos como negativos. O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL*-100) está atualmente disponível em 20 idiomas diferentes (WHOQOL GROUP, 1998). O desenvolvimento da versão em português seguiu a metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde e foi descrita em outra publicação (Fleck et al., 1999).

Dois outros termos começam a ser usados, nas duas últimas décadas, paralelamente, aos de paciente e usuário: consumidor e cliente. Sitzia e Wood (1997) defendem a ideia de que o termo consumidor confere maior dignidade ao relacionamento profissional/paciente, ao contrário do tradicional termo “paciente”, que estaria associado à falta de poder e dependência em relação ao médico. Essa emergência se dá em um momento político-cultural de crítica às relações de poder manifestas na linguagem - e principalmente nas expressões polares em que o primeiro termo é visto como subordinando o segundo, como, por exemplo, na expressão “médico-paciente”. O crescimento dos movimentos de consumidores e usuários dos serviços públicos exigindo melhores produtos e serviços coloca na agenda o empowerment dos sujeitos - entre os quais se encontram agora os “pacientes”.

Instrumentos de Avaliação da Qualidade

O instrumento de avaliação designado então para a qualidade baseia-se na premissa de que a qualidade de vida de um indivíduo é subjetiva. Até ao momento existem dois instrumentos de avaliação da qualidade sendo eles: O WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref. O primeiro teste é composto por 100 itens que avaliam seis domínios: a) físico, b) psicológico, c) de independência, d) relações sociais, e) meio ambiente e f) espiritualidade/crenças pessoais. O segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídas do anterior, entre as que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos, cobrindo quatro domínios: a) físico, b) psicológico, c) relações sociais e d) meio ambiente. Muito embora a OMS considere que se deveria prioritariamente medir a qualidade de vida de cinco grupos (pacientes crônicos, seus familiares e pessoal de suporte, pessoas em situações extremas, com dificuldade de comunicação, e crianças), os estudos têm-se concentrado nos pacientes crônicos. Hubert (1997) considera que a literatura sobre qualidade de vida é essencialmente medicalizada, adotando uma visão bioestatística e economicista da saúde. Durand et al. (1997) acrescentam que os estudos são funcionalistas e focalizados no custo-efetividade.

Numa perspetiva de medição da qualidade podemos ainda referir mais dois tipos de instrumentos: SERVQUAL, e o SERVPERF, referenciado como o que apresenta os melhores índices de confiabilidade. Estes instrumentos, que avaliam a qualidade dos serviços por meio de dimensões da qualidade, propostas por Parasuraman et al. (1990), podem ainda receber ponderações por dimensão da qualidade.

Tipologia de AVC

“O acidente vascular cerebral (AVC) é a patologia responsável pelo maior índice de incapacidade, dependência funcional da população adulta portuguesa, e pela maioria dos óbitos registados.” (Martins et al, 2002, p.27)

Nos dias de hoje o AVC é uma das principais causas de morte no nosso país podendo ser de vários tipos e ser consequência de variados fatores. Segundo a O.M.S o AVC é definido 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. São, assim, excluídos os Acidentes Isquémicos Transitórios, nos quais os sintomas desaparecem em menos de 24 horas (MONICA, 1988 cit. por ASHBURN, 1997).

Estima-se que a sua incidência seja de 1 a 2 por 1.000 habitantes por ano, e que após AVC, cerca de 70% dos utentes (60 000 indivíduos) apresente incapacidade, dos quais 24% com nível de incapacidade muito grave, com base no Índice de Barthel (DGS, 2001), com grande impacto nos vários domínios relativos ao utente. O índice de Barthel serve para avaliar o nível de dependência do indivíduo baseado em dez necessidades fundamentais da vida como: comer, higiene pessoal, uso da casa de banho, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, mobilidade, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas como podemos constatar nas duas tabela 1 e na tabela 2.

Em estudos internacionais esta escala é a mais utilizada pois é também a que apresenta um maior grau de viabilidade, segundo Paixão, Júnior (2005).

	0	5	10
<i>Alimentação</i>	Incapaz	Com Ajuda	Independente
<i>Higiene Pessoal</i>	Com Ajuda	Independente	
<i>Controlo Vesica</i>	Incontinente/Algaliado	Problemas ocasionais	Continente
<i>Controlo Anal</i>	Incontinente	Acidentes ocasionais	Sem problemas
<i>Transferência</i>	Incapaz	Muita Ajuda	Alguma ajuda
<i>Mobilização</i>	Imobilidade	Independente/Cadeira Rodas	Com ajuda
<i>WC</i>	Dependente	Com ajuda	Independente

A qualidade nas Unidades de AVC nas cidades da Guarda e Covilhã: a perspetiva dos utentes e dos cuidadores

Vestir Banho Subir/Descer escadas	Dependente	Com ajuda	
	Dependente	Sem ajuda	Independente
	Incapaz	Com ajuda	Independente

Tabela 1 - Índice de Barthel

Autónomo	100 pontos
Dependente Leve	➤ 60 pontos
Dependente moderado	➤ 40 e < 60 pontos
Dependente Grave	➤ 20 e < 40 pontos
Dependente Total	< 20 pontos

Tabela 2 - Score atingido no índice de Barthel

Existem variados fatores que são o despertar de alguns *outcomes* funcionais, sendo eles a diminuição acentuada ou ausência da funcionalidade do membro superior, a perda do equilíbrio na posição de sentado, a hemianopsia, a idade avançada, a diminuição da função cognitiva e sensorial, e da motivação (ZWECKER et al., 2002, WYLLER et al., 1997; GLADER et al., 2003). A prevalência da diminuição da função cognitiva após AVC varia entre 11,6% e 56,3%, demonstrando uma forte influência negativa na sobrevivência e recuperação a longo prazo destes utentes (PATEL et al., 2002; HERUTI et al., 2002).

Os principais fatores de risco para um AVC são: a arteriosclerose; obesidade; idade; o uso de anticoncecionais entre outros. A existência de um acidente isquémico transitório também deve ser levada em atenção dado que é um presságio de que no espaço de pelo menos cinco anos vai ocorrer um AVC (MARTINS, 2006).

Prevenção primária

A prevenção primária consiste, como o nome nos sugere, uma prevenção que assenta numa educação sob um determinado tema a um indivíduo. Nos últimos tempos tem-se prestado especial atenção a este tipo de prevenção pois verificou-se que quando esta é bem executada, graves problemas se evitam no futuro. Segundo *Leavell and Clarck* (1965) a prevenção primária corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, exercício físico e repouso, contenção de stress, não ingestão de drogas ou de tabaco), para que resistam às agressões dos agentes. Também diz respeito a ações de orientação para cuidados com o ambiente, para que esse não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e aos entornos).

Perante isto e após um interrogatório informal consegui concluir que na área abrangente do Centro Hospitalar Cova da Beira tem vindo a ser desenvolvido variados programas no sentido de reeducar e orientar a população para um estilo de vida saudável e para deste modo reduzir a ocorrência do AVC.

Fisiopatologia do AVC

Quanto à fisiopatologia do AVC este ocorre quando existe uma interrupção do fluxo sanguíneo que se for inferior a 3 minutos faz com que a situação seja reversível. Se for superior a este tempo faz com que a situação possa ser irreversível originando necrose do tecido nervoso. Como podemos considerar o tempo de espera num utente privado do fluxo sanguíneo pode fazer a diferença entre a morte e a vida.

O AVC pode ocorrer através de dois mecanismos diferentes: oclusão de um vaso provocando isquemia ou enfarte do território dependente desse vaso ou rutura muscular.

Temos então dois tipos principais de AVC e que se dividem nos seus sub-tipos como podemos ver na tabela 3.

TIPOS AVC.	SUB TIPOS DE AVC
<i>Isquémico</i>	Lacunar Trombótico Embólico
<i>Hemorragico</i>	Intracerebral Subaracnóide Intravascular Subdural

Tabela 3 - Tipologia de AVC

AVC Isquémico

Durante a ocorrência deste o tecido não recebe nutrientes principalmente oxigénio que é indispensável ao metabolismo das células. Assim este ocorre quando deixa de haver perfusão cerebral (Garret, 1996) sendo esta desencadeada por diminuição do débito cardíaco ou da pressão arterial. Se esta privação for de menos de 24 horas a lesão pode tornar-se reversível, caso contrário poderão instalar-se no cérebro danos profundos e irreversíveis. Falamos aqui de enfarte cerebral (Habib, 2000).

Trombose Cerebral

Segundo O 'Sullivan(1993) esta designa a formação de um coágulo ou trombo no interior das artérias cerebrais ou dos seus ramos. Estes ramos resultam da aderência e agregação plaquetária, coagulação de fibrina e queda da fibrinólise.

Embolia Cerebral

Segundo o autor referido em cima, O 'Sullivan (1993) esta define o processo em que há uma oclusão arterial por um êmbolo em circulação que é libertado na corrente sanguínea e se desloca até às artérias cerebrais. Por norma estes êmbolos desenvolvem-se devido à acumulação de gordura nas artérias que dá o nome de arteriosclerose. As embolias raramente são precedidas de um A.I.T(Acidente isquémico transitório).

AVC Hemorrágico

Na hemorragia cerebral ocorre um processo inverso ao da isquemia, havendo uma extravasão do sangue para fora dos vasos. Quando ocorre uma hemorragia o sangue pode derramar: para o interior do cérebro ou então para o espaço entre o cérebro e a membrana aracnóide. A hemorragia cerebral está intrinsecamente ligada ao aumento da pressão arterial (Habib, 2000). A hemorragia pode ocorrer sob a forma de aneurisma cerebral ou resultar da rutura de uma parede arterial.

Síndromes Vasculares

Aqui existe uma oclusão das artérias cerebrais originando então os síndromes vasculares. Isto pode acontecer pois as artérias cerebrais têm paredes muito finas o que as torna mais vulneráveis. A artéria cerebral mais atingida nestes casos é a artéria cerebral média (Habib, 2000).

Manifestações Clínicas de um AVC

Uma das principais manifestações quer num dos tipos de AVC quer no outro é a ocorrência de hemiplegia que diz respeito à paralisia do hemicorpo contralateral à lesão. No caso de AVC hemorrágico existe um quadro súbito de cefaleias acompanhadas de vómitos. Existem também alterações neurovegetativas que é importante salientar como: alteração do ritmo cardíaco, alteração da tensão arterial, da temperatura corporal podendo até ocorrer alteração da consciência.

Segundo Bobath (1990) existem inúmeras alterações provocadas por um AVC das quais podemos destacar: a alteração do tónus muscular; a presença de reações associadas; perda do mecanismo de controlo postural; alterações da função sensorial; alterações da função perceptiva; alterações da comunicação e alterações do comportamento.

Começando pela alteração do tónus, este começa por apresenta alterações logo após a ocorrência do AVC podendo a flacidez permanecer por algumas horas ou dias. O indivíduo não

consegue rolar-se, sentar-se sem apoio, manter-se de pé, e tem tendência para transpor o seu peso para o lado sã por falta de noção da linha média. (Bobath,1990).

Durante os 18 meses seguintes a espasticidade vai-se desenvolvendo com os esforços e atividades realizadas pelo indivíduo.

Em consonância com o mesmo autor no quadro de presença de reações associadas ocorrem mecanismos anormais como uma resposta do organismo a uma ação ocorrida em qualquer parte do corpo de modo involuntário (como por exemplo tossir, espirrar...).

Na perda de mecanismo do controlo postural existem três grupos essenciais de reações automáticas dos quais se destacam: as reações de retificação, as reações de equilíbrio e por último as reações de extensão protetiva. Numa pessoa que tenha sofrido um AVC as reações descritas não funcionam no hemicorpo afetado o que faz com que o indivíduo não consiga manter as posturas normais de equilíbrio e postura fazendo com que as atividades de vida diárias fiquem afetadas.

No caso das alterações sensoriais as mais que ocorrem com maior frequência dizem respeito aos défices sensoriais superficiais, visuais e proprioceptivos. A abolição da sensibilidade superficial contribui para o risco de auto lesões e a diminuição da sensibilidade proprioceptiva contribui para a perda de execução de movimentos controlados e eficientes impedindo novas aprendizagens motoras no hemicorpo afetado.

Ainda na sequência de um AVC. podem estar presentes alguns défices percetivos cujo tipo e extensão vão depender do local da lesão. A apraxia e a agnosia merecem o meu destaque pois são das alterações deste tipo as mais comuns. A primeira consiste na incapacidade de programar uma sequência de movimentos podendo manifestar-se na forma de apraxia ideomotora (gestos); apraxia ideativa(tarefas); a apraxia do vestir e a apraxia construtiva.

Por seu turno a agnosia consiste na incapacidade de reconhecer objetos familiares de uso pessoal e de lhes atribuir uma função.

Outro dos problemas destacados refere-se à comunicação que ocorre devido à obstrução da artéria cerebral média no hemisfério esquerdo. A afasia é uma lesão da linguagem resultante de uma lesão cerebral localizada nas estruturas que se supõe estarem envolvidas no processo da linguagem.

Quanto às alterações no comportamento este difere consoante o hemisfério em que a lesão ocorreu. Se ocorrer lesão no hemicorpo direito os indivíduos fiquem com uma postura muito lenta, apresentando ainda um comportamento de insegurança e incerteza. A labilidade emocional está quase sempre presente nos casos de hemiplegia.

Ao falarmos dos problemas presentes no decorrer de um AVC é importante salientar também as complicações que podem ficar para sempre presentes na vida do indivíduo que sofreu este tipo de transtorno. Sendo assim devo destacar as complicações mais previsíveis e mais frequentes. São elas: pneumonia, formação de coágulos no sangue, obstipação, incontinência urinária e infeção do trato urinário. Nos problemas motores decorrentes da hemiplegia destacam-se: edema da mão, ombro doloroso, subluxação do ombro e ainda síndrome ombro-mão.

Após a ocorrência deste tipo de doença e dado os danos que ela provoca na vida do indivíduo é pertinente saber o que acontece no pós AVC e para onde são reencaminhados os utentes deste tipo. Sendo assim a terapia após AVC deve de imediato iniciar-se uma terapia que proteja o cérebro de outras patologias ou até mesmo da ocorrência de um novo AVC Existem três tipos de tratamento num utente deste tipo. São eles: **a prevenção, a terapia e a reabilitação** que é o assunto sobre o qual vai incidir o meu estudo. Segundo Kistler, Ropper e Martin (cit in Pais Ribeiro, 2005) a terapia preventiva visa:

- Reduzir os fatores de risco para atenuar o processo patológico;
- Prevenir AVC'S recorrentes pela remoção do processo patológico subjacente;
- Minimizar os danos secundários do cérebro pela manutenção da perfusão adequada da área marginais à área afetada e redução do edema;

Logo que a situação clínica estabilize no AVC inicia-se o processo de reabilitação que consiste na aplicação de diferentes técnicas e cujo objetivo consiste na recuperação da função o mais brevemente possível. O propósito maior desta reabilitação é superar as incapacidades provocadas pelo acidente. Há três maneiras de o indivíduo recuperar as capacidades funcionais perdidas (Pais Ribeiro, 2005): recuperação espontânea, restituição da função e compensação da função perdida. A reabilitação é possível graças à enorme capacidade que o cérebro possui de aprender e mudar, sabendo-se ainda que é possível que as áreas do cérebro não afetadas pelo AVC assumam funções realizadas pelas células da área afetada. Este fenómeno designa-se de neuroplasticidade.

A equipa da reabilitação de um AVC deve ser uma equipa multidisciplinar e deve incluir neste processo os familiares do utente que serão fundamentais no processo da sua reabilitação.

Prevalência do AVC em Portugal

Apesar dos estudos feitos e das medidas de prevenção que têm tomado bem como do ensino feito às populações, o AVC continua a ser uma das doenças que mais mortes causa em Portugal. Em cada hora morrem cerca de 6 pessoas com AVC A idade continua a ser um fator preponderante sendo a maior incidência em pessoas acima dos 75 anos e em pessoas do sexo masculino.

Segundo um estudo recente, efetuado em 2013, a zona do país mais atingida por esta doença é o **Alentejo seguido da nossa região, Centro.**

Em declarações recentes Castro Lopes referiu que apesar de todo o ensino feito o que falta mesmo é a população. “É fundamental que as pessoas tenham um papel proativo, conhecendo e tratando os fatores de risco da doença e identificando os seus sinais de alerta.”

“Até há pouco tempo, apontávamos para uma mortalidade de 200 por 100 mil habitantes por ano, o que significa o dobro da média europeia e o dobro de Espanha. Neste momento, podemos apontar para cerca de 160 por 100 mil habitantes. Os portugueses estão a

ficar mais despertos para a doença, começam a conhecer os seus sinais de alerta e fatores de risco, mas ainda existe um longo caminho a percorrer”

Segundo Castro Lopes um dos grandes problemas que se colocava até então seria o pós AVC pois numa pessoa que trabalha é muito complicado ter a cargo um familiar com este tipo de limitações. É neste sentido que surgem aqui as unidades de AVC que têm tido um papel fundamental no processo de reabilitação. “Quando se liga para o 122, é acionada a Via Verde intra-hospitalar e o doente é encaminhado para o hospital mais próximo com uma unidade de tratamento de AVC, onde já aguardam a sua chegada. Assim, quando chega ao hospital, já tem alguém à sua espera e inicia-se a realização de análises e de uma TAC (*tomografia axial computadorizada*), com o intuito de avaliar que tipo de AVC ocorreu e o tratamento adequado. É crucial que o doente chegue ao hospital nas primeiras três horas após o início dos sintomas. Se se tratar de um AVC isquémico, é possível administrar uma injeção chamada fibrinólise. Esta tem ajudado a salvar muitas vidas e diminui em grande escala as sequelas do AVC. Além disso, quanto mais cedo for diagnosticado o AVC, menor será a extensão das lesões.”

Unidades de AVC

Estas unidades surgiram do fato de em Portugal, como já referimos, o AVC continua a estar presente no seio de muitas famílias e isto acarreta muitos custos nomeadamente para os hospitais públicos que não conseguiam dar uma resposta imediata e exata em caso destes. Desta forma estas unidades vieram reduzir o tempo de internamento nos hospitais conseguindo de uma forma mais rápida o retorno do doente a casa. São objetivos das UAVC (*unidade de acidente vascular cerebral*):

- Iniciar precocemente o tratamento e a neuro-reabilitação;
- Prevenir o agravamento do AVC;
- Identificar fatores de risco;
- Implementar medidas preventivas do AVC recorrente;
- Prevenir complicações;
- Tratar situações co-mórbidas;
- Desenvolver um plano de alta e de follow-up adequados.

Todos os utentes que entrem nos hospitais com este tipo de diagnóstico devem ser encaminhados para estas unidades.

Estas unidades devem ficar situadas no serviço de Medicina/Doenças Neurológicas/Doenças Vasculares ou no Departamento/Serviço de Medicina, ou de Doenças Neurológicas ou ainda como unidade autónoma. Os doentes são concentrados num determinado espaço geográfico, dentro do hospital, com pessoal (médico, de enfermagem e outro) especialmente preparado para tratar estes doentes; - Uma Unidade que trata 300 a 400 doentes por ano deve ter 4 a 6 camas de cuidados “iniciais” (intermédios/diferenciados) onde os

doentes são tratados na fase aguda e cerca de 8 a 12 camas para onde os doentes transitam depois da fase aguda. Estas unidades devem estar providas de recursos especializados sejam eles humanos ou físicos.

Em termos dos primeiros devem ter técnicos, tais como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, técnico de cardio-pneumografia e secretária de unidade; - Estima-se que para tratar 300 a 400 doentes/ano sejam necessários dois internistas, dois neurologistas, um fisiatra a meio tempo, fisioterapeutas e enfermeiros, de preferência com a especialização de enfermagem de reabilitação. É recomendável a consultoria de cardiologia que, habitualmente, já existe no hospital. 10 - Estas Unidades devem ter um coordenador que deve ser, em princípio, um internista ou um neurologista com a categoria de Chefe de Serviço ou Assistente Graduado. - Em alternativa, em hospitais mais pequenos que não disponham de Neurologia e/ou Fisiatria, deve haver um consultor de neurologia, um de fisiatria e um de cardiologia.

Em relação aos recursos físicos para além do material de qualquer unidade de internamento, a *UAVC* deve ter um ecógrafo que permita realizar Eco-Doppler cardíaco e transcraniano, assim como dos vasos do pescoço. O hospital que implementar esta Unidade deve ter acesso a *TAC* e a laboratório 24 horas por dia e ter, ainda, os meios necessários à prevenção do trombo-embolismo e úlceras de pressão.

Para que estas unidades estejam sempre operacionais é necessário que se proceda a um controlo da sua qualidade com alguma frequência devendo estas adotar o modelo de centros de custo e comprometer-se a realizar uma avaliação com alguns indicadores de Qualidade, a apresentar, anualmente, à *ARS*, com cópia para a Direcção-Geral de Saúde.

Através do decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho foi criada a *RNCC* (*rede nacional de cuidados continuados*) no âmbito dos ministérios da saúde e do trabalho e da solidariedade social. O funcionamento destas redes assenta em variados princípios: globalidade, integralidade, harmonia, equidade, interdisciplinaridade e inserção na comunidade.

Através do mapa apresentado na Figura 1 podemos ver a distribuição das mesmas no nosso país.

A qualidade nas Unidades de AVC nas cidades da Guarda e Covilhã: a perspetiva dos utentes e dos cuidadores

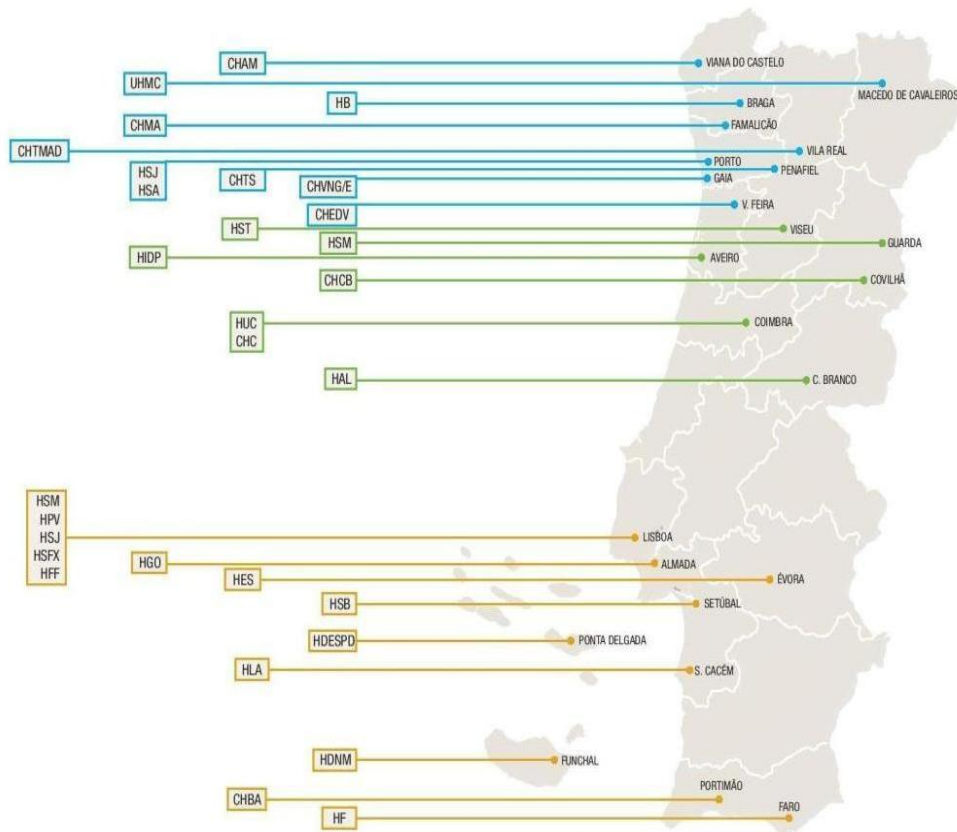


Figura 2 - Mapa de distribuição da RNCC

Como podemos verificar na nossa região centro e especificamente na Beira Interior existem três grandes unidades hospitalares responsáveis por receber os utentes com esta patologia. São elas: *ULS* Guarda; *CHCB* Covilhã e *HAL* Castelo Branco.

Questões de Investigação

Feita uma análise profunda da literatura pode-se afirmar que o número de AVC 's é cada vez mais crescente nomeadamente na nossa região devido aos maus hábitos de vida adquiridos. Para ultrapassar este fenómeno é fundamental uma aposta sobretudo na prevenção primária.

As Unidades de AVC têm vindo a tentar reduzir o número de internamentos em hospitais bem como facilitar o retorno do utente ao seu ambiente familiar e torná-lo o mais independente possível na execução das suas atividades de vida diárias. Contudo será que o investimento feito nestas mesmas unidades consegue dar resposta às crescentes necessidades destes mesmos utentes? Será que as várias unidades espalhadas pelo país, são suficientes dado o crescimento exponencial desta doença?

A qualidade nas Unidades de AVC nas cidades da Guarda e Covilhã: a perspetiva dos utentes e dos cuidadores

Portanto existem várias questões que necessitam de ser colocadas ao longo desta investigação. As principais questões a serem consideradas neste estudo são:

1 - Têm-se verificado, nos últimos tempos, um aumento sistemático do número de AVC 'S?

2 - As unidades de AVC conseguem dar resposta adequada ao elevado número de utentes com esta patologia?

3 - Qual o principal destino dos utentes no pós -alta? Qual a influência do seu destino na sua recuperação?

4 - Qual a razão de haver poucas pessoas a integrar a RNCC?

Para responder a estas questões escolhi como método o exploratório em que através de dados obtidos na Unidade de AVC e do Serviço Social do Centro Hospitalar Cova da Beira consegui a resposta às mesmas. O objetivo do presente estudo passa então por compreender a importância da prevenção primária no que respeita à ocorrência de AVC e saber o tempo decorrido desde a alta até à integração na Unidade de Cuidados Continuados.

Capítulo III - Apresentação de resultados

Este capítulo demonstra os resultados obtido com a investigação proposta. É dividido em 6 subcapítulos:

- Tipo de investigação;
- Variáveis;
- Amostra
- Métodos e técnicas de recolha de dados;
- Procedimentos;
- Resposta às questões de investigação;

Tipo de investigação

Na parte metodológica deste estudo pretende-se fazer uma investigação exploratória, feito de forma dedutiva e abordagem objetivista. Relativamente à técnica de obtenção de dados esta segue uma investigação de natureza quantitativa. A investigação será exploratória pois tem-se a intenção de familiarizar com o tema, de formular questões e refinar assuntos para um estudo mais sistemático e permite desenvolver técnicas e um sentido de direção para futuras investigações. A forma de investigação é feita através do método dedutivo, logo será feito um estudo com base em conclusões de outras investigações com o objetivo de as testar. A abordagem de investigação será objetivista uma vez que o ponto de partida é a teoria e é usada uma metodologia quantitativa.

Variáveis

Quando falamos em variáveis estamos a referir-nos a algo que pretende atribuir características dos atributos a medir. Podemos definir variável como a característica que é medida ou avaliada em cada elemento da amostra ou população (Rumsey, 2009).

As variáveis podem ser classificadas em quantitativas ou qualitativas. As primeiras podem ser classificadas em contínuas e discretas. As variáveis discretas são avaliadas em número e são resultado de contagens, por sua vez as contínuas são resultados de medições e como tal podem assumir valores decimais e ser medidas por meio de algum instrumento.

As variáveis qualitativas são definidas por categorias ou sejam representam uma classificação dos indivíduos e podem ser nominais ou ordinais. As primeiras não têm ordenação entre as categorias enquanto que nas segundas existe uma ordenação entre as categorias.

Amostra

A amostra é o conjunto de elementos retirados da população. As principais razões para se trabalhar com uma amostra são as seguintes:

- A população é infinita, ou considerada como tal, não podendo portanto ser analisada na íntegra;
- Custo excessivo do processo de recolha e tratamento dos dados, como resultado da grande dimensão da população ou da complexidade do processo de caracterização de todos os elementos da população;
- Tempo excessivo do processo de recolha e tratamento dos dados, conduzindo à obtenção de informação desatualizada;
- As populações são dinâmicas, de onde resulta que os elementos ou objetos da população estão em constante renovação, de onde resulta a impossibilidade de analisar todos os elementos desta população;
- Recolha de informação através de processos destrutivos (que, se aplicada exhaustivamente, conduziria à completa destruição da população);
- Inacessibilidade a alguns elementos da população, por diversas causas. Existem variadas técnicas de amostragem: a probabilística e a não probabilística. Na primeira todos os elementos da população têm uma probabilidade conhecida e superior a zero; enquanto que na segunda a seleção de unidades amostrais não é aleatória.

Este estudo decorre no espaço de um semestre decorrente entre 1/01/2016 e 30/06/2016 na Unidade de AVC no Centro Hospitalar Cova da Beira. No caso do estudo presente a amostra é constituída por 121 utentes que estiveram internados no serviço de AVC do *CHCB* no primeiro semestre do ano de 2016 onde o género preponderante foi o sexo masculino. (como irá aparecer descrito no gráfico seguinte). Se bem que com pouca diferença entre eles o género masculino é o que é mais acometido pelo AVC, fato que já é conhecido de que pertencer ao sexo masculino é um dos fatores de risco para esta doença.

Isto e porque as doenças como arteriosclerose, hipertensão arterial e algumas patologias cardíacas estão mais associadas ao género masculino e para agravar a situação alguns comportamentos de risco como tabagismo, consumo de álcool e inatividade física. Além destes fatores os homens também sofrem primeiro um AVC do que as mulheres.

Existe também uma explicação para este facto que está relacionado com a parte hormonal em que se considera que as mulheres estarão protegidas pelo estrogénio endógeno. Ainda e após alguns estudos consultados é fácil perceber que os homens são pessoas mais descuidadas em relação à saúde do que as mulheres o que leva a prever que quando consultam o seu médico a doença já possa estar num estado mais avançado e também dão menos importância aos hábitos de vida saudável.

A qualidade nas Unidades de AVC nas cidades da Guarda e Covilhã: a perspetiva dos utentes e dos cuidadores

Outro dos fatores que influencia esta variável está relacionado com a crise económica do nosso país. Tal aspeto levou a que muitas pessoas ficassem desempregadas nomeadamente homens com idade acima dos 50 anos. A forma que os mesmo encontram para ocupar o seu tempo livre passa pelo consumo de álcool e de tabaco em excesso que muitas das vezes associados a doenças psiquiátricas desencadeia outro tipo de doenças como as cardiopatias que podem então conduzir ao aparecimento do AVC.

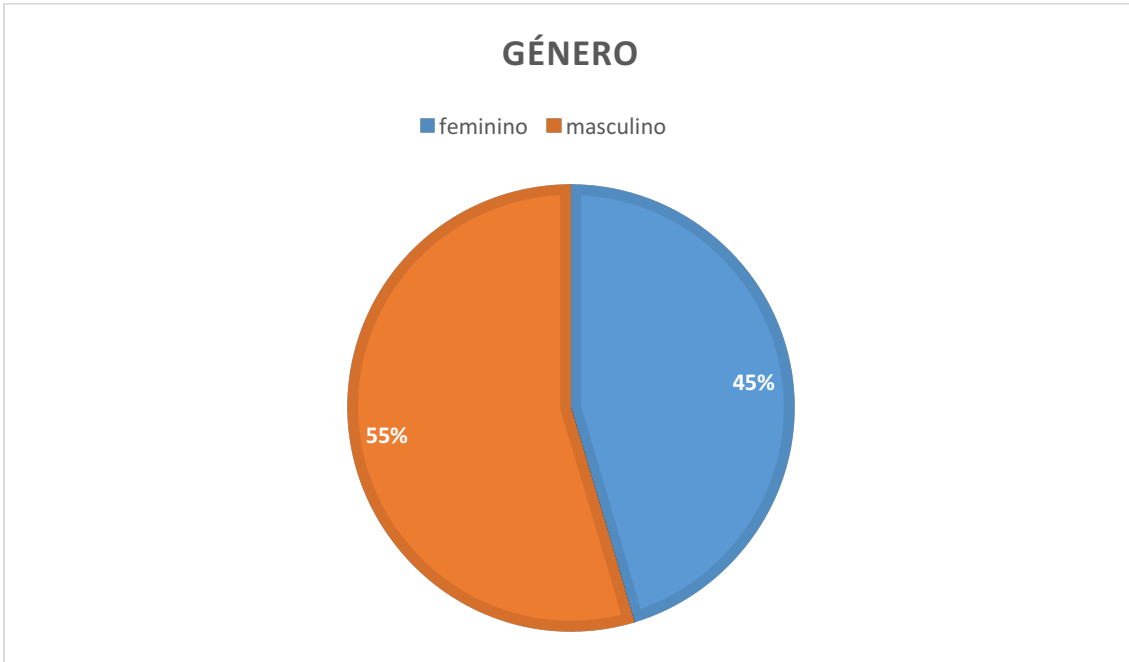


Figura 3 - Género dos utentes com AVC

O seguinte gráfico demonstra o tipo de AVC mais frequente e no mesmo espaço de tempo.

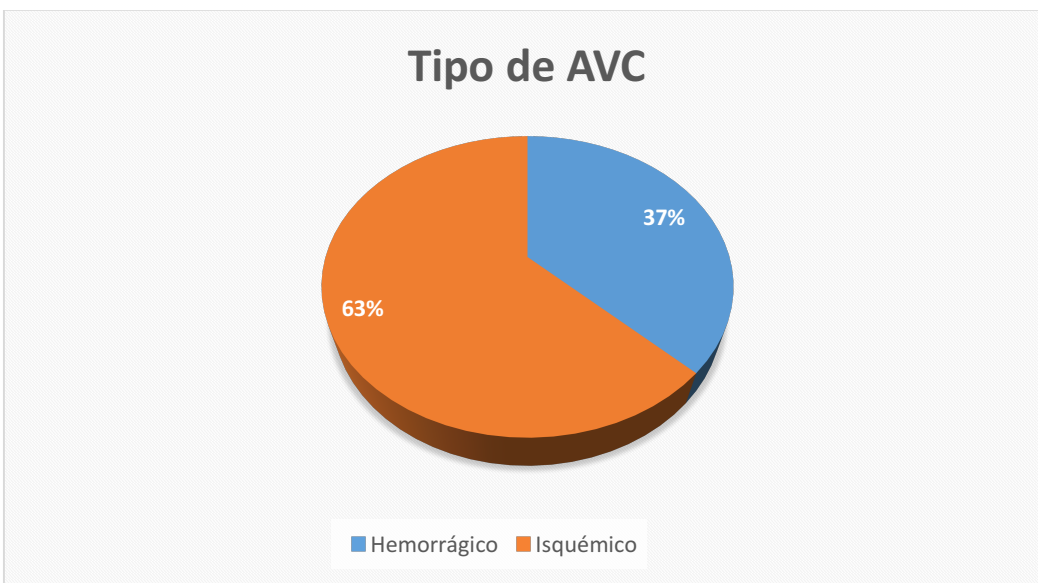


Figura 4 - Tipos de AVC

Perante o gráfico apresentado conseguimos perceber que neste hospital o tipo de AVC mais comum é o isquémico. Uma das principais causas deste tipo de AVC é a hipertensão arterial que como já sabemos é uma das doenças mais presentes na idade idosa. Se este quadro se mantém é porque e mais uma vez, ressalvo, a parte da prevenção primária não está a funcionar de forma correta onde o ensino e a educação à saúde deve ser feita a este tipo de população. Grande parte dos utentes internados são oriundos de aldeias anexas à cidade da Covilhã e por esta razão podemos encontrar a razão para que tal aconteça. Por norma são pessoas ligadas à área agrícola que consomem, na sua maioria, os produtos que lhes são oriundos. Um destes produtos é a carne de porco que como sabemos contém altos níveis de gordura. Neste sentido toda a população, mesmo a que tem baixo nível de escolaridade, deve estar desperta para o consumo de outro tipo de alimentos; alimentos esses que não acarretam doenças para o organismo. A dificuldade, muitas das vezes, passa pela alteração de mentalidades mas também pela gestão financeira e orçamental de uma casa pois como sabemos todos os produtos que fazem melhor à saúde acarretam mais despesas no final do mês. Outro dos problemas passa também pela administração de anti - coagulação aos idosos, isto e porque segundo estudos todos os utentes que fazem este tipo de medicação estão mais associados ao AVC hemorrágico do que ao AVC isquémico.

Para terminar e como já foi referido o AVC isquémico também está muito relacionado com a existência ou não de cardiopatias, algo que constatei com o estudo que também elaborei e daí a incidência deste ser maior.

Em relação ao destino pós - alta verificamos que a maior parte dos utentes vão para instituições ou para o domicílio, sendo muito poucos encaminhados para a RNCC.



Figura 5 - Destino pós-alta

Como podemos averiguar o domicílio é a fatia que representa a maior parte do destino dos utentes com 63 pessoas. Segue-se a integração na RNCC com 22 pessoas. A institucionalização representou a opção para 19 utentes. Por último temos o óbito que corresponde a 5 utentes. Não menos importante e até bastante considerável é a fatia que representa a alta para outro tipo de serviços nomeadamente para os serviços de Pneumologia, Cardiologia e Medicina, o que equivale a 12 utentes.

Verifiquei ainda que o tempo de admissão na RNCC varia entre 11 a 55 dias o que é um fator preponderante para que alguns utentes não o façam. Alguns por razão de óbito e outros ainda que quer por condições socioeconómicas desfavoráveis ou por falta de apoio familiar necessitam de uma resposta mais imediata e daí grande parte deles serem institucionalizados.

Esta variável é das que merece uma maior consideração no sentido em que os utentes na sua maioria vão para o domicílio, o que só por si já representa um perigo para nova reincidência. Ainda e segundo foi apurado grande parte deles coabita sozinho o que também acaba por representar um perigo porque no caso do AVC o tempo decorrido representa um grande problema porque quanto mais tempo decorre uma maior área cerebral acaba por morrer.

Mesmo os utentes que são institucionalizados nunca recebem tanto apoio a nível de reabilitação como os utentes que são integrados na RNCC. Se pensarmos em termos de futuro esta razão aumenta ainda mais os gastos com a saúde porque o estado de saúde da pessoa fica ainda mais deteriorado. Até em termos familiares e no caso dos utentes que vão para casa de familiares isto acarreta um grave problema pois muitos dos familiares necessitam de deixar de trabalhar para conseguirem dar o apoio necessário ao seu familiar doente.

Como conseguimos averiguar a não integração na RNCC traz mais problemas do que a sua integração e neste sentido algo deve ser feito e se necessário os fatores de admissão na RNCC serem mudados para conseguirem dar um maior número de respostas principalmente a idosos que vivem em condições mais desfavorecidas. Sendo assim e algo que também deve ser trabalhado é mesmo o tempo que se espera desde a alta até à integração na RNCC pois e como também constatei muitos deles na hora de serem admitidos acabaram por morrer. Concluo com a premissa de que abram no futuro mais redes de cuidados continuados e que estas se espalhem mais pelo nosso país principalmente na região centro para que possam assim dar uma resposta mais eficaz a todos os utentes que necessitam deste tipo de cuidados.

Métodos e técnicas de recolhas

Como refere Ludke e André (1986) e Santos (1999, 2002) investigar é um esforço de elaborar conhecimento sobre aspetos da realidade na busca de soluções para os problemas expostos. Consideramos que, tal como Bell (1997), “uma investigação é conduzida para resolver problemas e para alargar conhecimentos sendo, portanto, um processo que tem por objetivo enriquecer o conhecimento já existente”.

Existem vários métodos para a recolha de dados e o por mim escolhido foi a recolha direta de documentos. As principais vantagens deste método são:

- A economia de tempo e de dinheiro que permite ao investigador consagrar o essencial da sua energia na análise propriamente dita;
- Permite evitar o recurso abusivo às sondagens e aos inquéritos por questionário;
- A valorização de um importante e precioso material documental, que não pára de se enriquecer devido ao rápido desenvolvimento das técnicas de recolha, de organização e de transmissão dos dados.

As Principais desvantagens deste método são:

- Nem sempre é possível o acesso aos documentos;
- Os problemas de credibilidade e de adequação dos dados às exigências da investigação; Como os dados não são recolhidos pelo próprio investigador, de acordo com os critérios que mais lhe convém, deverão normalmente ser submetidos a manipulações, destinados a apresenta-los nas formas exigidas para verificação das hipóteses, operação essa que é sempre delicada e pode ser subjectiva.

Para tal dirigi -me ao *CHCB* e recolhi informação no serviço social e na Unidade de *AVC*.

Procedimentos

A escolha do tema foi feita em Setembro de 2015 e a pesquisa bibliográfica teve início nesse mesmo ano.

O projeto de investigação foi aprovado em Outubro de 2015, e foi decidido qual o instrumento de avaliação a utilizar, de forma a dar resposta aos objetivos definidos. Esse instrumento, como irei referir mais à frente, não me foi possível aplicar tendo de optar por outro tipo de metodologia.

Posteriormente, foi enviada uma carta ao Presidente da Administração do *CHCB* e da *ULS* Guarda (Apêndice I), solicitando autorização para a recolha de alguns dados junto aos utentes através da implementação dos questionários.

Após o envio dos respetivos pedidos, só consegui obter autorização da primeira entidade e como o tempo dispendido à espera de resposta superou o esperado tive então de fazer recolha direta de dados, como já referi anteriormente.

Resposta às questões de investigação

Com todos os dados recolhidos e obtidos consegue-se obter uma resposta adequada para as minhas questões de investigação. Em relação à primeira foi constatado que efetivamente as condições de vida nos últimos tempos têm piorado no sentido em que os maus vícios como o álcool ou o tabaco têm aumentado bem como o stress, fatores que levam à predisposição da ocorrência do AVC. Como também foi dito ao longo do trabalho, a nossa região é uma região por excelência propícia a esta doença e nesse sentido tem de haver um maior investimento na educação em saúde que é feita à população.

Depois e em relação à segunda questão, as unidades de AVC conseguem dar uma resposta adequada, concluo e apenas em relação à do *CHCB* que conseguem dar uma resposta adequada pois cada vez há um aumento de pessoal médico e de enfermagem mais especializado nesta área e tem-se feito um investimento no equipamento técnico destas unidades também. Em termos de relações pessoais, por uma recolha de dados informal que conseguir fazer, obtive a informação de que toso os utentes que aí estavam internados estavam contentes com o tipo de atendimento que lhes era feito. Assisti também à preocupação constante da Assistente Social em conjunto com os outros elementos da equipa em que o doente tivesse alta o mais precocemente possível (dentro dos limites razoáveis para este processo) e sempre que possível tentaram que a família fizesse sempre parte deste processo e do processo pós-alta.

Quanto ao destino dos utentes e como já verificámos, fiquei bastante surpreendida, ao perceber que muitos poucos são integrados na *RNCC*, dando-se primazia à alta para o domicílio. Clarivamente que este processo irá influenciar toda a sua recuperação pois no domicílio não existem equipas multidisciplinares preparadas para este tipo de assistência. Mesmo os utentes que possam ter ajuda do serviço de apoio ao domicílio este nunca contém os mesmos técnicos que uma equipa de rede de cuidados continuados. Neste sentido e ao acharem que podem estar a poupar em termos económicos, no futuro ir-se-á revelar uma péssima escolha pois o risco de reincidência de um AVC vai ser muito maior e a recuperação do utente vai ser muito mais lenta e poderá nunca ser total nem bem sucedida.

Por último e é uma questão que já fui colocando ao longo do trabalho, pois para mim acaba por ser a mais pertinente, que é o facto de haver tão poucos utentes a integrar a *RNCC*. Pelo que foi averiguado de momento está relacionado com questões de ordem logística dentro da própria instituição, tanto que no levantamento de dados a pessoa responsável pela gestão da rede ficou estupefacta, dizendo ainda que em relação ao ano passado houve um grande decréscimo neste sentido. Será então pertinente que nos meses transatos o possam e comecem a fazer pois como já verificámos existe uma deficiente reabilitação neste tipo de utentes o que

A qualidade nas Unidades de AVC nas cidades da Guarda e Covilhã: a perspetiva dos utentes e dos cuidadores

acarreta consequências gravíssimas para o seu futuro. Embora grande parte dos doentes que estudei sejam já considerados idosos merecem na mesma respeito e continuam a ter direito a decidir sobre a sua vida bem como o deviam fazer em relação à sua ou não reabilitação e em relação ao seu destino no pós-alta.

Capítulo IV - Conclusão

O objetivo inicial deste trabalho passava pela implementação de questionários e a recolha de indicadores sobre as unidades de AVC no centro hospitalar Cova da Beira e na Unidade local de saúde da Guarda. Tal objetivo não foi possível ser concretizado a 100% dada a não autorização por parte de algumas entidades para a implementação dos questionários e a não disponibilidade por parte da unidade local de saúde da Guarda em fornecer os dados necessários para a investigação. No entanto com os resultados que obtive também consegui chegar a conclusões bastante válidas.

Foi percebido ao longo deste trabalho que a educação em saúde não está a ser feita de forma homogénea e não chega a todos os setores pois o AVC ainda continua a ser a doença que mais afeta as pessoas idosas devido ao mau estilo de vida destas. Outra das conclusões pertinentes é o facto de haver tão pouca gente a ter alta para a RNCC o que após uma conversa com o responsável pela gestão desta rede me disse que este fator se deve a algumas questões de ordem logística dentro do próprio hospital o que acaba no futuro por se traduzir em pioria no estado de vida das pessoas acometidas por esta patologia, nomeadamente o que toca à parte da reabilitação.

Constatou-se ainda que grande parte das pessoas que têm alta para o domicílio não têm qualquer tipo de assistência o que conduziu em alguns casos a que houvesse uma reincidência da doença e um agravamento geral da vida da pessoa.

Neste sentido será importante rever a prioridade dos utentes na integração na RNCC e sempre que esta não é feita, de que outra forma se pode dar uma resposta adequada a todos os utentes visto que as condições económicas de muitos deles passam apenas pela reforma o que equivale dizer que não conseguem chegar a mais nenhum tipo de tratamento médico especializado. Conclui-se então que a atual conjuntura económica e financeira do nosso país tem um papel relevante e preponderante em todas as questões relacionadas com a saúde e a região Interior em muitos aspetos continua a ser esquecida.

Como trabalhos futuros e questões futuras será importante perceber em que sentido as prioridades na integração na RNCC podem ser alteradas e de que forma a prevenção primária pode chegar a todas as aldeias da região Interior de forma a que o estilo de vida da população em geral mude para melhor.

Bibliografia

- BULLINGER M. (2004) Ensuring international equivalence of quality of life measures: problems and approaches to solutions. in: correia, m., silva, m. r., & matos, i. Prospective Community-Based Study in differences incidence of stroke: prospective study with stroke register. *BMJ*, 3(18), pp 5.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Portugal - doenças cérebro-cardiovasculares em números - pp12
- EL-SAED, A., KULLER, L. H., NEWMAN, A. B., LOPEZ, O., CNSTATINO, J., MCTIGUE, K., ET AL. Geographic variations in stroke incidence and mortality among older1994. P 33-40
- GILL T, FEINSTEIN A. A , 1993 Critical appraisal of the quality-of-life measurements. *JAMA*; 272:619-26 - pp 65
- HABIB, M. (2000). *Bases Neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi
- [HTTP://WWW.ACSS.MINSAUDE.PT/PORTALS/0/UNIDADES%20REABILITA%C3%A7%C3%A3O%20DC.PDF](http://www.acss.minsaude.pt/portals/0/unidades%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20dc.pdf)
- KISTLER, J. P., FURIE, K. L., & AY, H. (2005). *Definition of transient ischemic attack*. Retrieved pp13 ,
- MARTINS, T. 2002 *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de Vida e Bem-Estar*. Coimbra: Formasau, pp 23.
- Northern portugal incidence and case fatality in rural and urban populations.
- ORLEY J, KUYKEN W EDITORS. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Verlag;
- ORLEY J, SAXENA S, HERRMAN H. (1998) Quality of life and mental illness. *Br J Psychiatry* ; 172:291-3 pp 30
- PAIS RIBEIRO, J.L. (1997). *A promoção de saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas*. Actas - 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Braga, Ed. José Luís Pais Ribeiro, pp 253-340
- PAIXÃO, JÚNIOR C. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Republic Health: Caderno de Saúde Pública. pp.7-19.
- PATEL, A.A., MCCARTHY, M., STEITZ, J.A. (2002) pp 70-80
- Programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares. 2013 Lisboa, DGS, pp 50.
- QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL), 1998 development general psychometric properties. *Soc Sci Med*
- STEWART, J. A., DUNDAS, R., HOWARD, R. S., RUDD, A. G., & WOLF, C. D. A. (1999). Ethnic

A qualidade nas Unidades de AVC nas cidades da Guarda e Covilhã: a perspetiva dos utentes e dos cuidadores

Stroke, 35, 6. pp 90-110

WYLLER V. B., SAUL J. P., AMLIE J. P., THAULOW E. 2007. Sympathetic predominance of cardiovascular regulation during mild orthostatic stress in adolescents with chronic fatigue. *Clin. Physiol. Funct.* pp 80

ZWECKER, M. ET AL., Mini-Mental State Examination, cognitive FIM instrument and Loewenstien occupational therapy cognitive assessment: relation to functional outcome of stroke patients, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 83. (2002). pp 342 - 345

Anexos