

Independência Funcional em Doentes com AVC: Influência do Hemisfério Afectado *

Maria Clara Amado Apóstolo Ventura **



O Acidente Vascular Cerebral é uma patologia do foro neurológico, em que a maioria das pessoas afectadas sobrevive com vários graus de incapacidade. Assim, desenvolvemos um estudo descritivo sobre o nível de independência funcional dos doentes com AVC, desde a admissão até à alta hospitalar, e a influência da localização da lesão (hemisfério esquerdo ou direito) na recuperação destes doentes.

A uma amostra de 49 doentes internados num serviço de neurologia foi aplicada uma escala de independência funcional (MIF). Os resultados demonstraram que existem diferenças estatisticamente significativas na evolução da independência funcional, apresentando maior nível de evolução os doentes com lesão à esquerda.

Introdução

O AVC surge em consequência de alterações da circulação cerebral, e é caracterizado por um défice neurológico motor, sensitivo e da função mental, de início súbito ou progressivo e de intensidade variável. É considerado a terceira causa de morte nos países industrializados; o risco aumenta com a idade, sobretudo após os 55 anos (THELAN, DAVIE e URDEN, 1993).

Em Portugal, de acordo com GONÇALVES *et al.* (1992), os AVCs ocupam o primeiro lugar nas estatísticas de mortalidade. Mas, a caracterização

correcta das doenças cerebro-vasculares tem de ser baseada obrigatoriamente na morbilidade, dado que a maioria dos doentes vítimas de AVC sobrevive com vários graus de incapacidade.

A incidência desta patologia verifica-se em pessoas mais idosas, mas ocorre frequentemente em indivíduos ainda em plena actividade e no auge do rendimento. Tem grande importância não só médica mas também social, devido ao impacto da incapacidade nos sobreviventes, requerendo elevado investimento em recursos humanos e financeiros, para o desenvolvimento dos cuidados. A localização e a extensão da lesão determinam o quadro neurológico apresentado por cada doente (O'SULLIVAN, 1993).

A recuperação do doente após o AVC tem representado uma importância fundamental para a

* Artigo elaborado com base na Tese de Mestrado, sob orientação do Prof. Doutor José Luis Pio Abreu.

** Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Mestre em Sociopsicologia da Saúde.

enfermagem de reabilitação. Com o aumento da sobrevivência nestes doentes, que resulta, na maioria dos casos, numa incapacidade parcial ou total permanente e vai originar necessidades de adaptação e ajustamento quer por parte dos sobreviventes, quer da sua família. Portanto, os profissionais de reabilitação têm procurado desenvolver um processo contínuo de avaliação, tratamento e reavaliação, no sentido de alcançar o desenvolvimento óptimo de cada doente reconhecendo os aspectos comuns a todos eles e a singularidade de cada um. Trabalhando com o doente no sentido de o auxiliar a passar da dependência até à independência possível.

Para estudar o prognóstico do AVC, vários factores devem ser considerados, como sejam a recuperação neurológica e a recuperação funcional. Estas dependem do mecanismo e extensão da lesão e da sua localização em termos vasculares. Assim, o tipo de AVC (isquémico ou hemorrágico), a extensão da área atingida e a localização da lesão, hemisfério esquerdo ou direito, são factores importantes a considerar na recuperação destes doentes.

Desde Broca que se conhece a relação entre a capacidade linguística e o hemisfério afectado. Conhecimentos que se têm desenvolvido cada vez mais ao longo dos anos na descoberta da especialização hemisférica. Como nos refere MENDOZA (1995), o esquema até aqui considerado de dominância hemisférica revela-se inadequado. Um novo modelo tem em vista uma especialização funcional e uma divisão de competências entre os dois hemisférios cerebrais, relacionadas com a natureza da tarefa a desenvolver. Diferentemente do que ocorre com pessoas que ficam com alteração da fala, causada pela lesão do hemisfério esquerdo, doentes com lesão do hemisfério direito apresentam maiores probabilidades de ter problemas de atenção e percepção, com sérias dificuldades de orientação espacial (SPRINGER e DEUTSCH, 1998).

Assim, a lesão à esquerda provoca tipicamente as afasias, podendo existir uma incapacidade de usar a fala, não porque o doente não pode falar, mas porque não consegue ligar as palavras entre si, numa estrutura sintáctica, ou não as consegue ligar

aos objectos que tem em mente. No entanto, estes doentes podem compreender o significado do que se lhes diz, bem como dos objectos que não sabem nomear, dado que frequentemente os identificam com a indicação verbal ou motora do seu uso. Os doentes destros com lesão do hemisfério direito não têm normalmente afectadas as capacidades linguísticas, contudo, podemos verificar neles, comportamentos bizarros, nomeadamente a anosognosia.

Vivendo o homem em sociedade, desde o nascimento que comunica com o mundo através da percepção dos objectos que o rodeiam, não se apercebendo do mundo passivamente, mas orientando-se intencionalmente para ele, produzindo representações dos objectos e até os próprios objectos, de acordo com as suas finalidades. Assim, e de acordo com PIO ABREU (1994), a presença de objectos evoca o movimento, e a execução do movimento requer o objecto, residindo aqui a distinção entre significado e significante. O significante será o objecto ou o seu simulacro (o seu signo), sendo o movimento o significado.

Foi Saussure quem definiu a dupla face do signo, a do significante e a do significado. O significante seria a imagem acústica da palavra (ou a sua imagem visual) o significado corresponderia ao conceito. Assim, toda a informação nos chega através de signos, sendo estes uma estrutura significante que existe no espaço, com uma dinâmica significativa que corresponde a mudanças de forma ao longo do tempo (PIO ABREU, 1997).

Neste contexto, os doentes destros com lesões do hemisfério esquerdo podem ser incapazes de lidar com os significantes, sejam eles signos ou formas de objectos, bem como a relação entre eles, ou seja, o sentido. De facto, as lesões cerebrais provocam normalmente paralisia (hemi) dos membros contralaterais, mas só as do hemisfério esquerdo, conforme já referido, provocam afasia, ou seja, a incapacidade de falar correctamente, de nomear objectos. O que habitualmente está alterado não é a pronúncia das palavras, dado que as conseguem articular, mas o sentido, a relação horizontal entre os signos significantes, tanto na sua dimensão estrutural (usar as palavras na sequência

lógica), como referencial (incapacidade de ligar as palavras a objectos ou imagens). Por outro lado, estes doentes reconhecem os significados dos objectos ou mesmo expressões que não sabem nomear, fazendo menção gestual do seu uso (serve para escrever, para sentar ou colocar a cinza do cigarro). Os seus membros paralisados são reconhecidos como parte de si e investidos de qualidades afectivas como *peso*, *dor*, *vazio*, estando normalmente conscientes da sua situação e das suas limitações, manifestando preocupação e angústia relativamente ao futuro.

As lesões em zonas similares do hemisfério direito não provocam afasia. No entanto, os doentes sentem dificuldades notáveis em tarefas que envolvem a noção do conjunto posicional do seu corpo e da coordenação de tarefas ligadas aos movimentos no espaço, à noção do uso e do movimento que ele implica (PIO ABREU, 1997). Com efeito, para alguns destes doentes, os membros paralisados são *coisas* concretas e objectivas que não lhe pertencem e são atribuídos a outros, como um doente de Oliver Sacks que, incapaz de reconhecer como seus os membros afectados, caiu da cama porque tinha junto dele *a perna de outra pessoa* (SACKS, 1985). Outro sintoma característico das lesões do hemisfério direito é, como já referimos, a anosognosia. Estes doentes são normalmente optimistas, não reconhecem a doença nem as suas consequências, ou seja, não atribuem significado à doença, como um doente em cadeira de rodas, que refere ser capaz de marcar imensos golos e estar convencido que vem a ser um excelente futebolista (DAMASIO, 1994). Para o mesmo autor, o que sucede na anosognosia é que os doentes são incapazes de aproveitar a informação que recebem do seu corpo, e, consequentemente, reconhecer de forma imediata através do sistema somatosensorial que a realidade da sua situação corporal se alterou. A ausência de sinais actualizados do corpo leva não só a afirmações irracionais sobre os defeitos motores, mas também a emoções e sentimentos inadequados em relação ao estado de saúde. Quando obrigados a raciocinar sobre o seu estado, verbalmente ou através de confrontação visual directa, reconhecem por

momentos a sua nova situação mas rapidamente esquecem essa percepção. Os anosognóticos lembram-se quem são, onde vivem e trabalham, conhecem os que lhe são chegados, mas essa informação não pode ser usada para raciocinar correctamente sobre o seu actual estado pessoal e social.

Dada a assimetria funcional dos hemisférios cerebrais e consequentemente as diferenças que podem ocorrer em termos de função, o lado da lesão (hemisfério esquerdo ou hemisfério direito), poderá de alguma forma influenciar a evolução/recuperação do doente com AVC.

Neste contexto, o nosso estudo consistiu na avaliação funcional dos doentes com acidente vascular cerebral, cujo tema foi “Independência funcional em doentes com acidente vascular cerebral esquerdo ou direito”.

Metodologia

Realizámos um estudo descritivo com o objectivo de responder às seguintes questões de investigação:

Qual o nível de independência funcional nos doentes com lesões hemisféricas por acidente vascular cerebral?

Quais os parâmetros numa escala de independência funcional com maiores níveis de função de acordo com o hemisfério afectado?

Procurando operacionalizar as nossas questões, de acordo com o que é conhecido em termos de literatura, foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese I - Existe diferença na independência funcional dos doentes com lesões hemisféricas por AVC, na admissão e na alta;

Hipótese II - Existe diferença na evolução da independência funcional desde a admissão até à alta, segundo o hemisfério afectado;

Hipótese III - Existe diferença na evolução dos valores das dimensões da MIF, de acordo com o hemisfério afectado;

Hipótese IV - Existe diferença na evolução da independência funcional dos doentes com lesões hemisféricas por AVC, de acordo com o sexo;

Hipótese V - Existe diferença na evolução da independência funcional dos doentes com lesões hemisféricas por AVC, de acordo com a idade (≤ 65 e > 65).

Amostra

A amostra foi seleccionada de forma sequencial e foi constituída por todos os doentes vítimas de um primeiro AVC de localização hemisférica esquerda ou direita, internados no serviço de Neurologia de um hospital central, durante os meses de Junho e Julho de 1998.

Participaram no presente estudo 49 indivíduos, com a média de idades de 69,7 anos, 53,1% do sexo masculino e 46,9% do feminino. Quanto à localização da lesão, 51% foram lesões hemisféricas à esquerda e 49% à direita.

Instrumento de colheita de dados

Os dados foram colhidos por entrevista utilizando um formulário. Para medir a variável dependente Independência Funcional, foi aplicada a escala de Medida de Independência Funcional (MIF). Esta escala foi validada nos EUA (State University of New York) reflectindo boa fiabilidade ($r = 0,86$ na admissão a $r = 0,88$ na alta) (CHRISTIANSEN, SCHWARTZ e BARNES 1992). É constituída por seis dimensões e respectivos indicadores (18), numa escala a 7 níveis representativos da independência - dependência.

No que concerne à aplicação da MIF, é sempre necessário ter-se presente que o indivíduo será tanto mais independente, quanto mais elevada for a cotação do total obtido, sendo que os limites se situam entre 18 e 126. A escala foi aplicada à entrada dos doentes no serviço (3 dias) e próximo da alta (15 dias). A escolha destas datas deveu-se ao facto da aplicação da MIF estar indicada após a fase aguda do AVC (1ª aplicação às 72 horas) e do tempo médio de permanência no serviço destes doentes ser 2 semanas.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado através do programa SPSS 6.0. Para testar as hipóteses recorremos ao teste t de Student, a um nível de significância de 5%.

Resultados

Nos resultados obtidos relativamente à independência funcional, verificámos que, tanto na primeira como na segunda aplicação, a maioria dos doentes se encontrava em *dependência modificada*. Contudo, os valores relativos aos doentes em dependência completa na primeira aplicação (33%) reduziu para metade na altura da alta. Também o doentes *independentes* que eram apenas 3 (6%) no início do internamento, passaram a 15 (31%) no momento da alta. Estes resultados podem ser observados na Tabela 1.

TABELA 1 – Resultados da primeira e segunda aplicação da MIF segundo os níveis da medida de independência funcional

Níveis da MIF	1ª Aplicação		2ª Aplicação	
	N.º	%	N.º	%
Dependência completa [18-36]	16	33,00	8	16,00
Dependência modificada [36-90]	30	61,00	26	53,00
Independência [90-126]	3	6,00	15	31,00
Total	49	100,00	49	100,00

A evolução destes doentes em termos de independência funcional é deveras importante, tendo em conta que, como nos refere AMARAL (1994), a doença vascular cerebral é a principal causa de incapacidade por doença neurológica. Este autor considera ainda que, relativamente ao prognóstico funcional do doente com AVC, a reabilitação tem um papel fundamental, podendo melhorar significativamente a capacidade funcional, mesmo em doentes idosos.

A reabilitação faz parte dos cuidados integrais de enfermagem. Os esforços de reabilitação devem começar no contacto inicial com o doente, dando ênfase à restauração da independência do doente ou recuperação do seu nível de função pré-enfermidade / pré-incapacidade. Se isto não for possível, ajudar o doente a alcançar o máximo de independência, dentro dos limites da incapacidade. Na opinião de BRUNNER e SUDDARTH (1990), o processo de reabilitação ajuda a pessoa a atingir uma aceitável qualidade de vida, com dignidade, auto-estima e independência. Durante a reabilitação, o indivíduo é auxiliado a ajustar-se à sua incapacidade, aprendendo como utilizar os seus recursos e a focalizar as capacidades existentes.

No que se refere aos resultados dos níveis da escala, segundo o hemisfério afectado, verificámos que na primeira aplicação 50% dos doentes com lesão do hemisfério esquerdo se encontravam *dependentes* no início do internamento (primeira aplicação), enquanto que a maioria com lesão à direita (80%) se encontravam em *dependência modificada*. Contudo, na segunda aplicação, os resultados já eram equivalentes, sendo mesmo os doentes *independentes* com lesão à esquerda em número superior, o que significa que em termos de evolução na independência funcional, ela foi melhor nos doentes com lesões do hemisfério esquerdo (Quadro 1).

QUADRO 1 – Resultados da aplicação da MIF segundo os níveis da escala e o hemisfério afectado

Hemisfério afectado Níveis da MIF	1ª Aplicação		2ª Aplicação	
	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito
	N.º %	N.º %	N.º %	N.º %
Dependência completa [18-36]	12 50,00	4 16,00	4 17,00	4 16,00
Dependência modificada [36-90]	10 42,00	20 80,00	12 50,00	14 56,00
Independência [90-126]	2 8,00	1 4,00	8 33,00	7 28,00

Como nos refere AMARAL (1994), a melhoria sob o ponto de vista funcional depende de vários factores, nomeadamente o tipo de AVC, a extensão

e a localização da lesão. Apesar de considerar a localização da lesão um factor controverso, refere que a impulsividade e o erro de julgamento, presentes frequentemente nos doentes com lesão do hemisfério direito, prejudicam a recuperação. Também a negação, afectando a visão, o tacto e a audição não beneficiam a aprendizagem destes doentes. Com efeito, CHRISTIANSEN, SCHWARTZ e BARNES (1992) referem-nos que doentes com hemiplegia esquerda (lesão à direita), após mostrarem alguns progressos, regridem na evolução pelo simples facto de mudarem de ambiente. Concluíram que estes doentes têm dificuldade em transferir as habilidades aprendidas em momentos anteriores, principalmente se a actividade for desenvolvida num local diferente. Como nos refere GARRISON *et al.* (1992), o doente hemiplégico esquerdo, apesar de reter a fluência verbal, apresenta, muitas vezes, comprometimentos na percepção visuo-motora, perda de memória visual e anosognosia. Pelo contrário, o doente hemiplégico direito ainda que não se comunique eficazmente e o grau de retenção auditiva e de vocabulário esteja reduzido, a percepção visual motora proporcionam modos pelos quais, a aprendizagem se faz com maior facilidade.

Pela formulação teórica exposta, os doentes com lesão do hemisfério direito, apesar de fluentes no uso dos significantes (incluindo a percepção do seu corpo paralisado), tendem a não lhes atribuir significado. Assim, nem sempre reconhecem a necessidade de melhorar, nem percebem a razão para colaborar nos procedimentos de recuperação. Diminuem deste modo então a sua participação e aprendizagens activas, embora cooperem com o reabilitador.

Relativamente às dimensões da MIF, os resultados por hemisfério afectado revelaram na primeira aplicação da escala, que nos doentes com lesão à esquerda os valores em média das dimensões, eram inferiores aos dos doentes com lesão à direita. Porém, na segunda aplicação, os doentes com lesão à esquerda, apresentaram valores superiores na maioria das dimensões, com excepção para a comunicação e a cognição social (Quadro 2).

QUADRO 2 – Resultados das médias da amostra, na primeira e segunda aplicação da MIF segundo as dimensões da escala e o hemisfério afectado

MIF-Hemisfério	Médias			
	1ª Aplicação		2ª Aplicação	
	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito
Autocuidado	13,2	16,6	24,9	22,8
Controle de esfíncteres	5,6	6,3	10,0	8,6
Mobilidade	6,9	7,4	13,2	11,1
Locomoção	3,4	3,7	6,4	5,3
Comunicação	5,7	8,8	8,2	10,5
Cognição social	8,3	11,4	12,1	14,5

Quando analisados os indicadores de cada uma das dimensões, os resultados apresentavam consequentemente as mesmas características. Quase todos os indicadores revelaram uma maior dependência nos doentes atingidos no hemisfério esquerdo, na primeira aplicação. Contudo, na segunda aplicação da escala, os doentes com lesão à direita estavam mais dependentes em 13 dos 18 indicadores. Estes indicadores referem-se na dimensão comunicação à *compreensão e expressão* (visual e auditiva) e na dimensão cognição social à *interacção social, resolução de problemas e memória*. Estes resultados podem ser observados no Quadro 3.

Podemos constatar portanto que as capacidades linguísticas (comunicação) estão sem dúvida mais afectadas e com menor grau de recuperação nos doentes com lesão à esquerda. Assim, estando a comunicação alterada, pode ser mais difícil avaliar os indicadores referentes à dimensão cognição social. Por outro lado, pela maior dificuldade em se comunicar com outros, o doente não se sentirá tão motivado para interagir. Como nos refere O'SULLIVAN (1993), a fala nestes doentes é difícil e frustrante, podendo levar a uma diminuição nas tentativas de comunicação. Para AMARAL (1994) e GARRISON *et al.* (1992), a depressão é a alteração do humor mais comum após o AVC, sendo mais frequente nas lesões do hemisfério esquerdo.

Também CALKINS, FORD e KATZ (1997) referem que os indivíduos com lesão à esquerda se apresentavam mais frequentemente deprimidos e com maiores problemas na comunicação, que aqueles

QUADRO 3 – Resultados das médias da amostra, nos indicadores da MIF, na primeira e segunda aplicação de acordo com o hemisfério afectado

MIF-Hemisfério	Médias			
	1ª Aplicação		2ª Aplicação	
	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito
<i>Autocuidado:</i>				
Alimentação	2,9	3,9	4,9	4,7
Higiene pessoal	2,1	2,6	3,9	3,8
Banho	2,2	2,6	4,1	3,7
Vestir metade superior	2,2	2,7	4,2	3,8
Vestir metade inferior	2,1	2,6	4,0	3,7
Utilização da sanita	1,8	2,1	3,9	3,2
<i>Controle de esfíncteres:</i>				
Controle da bexiga	2,7	2,8	4,9	4,0
Controle do intestino	2,9	3,5	5,1	4,6
<i>Mobilidade:</i>				
Leito, cadeira de rodas	2,3	2,5	4,4	3,7
Sanita	2,3	2,6	4,4	3,7
Banheira, duche	2,3	2,4	4,4	3,7
<i>Locomoção:</i>				
Marcha, cadeira de rodas	1,9	2,3	3,7	3,2
Escadas	1,5	1,4	2,7	2,1
<i>Comunicação:</i>				
Compreensão	3,3	4,4	4,7	5,2
Expressão	2,3	4,4	3,5	5,2
<i>Cognição social:</i>				
Interacção social	2,9	3,9	4,3	5,1
Resolução de problemas	2,5	3,0	3,4	4,0
Memória	2,9	4,4	4,2	5,4

com lesão no hemisfério direito. No entanto, estas alterações não impedem que o prognóstico de reabilitação seja bem sucedido. Por outro lado, os doentes com lesões no hemisfério direito apesar da facilidade na expressão verbal, apresentam frequentemente comprometimento sensorial extensivo e perda de consciência no lado afectado. Por este facto, torna-se difícil a sua recuperação, principalmente porque podem não ser capazes de compreender a extensão total da sua incapacidade.

Na primeira hipótese formulada, que verifica se há diferença na independência funcional dos doentes, na admissão e na alta, constatámos que *existe diferença estatisticamente significativa* ($p=0,000$).

No Quadro 4 são apresentados os resultados referentes à primeira e à segunda aplicação da MIF, na totalidade dos inquiridos.

QUADRO 4 – Resultados da primeira e segunda aplicação da escala, a todos os inquiridos

MIF	Resultados	$\bar{X}$	DP	P
1ª Aplicação (n = 49)		48,7	23,6	0,000
2ª Aplicação (n = 49)		73,7	27,8	

Assim, na sua maioria, os doentes pós AVC da amostra apresentaram uma recuperação significativa nos níveis de independência funcional. Muitos factores influenciam a evolução da independência funcional. FONTES (1996) considera que o pico de recuperação destes doentes anda à volta de 3 meses, podendo ir até 6 meses. Contudo, considera a mobilização e o tratamento na fase aguda, como o desafio principal para quem trata destes doentes. O processo de reabilitação, com a aprendizagem de técnicas alternativas para adquirirem mobilidade e autonomia, são factores de primordial importância.

Para testar a hipótese II, se há diferença na evolução da independência funcional desde a admissão até à alta, comparando o hemisfério afectado, verificámos que *existe diferença estatisticamente significativa* ($p=0,000$). Nos doentes com lesão do hemisfério esquerdo, as diferenças em termos de evolução foram significativamente mais importantes (Quadro 5).

QUADRO 5 – Resultados das diferenças da evolução da MIF (1ª e 2ª aplicação), segundo o hemisfério afectado

Hemisfério	MIF	$\bar{X}$	DP	P
Esquerdo (n = 24)		31,8	19,3	0,000
Direito (n = 25)		18,6	9,6	

Estes resultados reflectem a opinião de diversos autores consultados de que há diferenças significativas entre as capacidades cognitivas de pacientes com hemiplegia esquerda (lesão do hemisfério direito) e hemiplegia direita (lesão do

hemisfério esquerdo). Para GARRISON (1992), a aprendizagem nas lesões à direita é prejudicada principalmente pelas limitações no reconhecimento dos seus problemas e dificuldades na aprendizagem pelos erros ou pela observação dos outros. Pelo contrário, nas lesões esquerdas, apesar do doente não comunicar eficazmente, tem em geral consciência da sua situação, e a percepção visual motora e a memória visual, facilitam a aprendizagem.

Na hipótese III, pretendíamos saber se existe diferença na evolução dos valores das dimensões da MIF, segundo o hemisfério afectado. Pelos resultados obtidos confirmámos que *existe diferença estatisticamente significativa* em três das dimensões da MIF. Nas dimensões locomoção, comunicação e cognição social, as diferenças *não são estatisticamente significativas*.

QUADRO 6 – Resultados das diferenças da evolução das dimensões da MIF, segundo o hemisfério afectado

Hemisfério	Esquerdo (n = 24)		Direito (n = 25)		P
	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP	
Autocuidado	11,7	8,1	6,2	3,9	0,006
Controlo dos esfíncteres	4,4	3,5	2,3	2,3	0,019
Mobilidade	6,3	3,5	3,6	2,2	0,003
Locomoção	3,0	3,1	1,5	1,8	0,058
Comunicação	2,5	1,6	1,6	1,1	0,055
Cognição social	3,7	3,1	3,1	1,8	0,362

Para todos os autores consultados, a comunicação é predominantemente afectada nos doentes com lesões do hemisfério esquerdo.

No que concerne à dimensão locomoção, a marcha é uma das últimas actividades a ser recuperada na maioria dos doentes com AVC. Com efeito, antes de iniciar a marcha, o indivíduo deve possuir uma estabilidade completa na posição de pé. Como nos refere JOHNSTONE (1979), a passagem da posição de sentado para a de pé depende do reflexo postural de endireitamento e do tônus muscular equilibrado; só então o doente estará preparado para deambular.

No que se refere à cognição social, os resultados podem estar de alguma forma relacionados com os

estilos comportamentais dos doentes. De acordo com O'SULLIVAN (1993), os doentes com lesão à esquerda e à direita diferem bastante em termos de comportamento. Nas lesões do hemisfério esquerdo tendem a ser lentos, mais cuidadosos, incertos e inseguros, parecendo ansiosos e hesitantes no desempenho das tarefas e exigindo apoio mais frequente. Pelo contrário, os indivíduos com lesão à direita tendem a ser rápidos e impulsivos, frequentemente sobrestimando as suas capacidades enquanto minimizam os seus problemas, podendo levar a um juízo equivocado por parte de quem os assiste.

Queremos sublinhar ainda que as duas primeiras dimensões já mencionadas (locomção e comunicação) estão no limiar da significação. Portanto, mesmo nessas dimensões, as diferenças em termos de evolução da MIF foram importantes. Salientando que a comunicação inclui linguagem verbal e não verbal, na maioria das situações, os doentes com AVC à esquerda conseguem comunicar sob alguma forma. Como refere ISRAEL (1995), imenso é o mundo da comunicação não verbal.

Relativamente à hipótese IV, se existe diferença na independência funcional nos doentes com lesões hemisféricas por AVC, de acordo com o sexo, verificamos que quando comparado o sexo masculino e feminino *não há diferença estatisticamente significativa* na evolução da independência funcional (Quadro 7).

QUADRO 7 – Resultados das diferenças na evolução da MIF segundo o sexo.

Sexo \ MIF	$\bar{X}$	DP	P
Masculino (n = 26)	25,5	16,5	0,845
Feminino (n = 23)	24,5	16,5	

Quando analisadas as dimensões da escala, também em nenhuma delas encontramos diferenças significativas (Quadro 8).

QUADRO 8 – Resultados das diferenças da evolução das dimensões da MIF, segundo o sexo

Dimensões	Sexo		Masculino (n = 26)		Feminino (n = 23)		P
			$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP	
Autocuidado			9,2	7,0	8,5	6,7	0,723
Controlo dos esfíncteres			3,3	3,2	3,3	3,0	0,999
Mobilidade			5,0	3,4	4,9	3,0	0,963
Locomoção			2,1	2,1	2,4	3,1	0,684
Comunicação			2,1	1,6	2,0	1,3	0,721
Cognição social			3,6	2,5	3,3	2,5	0,632

No entanto, quando comparados os resultados da evolução da MIF total, relacionando o género dos inquiridos com o lado da lesão, verificamos que enquanto no sexo masculino a diferença é *estatisticamente significativa* ($p=0,011$) e o hemisfério afectado influencia portanto a evolução dos doentes, no sexo feminino *não há diferença estatisticamente significativa*, ou seja, o lado da lesão (hemisfério direito ou esquerdo) não parece influenciar a evolução na independência funcional (Quadro 9).

QUADRO 9 – Resultados das diferenças da evolução da MIF, por sexo e hemisfério afectado

Sexo \ Hemisfério	Esquerdo		Direito		P
	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP	
Masculino (n = 26)	(n = 14)		(n = 12)		0,011
	32,7	18,7	17,0	9,7	
Feminino (n = 23)	(n = 10)		(n = 13)		0,183
	30,5	21,8	20,0	9,6	

Pelos resultados obtidos, infere-se que a lateralização da lesão exerce maior influência nos homens do que nas mulheres. O que vai de encontro ao que referem alguns autores, que defendem existir diferenças na assimetria funcional dos hemisférios cerebrais em função do sexo dos indivíduos. COITHEART, HULL e SLATER (1975) sugerem que os homens são mais exactos e ligeiramente mais rápidos nas tarefas da forma; as mulheres realizam melhor as tarefas sonoras. HALPERN (1992) refere que evidências consideráveis sugerem que, em média, as mulheres têm um desempenho superior aos homens numa série de

capacidades que requerem o uso da linguagem, como fluência verbal, rapidez de articulação e gramática, e tendem também a ser mais rápidas em tarefas que envolvam rapidez de percepção, precisão manual e cálculo aritmético. Os homens realizam melhor tarefas de natureza espacial, composição de figuras, habilidades mecânicas e raciocínios matemáticos.

Já LANSDELL (1962) se interessou pelas consequências das lesões hemisféricas, considerando que estas tinham algumas diferenças no homem e na mulher. Abundantes pesquisas levaram-no a prever as maiores deficiências nas tarefas visuo-espaciais em lesões do hemisfério direito, e nas tarefas verbais após cirurgia no hemisfério esquerdo. Estes prognósticos foram confirmados, mas apenas em pacientes do sexo masculino. Estas descobertas levaram o autor a especular que alguns mecanismos fisiológicos subjacentes a actividades visuo-espaciais e verbais poderiam ser sobrepostas nas mulheres. Também McGLONE (1978), após um estudo de 85 adultos de ambos os sexos, destros e com lesão hemisférica, verificou que a afasia após lesão do hemisfério esquerdo era três vezes mais frequente no sexo masculino do que no feminino. O desempenho em subtestes de natureza verbal foi comparado com desempenho em testes não verbais, mostrando diferenças relacionadas com o sexo e o lado da lesão. Nos homens, a lesão do hemisfério esquerdo perturbava mais o seu QI verbal do que o não verbal, enquanto que em uma lesão à direita reduzia o desempenho não verbal. Nas mulheres, as diferenças no QI verbal e não verbal não eram significativamente diferentes, com a lesão do lado esquerdo ou direito.

Em relação à hipótese V, existe diferença na evolução da independência funcional de acordo com a idade (≤ 65 e > 65), constatámos que *não há diferença estatisticamente significativa* na evolução da independência funcional (Quadro 10).

Assim, a idade dos inquiridos não se revela influente na evolução da independência funcional. AMARAL (1994) considera que a idade é um factor discutível no prognóstico funcional. Também FONTES (1996) refere que a idade avançada como

factor negativo na recuperação do doente com AVC é um aspecto ainda não totalmente evidente. Todavia, para GOWLAND (1990), a idade tem influência porque quanto mais jovem o indivíduo, maior a probabilidade de recuperação dada a neuroplasticidade cerebral.

QUADRO 10 – Resultados das diferenças na evolução da MIF, segundo a idade.

Idade	MIF	$\bar{X}$	DP	P
≤ 65 (n = 15)		27,2	13,5	0,550
> 65 (n = 34)		24,1	17,6	

Conclusão

Este estudo permitiu uma abordagem diferente no que se refere à avaliação e reabilitação do doente com Acidente Vascular Cerebral. Pensamos ter contribuído para o estudo de uma vertente particular desta patologia, o hemisfério afectado.

Constatámos que relativamente à evolução da independência funcional, segundo o hemisfério afectado, encontrámos evidência empírica de diferença, apresentando melhor evolução os doentes com lesão à esquerda.

Quando comparadas a evolução das dimensões da MIF, segundo o hemisfério afectado, infere-se a existência de diferença em três das seis dimensões da escala — auto-cuidado, controle de esfíncteres e mobilidade —, sendo também melhor a evolução para os doentes com lesão à esquerda.

Ao relacionarmos os indivíduos do sexo masculino e feminino com a independência funcional e a sua evolução, constatámos que as diferenças encontradas anteriormente para o conjunto da amostra, eram atenuadas no sexo feminino. Com efeito, e ao contrário do sexo masculino, as diferenças no sexo feminino não atingiram um limiar significativo.

No que se refere à evolução da independência funcional, de acordo com a idade dos inquiridos, não encontramos diferenças significativas.

Assim, os resultados e as conclusões do estudo sugerem:

Para a recuperação do doente com AVC será importante a avaliação funcional, na medida em que o processo de planeamento dos cuidados de enfermagem de reabilitação deve estar subjacente à evolução do doente.

No programa de enfermagem de reabilitação a desenvolver, um dos factores a ter em conta será o hemisfério afectado, sobretudo nos indivíduos do sexo masculino.

Bibliografia

AMARAL, Maria Teresa A. (1994) – Prognóstico funcional dos acidentes vasculares cerebrais. “*Medicina Física e Reabilitação*”. Lisboa. N.º 2, p. 604-626.

BRUNNER, Lilian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith (1990) – *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Vol. 2. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

CALKINS, Evan; FORD, Amasa B.; KATZ, Paul R. (1997) – *Geriatría prática*. Rio de Janeiro: Revinter.

CHRISTIANSEN, Charles H.; SCHWARTZ, Richard K.; BARNES, Karin J. (1992) – Cuidados pessoais: avaliação e controle. In DELISA, Joel A. – *Medicina de reabilitação: princípios e prática*. São Paulo: Manole. Vol. 1, p. 109-131.

COITHEART, M.; HULL, E.; SLATER, D. (1975) – Sex differences in imagery and reading. “*Nature*”. 253, p. 438-40.

DAMÁSIO, A. R. (1994) – *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. 2ª ed. Mem Martins: Europa América.

FONTES, Nuno (1996) – Tratamento fisiátrico do acidente vascular cerebral. “*Geriatría*”. Lisboa. Ano IX, Vol. IX, n.º 85 (Maio), p. 31-34.

GARRISON, Susan J. *et al.* (1992) – Reabilitação do paciente com AVC. In DELISA, Joel A. – *Medicina de reabilitação: princípios e prática*. São Paulo: Manole. Vol. 2, p. 653-675.

GONÇALVES, Freire A. *et al.* (1992) – Estudo epidemiológico dos AVC no concelho de Coimbra. “*Revista Portuguesa de Neurologia*”. Coimbra. N.º 2 (Junho), p. 57-59.

GOWLAND, C. A. (1990) – Staging motor impairment after stroke. *Suplement to stroke*, Vol. 21, p. 19-21.

HALPERN, D. F. (1992) – *Sex differences in cognitive abilities*. New York: Erlbaum.

ISRAEL, Lucien (1995) – *Cérebro direito, cérebro esquerdo*. Lisboa: Instituto Piaget.

JOHNSTONE, Margaret (1979) – *O paciente hemiplégico*. São Paulo: Manole.

LANSDALL, H. (1962) – A sex difference in effect of temporal lobe neurosurgery on design preference. “*Nature*”. 194, p. 852-4.

McGLONE, J. (1978) – Sex difference in functional brain asymmetry. “*Cortex*”. 14, p. 122-8.

MENDOZA, Juan (1995) – *Cérebro direito, cérebro esquerdo*. Lisboa: Instituto Piaget.

PIO ABREU, J. L. (1994) – *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

PIO ABREU, J. L. (1997) – O espaço e o tempo nos signos. “*Interacções*”. Lisboa. N.º 5, p. 43-64.

O’SULLIVAN, Susan B. (1993) – Acidente vascular cerebral. In O’SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. – *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole. p. 385-421.

SACKS, O. (1985) – O homem que confundiu a mulher com o chapéu. Lisboa: Relógio D’Água.

SPRINGER, Sally P.; DEUTSCH, George (1998) – *Cérebro esquerdo, cérebro direito*. São Paulo: Summus Editorial.

THELAN, Lynne Hann; DAVIE, Joseph; URDEN (1993) – *Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Lusodidacta.