

Doente com acidente vascular cerebral: planeamento de alta, funcionalidade e qualidade de vida

Patient with stroke: hospital discharge planning, functionality and quality of life

Paciente con accidente cerebrovascular: planificación del alta, funcionalidad y calidad de vida

Henrique José Mendes Nunes¹, Paulo Joaquim Pina Queirós¹

¹Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, Portugal.

Como citar este artigo:

Nunes HJM, Queirós PJP. Patient with stroke: hospital discharge planning, functionality and quality of life. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(2):415-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0166>

Submissão: 16-05-2016

Aprovação: 20-11-2016

RESUMO

O acidente vascular cerebral ainda origina elevados níveis de incapacidade e sofrimento humano, sendo das primeiras causas de morte nos países desenvolvidos, incluindo em Portugal. **Objetivo:** analisar as estratégias adotadas no planeamento da alta destes doentes, aprofundando o conhecimento inerente à transição hospital-domicílio, aos processos de preparação de alta assim como às principais repercussões na qualidade de vida e funcionalidade. **Método:** revisão integrativa de literatura, pelos critérios orientadores PICOD, com pesquisa em base de dados. **Resultados:** obtidos 19 artigos, com diversas abordagens e contextos. Para a qualidade de vida importa a satisfação com os cuidados recebidos e a consideração dos aspetos psico-emocionais, ligados à funcionalidade. **Conclusão:** no tempo de internamento, o planeamento cuidado da alta, o cuidado abrangente a doentes e cuidadores – nomeadamente aspectos funcionais e psico-emocionais – tendem a ter impacto na qualidade de vida dos doentes.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Qualidade de Vida; Alta do Paciente; Reabilitação; Enfermagem.

ABSTRACT

Stroke still causes high levels of human inability and suffering, and it is one of the main causes of death in developed countries, including Portugal. **Objective:** analyze the strategies of hospital discharge planning for these patients, increasing the knowledge related to hospital-home transition, discharge planning processes and the main impact on the quality of life and functionality. **Method:** integrative literature review using the PICOD criteria, with database research. **Results:** 19 articles were obtained, using several approaches and contexts. For quality of life, the factors related to the patient satisfaction with care and the psychoemotional aspects linked with functionality are the most significant. **Conclusion:** during the hospitalization period, a careful hospital discharge planning and comprehensive care to patients and caregivers – in particular the functional and psychoemotional aspects – tend to have an impact on the quality of life of patients.

Descriptors: Stroke; Quality of Life; Patient Discharge; Rehabilitation; Nursing.

RESUMEN

El accidente cerebrovascular todavía lleva a elevados niveles de incapacidad y sufrimiento humano, y es una de las primeras causas de muerte en los países desarrollados, incluido Portugal. **Objetivo:** analizar las estrategias adoptadas en la planificación del alta de estos pacientes profundizando en el conocimiento inherente a la transición del hospital al domicilio, a los procesos de preparación del alta, así como a las principales repercusiones en la calidad de vida y la funcionalidad. **Método:** revisión integradora de la literatura por los criterios orientadores PICOD con una búsqueda en bases de datos. **Resultados:** se obtuvieron 19 artículos con diversos enfoques y contextos. Para la calidad de vida importa la satisfacción con los cuidados recibidos y la consideración de los aspectos psicoemocionales ligados a la funcionalidad. **Conclusión:** en el tiempo de internamiento, la planificación cuidada del alta, el cuidado integral a los pacientes y cuidadores –en particular los aspectos funcionales y psicoemocionales– tienden a tener un impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Descriptor: Accidente Cerebrovascular; Calidad de Vida; Alta del Paciente; Rehabilitación; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Henrique José Mendes Nunes

E-mail: hnunes@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

Com o aumento da esperança média de vida das populações, também as doenças crónicas se tornam mais presentes, atingindo dimensões estatísticas que obrigam a actuações específicas por parte dos profissionais de saúde, dos enfermeiros em particular. Nesse entendimento importa conhecer, contribuindo para melhores cuidados, as questões do planeamento de alta e impacto na funcionalidade e qualidade de vida dos doentes.

No âmbito de um trabalho em desenvolvimento centrado na doença cerebrovascular isquémica – tipicamente designada por acidente vascular cerebral (AVC) – e também em convergentes conceitos como o de funcionalidade, de qualidade de vida, de tempo de internamento e processos de alta/ encaminhamento pós-hospitalar (entre outros), quisemos enquadrar numa pesquisa metodologicamente organizada e direccionada, o que a literatura nos vem disponibilizando e enfatizando, nos anos mais recentes, neste mesmo âmbito. Sabendo-se das suas repercussões sociais designadamente quanto a indicadores de mortalidade⁽¹⁾ e morbidade, dos níveis de incapacidade e sofrimento habitualmente resultantes, do impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e famílias⁽²⁾, do difícil controlo dos diversos factores de risco⁽³⁻⁴⁾, desenvolvemos um trabalho de revisão integrativa da literatura que clarificasse a questão de investigação “Será que a qualidade de vida e a funcionalidade dos doentes, após vivenciarem um AVC, decorre do período de internamento e da forma como se processou e planeou a alta?”.

Os estudos resultantes foram analisados de forma a dar resposta às preocupações definidas acima, de algum modo

plasmadas no título atribuído e na questão de investigação formulada. A pesquisa efectuada é informada no referencial das transições de Meleis⁽⁵⁾ e considerado a visão não linear dos processos complexos aportados por Morin⁽⁶⁾.

Como objectivo global, pretendemos aprofundar o conhecimento inerente a esta matéria, nomeadamente através da constatação das preocupações existentes quanto à transição do hospital para o domicílio, centradas na preparação da alta assim como na clarificação das repercussões na qualidade de vida, na funcionalidade e na esfera cognitivo-emocional dos doentes.

MÉTODO

Relativamente à metodologia adoptámos, numa revisão integrativa de literatura, diversas estratégias ou abordagens de pesquisa (conjugações de palavras-chave); assim, durante o início do 4º trimestre de 2014, pesquisámos a literatura científica publicada nos motores de busca EBSCO, percorrendo as principais bases de dados [MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina e Psychology and Behavioral Sciences Collection.] e procedemos à selecção dos estudos que respeitassem genericamente alguns critérios de inclusão, embora sem uma delimitação ou condicionamento inflexível que pudesse decorrer duma estratégia muito formatada; contudo, seguindo uma metodologia consensual que atendesse aos participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho dos estudos [PICOD], definimos os referidos no Quadro 1, não considerando a linha das comparações [C].

Quadro 1 - Critérios orientadores para inclusão de estudos, na revisão integrativa

PI[C]OD	Descrição
Participantes	Doentes, serviços e processos de cuidados, cuidadores de doentes vítimas de AVC (lesão neurológica aguda e consequências).
Intervenções	Abordagens a dimensões como a funcionalidade, a qualidade de vida, a sintomatologia depressiva, os processos e tempo de internamento, alta e seu planeamento, os cuidadores, a reabilitação e seus mecanismos.
Resultados de investigação	Evidências e relações entre variáveis, no âmbito das estratégias implementadas e que sejam apresentadas como resultados ou “outcomes”...
Desenho do estudo	Não constituiu critério de inclusão/ exclusão

Nota: PI[C]OD = Participantes, Intervenções, [Comparações], Resultados, Desenho; AVC = acidente vascular cerebral.

Quadro 2 – Estratégia de pesquisa implementada (S₁ a S₇), com referência às palavras-chave utilizadas, aos campos de pesquisa especificados, ao período temporal definido, opções por disponibilização de texto, número de artigos resultantes e número de artigos final (seleccionados)

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

Nota: S – strategy ou estratégia; Abst – abstract; Txt – texto; RES – resultado em nº de artigos

Considerámos também alguns critérios para exclusão, nomeadamente o cair fora do período temporal definido em cada abordagem, não abordar as repercussões ou vectores de análise solicitados, sair do âmbito específico da patologia subjacente, não disponibilizar *Full text* ou utilizar outro idioma que não português, inglês e castelhano.

Pontualmente foram admitidas excepções, conforme se depreende da leitura do quadro seguinte.

Como exemplo, na primeira abordagem de pesquisa (S_1) utilizámos as palavras-chave “stroke”, “quality of life” e “discharge planning” ligadas com operador booleano “and” (pesquisado em “abstract”, ou sem definição de campo), obtivemos 12 artigos (com link para full text) mas num período temporal de 14 anos e meses (2000-2014); desses 12 artigos, retiveram-se 10, após exclusão dos

repetidos e de artigos que abordavam outros aspectos fora do nosso interesse. Apenas obtínhamos 1 artigo, de 2013, quando definíamos o período 2012-2014 e mantínhamos restantes critérios. Uma leitura semelhante será feita para as restantes abordagens (S_2 a S_7).

Desta metodologia, sintetizada e explicada na tabela e quadro anteriores, resultou um conjunto de 18 artigos, aos quais adicionámos outro – como artigo comentado – perfazendo um total de 19 artigos, conforme a figura seguinte (Figura 1). Sublinhamos a diferente natureza dos estudos compilados, nomeadamente quanto ao seu tipo, objectivos, métodos, dificultando os processos de comparação e eventual meta-análise, aqui não pretendida. Os termos de pesquisa foram *stroke*, *quality of life*, *discharge planning*, *length of stay*, *functionality*, numa leitura transversal do Quadro 2.

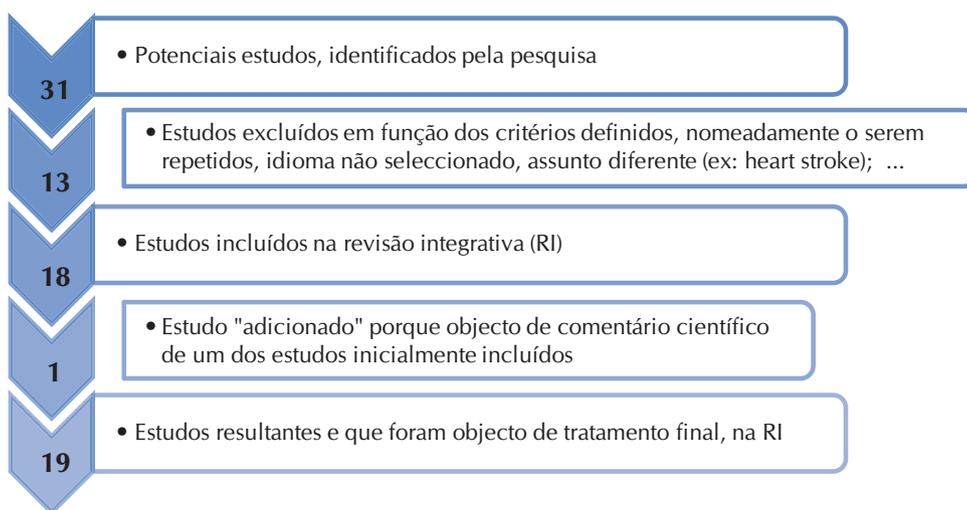


Figura 1 – Diagrama ilustrativo do processo de selecção de estudos, para atual revisão

No Quadro 3, relativo à apresentação dos artigos, aqueles seleccionados para esta revisão integrativa da literatura são classificados por número de ordem, título, ano e país de publicação, método utilizado e contexto em que decorre e participantes envolvidos. A lógica subjacente à ordem numérica atribuída relaciona-se com a sequência das estratégias de pesquisa implementadas.

Estes estudos foram analisados em sintonia com as preocupações já mencionadas na introdução, reunindo-se o essencial e mais relevante de cada um.

Quadro 3 – Distribuição dos artigos seleccionados segundo o seu título, ano/país de publicação, método e contexto/ participantes

Nº	Título	Ano/País	Desenho/Método	Contexto e participantes
E ₁ ⁽⁷⁾	A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan.	2010; Taiwan	Estudo experimental com aleatorização (randomizado)	Hospital e domicílios dos doentes; Doentes idosos, vítimas de AVC (n = 158; GE = 72; GC = 86) e os seus familiares cuidadores.
E ₂ ⁽⁸⁾	A Randomized Trial Testing the Superiority of a Postdischarge Care Management Model for Stroke Survivors.	2009; EUA	Estudo experimental com aleatorização (randomizado)	Hospital/ centros especializados e comunidade; 380 doentes (n = 380; GE = 190; GC = 190)
E ₃ ⁽⁹⁾	Discharged after stroke - important factors for health-related quality of life.	2010; Suécia	Estudo transversal.	Entrevistas no domicílio próprio do doente ou em “nursing home”; 188 doentes (n = 188), consecutivamente incluídos.
E ₄ ⁽¹⁰⁾	Early discharge plus home based rehabilitation reduced length of initial hospital stay but did not improve health related quality of life in patients with acute stroke.	2000; Reino Unido	Comentário e análise de artigos científicos	Comentário e análise de 2 artigos científicos: Artigo 1 e Artigo 2 (E ₃)
E ₅ ⁽¹¹⁾ [E _{4,1}]	Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial. I: health outcomes at 6 months	2000; Austrália	Estudo experimental com aleatorização (randomizado)	Hospital/ domicílio dos doentes/ unidades de cuidados de reabilitação; 398 doentes com AVC foram avaliados. No estudo entraram 86 doentes (n = 86; GE = 42; GC = 44)

Continua

Quadro 3 (cont.)

Nº	Título	Ano/País	Desenho/Método	Contexto e participantes
E ₆ ⁽¹²⁾	Effectiveness of a postdischarge care management model for stroke and transient ischemic attack: a randomized trial.	2002; EUA	Estudo experimental com aleatorização (randomizado)	Domicílio dos doentes; 96 doentes com AVC/AIT* foram incluídos. Na análise final distribuem-se 93 doentes (n = 93) pelos dois grupos (GE = 47; GC = 46).
E ₇ ⁽¹³⁾	Family conferences in stroke rehabilitation: a literature review.	2013; Austrália	Revisão da literatura.	(n.a./ n.a.); encontrados 23 artigos, 14 dos quais com nível de evidência entre I e III-3, que tratam com mérito as áreas problemáticas correntes nesta matéria.
E ₈ ⁽¹⁴⁾	Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients.	2006; Alemanha	Estudo experimental controlado.	Hospital; contacto telefónico e entrevista, pelos 3 anos (comunidade/ domicílios). Foram envolvidos 71 doentes, no estudo (n = 71; GE = 36; GC = 35).
E ₉ ⁽¹⁵⁾	Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation.	2000; Reino Unido	Estudo experimental, prospectivo, com aleatorização (randomizado).	Hospital e comunidade; 152 doentes foram envolvidos no estudo (n = 152; GE = 76; GC = 76).
E ₁₀ ⁽¹⁶⁾	The trajectory of minor stroke recovery for men and their female spousal caregivers: literature review.	2007; Canadá	Revisão narrativa da literatura.	(n.a./ n.a.); encontrados e englobados 34 artigos.
E ₁₁ ⁽¹⁷⁾	Training informal caregivers of patients with stroke improved patient and caregiver quality of life and reduced costs.	2004; Reino Unido	Comentário e análise de artigos científicos	Comentário e análise de 1 artigo científico: (E _{não selecionado})
E ₁₂ ⁽¹⁸⁾	Community-applied research of a traditional Chinese medicine rehabilitation scheme on Broca's aphasia after stroke: study protocol for a randomized controlled trial.	2014; China	Estudo experimental, com aleatorização (multicêntrico, randomizado, com avaliação cega)	Hospital e Centros de saúde da comunidade (Community Health Centers); 290 doentes foram envolvidos no estudo (n = 290; GE = 145; GC = 145).
E ₁₃ ⁽¹⁹⁾	Cost avoidance associated with optimal stroke care in Canada.	2012; Canadá	Revisão da literatura / "Evidence from the literature"	(n.a./ n.a.)
E ₁₄ ⁽²⁰⁾	Fabry's disease: A prospective multicenter cohort study in young adults with cryptogenic stroke.	2012; Canadá	Estudo multicêntrico, prospectivo, de coorte. [Protocolo para estudo]	Hospital e follow-up; Todos os doentes* com AVC, entre os 18 e os 55 anos de idade, serão incluídos no estudo. (* at facilities enrolled as participating centers and working within the broad guidance of the Canadian Best Practice for Stroke Care).
E ₁₅ ⁽²¹⁾	First-Year Outcomes after Stroke Rehabilitation: A Multicenter Study in Thailand.	2013; Tailândia	Estudo prospectivo, de coorte	Hospital e follow-up (1 ano) pós-hospitalar. De 327 doentes*, apenas 214 (65.4%) foram seguidos durante pelo menos 1 ano. * TSRR - Thai Stroke Rehabilitation Registry: 10/2008 a 09/2009
E ₁₆ ⁽²²⁾	Intracerebral hemorrhage and delirium symptoms. Length of stay, function, and quality of life in a 114-patient cohort.	2013; EUA	Estudo prospectivo.	Hospital e follow-up; 114 doentes foram envolvidos no estudo.
E ₁₇ ⁽²³⁾	Is it beneficial to increase the provision of thrombolysis? – a discrete-event simulation model.	2012; Reino Unido	Estudo retrospectivo (5 anos: Jan 2003 a Dez 2007)	Estudo dos dados retirados do sistema de registo de doentes. [Patient Administration System (PAS) do Belfast City Hospital (BCH) e transferidos do BCH para South-East Belfast Community Stroke Scheme (rehab)]; No total, 419 doentes foram envolvidos no estudo.
E ₁₈ ⁽²⁴⁾	Satisfaction with care as a quality-of-life predictor for stroke patients and their caregivers.	2012; Holanda	Estudo transversal	Hospitalar. No total, 251 díades (doente e seu cuidador: patient and caregiver couples) foram envolvidas no estudo.

Continua

Quadro 3 (cont.)

Nº	Título	Ano/País	Desenho/Método	Contexto e participantes
E ₁₉ ⁽²⁵⁾	Depressive symptoms and disability in chagasic stroke patients: Impact on functionality and quality of life.	2013; Brasil	Estudo transversal	Hospitalar. No total, 21 doentes com Doença de Chagas e diagnóstico prévio de AVC.

Nota: E – estudo e número de ordem (ex: E18); GE – grupo experimental; GC – grupo controlo; n.a. – não se aplica; *AVC = acidente vascular cerebral/ AIT = acidente isquémico transitório

RESULTADOS

Destacam-se os principais resultados e conclusões dos estudos, apresentados sob a forma de tópicos centrais ou “aspectos

descritivos”, no quadro seguinte. Nesta síntese, mantém-se o número de ordem apresentado anteriormente para facilitação da leitura, compreensão e interpretação de cada um dos trabalhos e do conjunto dos mesmos.

Quadro 4 – Estudos integrantes da revisão integrativa, atendendo aos principais resultados e conclusões

Nº	Resultados e conclusões: aspetos descritivos - síntese
E ₁ ⁽⁷⁾	No período após alta (follow-up de 12 meses), os cuidadores de doentes idosos vítimas de AVC que integraram o grupo experimental prestaram cuidados de melhor qualidade ($\beta=0,45$; $p=0,03$) do que os que integraram o grupo controlo; entre o 6º e 12º mês após alta, a probabilidade de re-institucionalização foi mais elevada para os doentes que integraram o grupo controlo do que no grupo experimental ($X^2=5,11$; $p=0,03$). Pode concluir-se que atenção e cuidados precoces, treino, avaliação e acompanhamento do doente e família (cuidador), durante o internamento e após a alta, melhoram a qualidade dos cuidados recebidos pelos doentes assim como diminui a probabilidade de reinternamento...
E ₂ ⁽⁸⁾	Considerados todos os domínios estudados no âmbito do AVC [...], o efeito (<i>effect size</i>) do tratamento foi próximo do 0 [...] para todos, excepto para o domínio “conhecimento e estilo de vida”, o qual mostrou um significativo efeito decorrente da intervenção ($p=0,0003$). Apenas o domínio relativo ao conhecimento e estilo de vida foi melhorado com a intervenção, não sendo demonstrada a superioridade de um modelo (“ <i>comprehensive postdischarge care management</i> ”) sobre o outro (“ <i>organized acute stroke department care with enhanced discharge planning</i> ”). Contudo, em ambos os grupos, estava garantida uma preparação e acompanhamento na alta.
E ₃ ⁽⁹⁾	Os sintomas depressivos foram associados com menor qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL). A capacidade para realizar actividades pessoais e sociais, os interesses, menor idade, educação (ensino básico, elementar) e menor tempo de internamento associaram-se com mais elevada qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL). A percepção de participação no próprio planeamento da alta foi quer positiva quer negativamente associado com qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL). Diversas variáveis contribuem para uma boa qualidade de vida relacionada com a saúde nas duas a três semanas após a alta hospitalar, particularmente a menor sintomatologia depressiva e o envolvimento/ participação em actividades sociais (tais como actividades ao ar livre e desempenho de interesses). A participação (na preparação da própria alta) foi percebida quer positiva quer negativamente pelos doentes.
E ₄ ⁽¹⁰⁾	Neste comentário de Griffiths (E ₄) ao estudo de Anderson <i>et al</i> (E ₃) são sublinhados aspectos importantes no que se refere ao doente vítima de AVC e ao processo de transição do contexto hospitalar para o contexto domiciliário (ex: a reabilitação, tempo de internamento, alta). Sublinha que a alta precoce não induz resultados (aos 6 meses) significativamente melhores para os doentes e pode conduzir a piores resultados em termos de QdV e saúde mental para os seus cuidadores. Também relembra que os cuidados em unidades de AVC são mais eficazes do que os cuidados em enfermarias gerais. Em termos conclusivos, no seu comentário é afirmado que uma redução no tempo de internamento (<i>acelerar a alta</i>) pode ser concretizado sem dano aparente para os doentes (vítimas de AVC) relativamente independentes; afirma também a fraca evidência quanto às vantagens da alta precoce e aos menores custos financeiro relativamente à (permanência) em unidades de cuidados gerais (habituais); refere ainda a necessidade de mais investigação quanto aos efeitos sobre os cuidadores [...].
E ₂ ⁽¹¹⁾ [E _{4.1}]	Estudo comentado por Griffiths [E ₄], no qual se apontaram os seguintes resultados e conclusões: no geral os resultados clínicos, aos 6 meses após aleatorização dos grupos, não diferiram significativamente entre esses, mas a duração total do internamento - no grupo experimental - foi significativamente reduzida (15 contra 30 dias; $p=0,001$). Os cuidadores integrantes do grupo de “reabilitação domiciliária” apresentaram níveis significativamente mais baixos de saúde mental (SF-36) [...].
E ₆ ⁽¹²⁾	Os grupos estudados foram objecto de abordagens diferentes; por um lado, os cuidados habituais; por outro, intervenção na alta através de planeamento de cuidados (equipas interdisciplinares) e colaboração estrita com as unidades de cuidados primários (nomeadamente clínicos). É referida uma significativa melhoria nos 5 domínios avaliados (tendo, cada domínio, mostrado um efeito positivo da intervenção), traduzindo um melhor perfil de saúde e prevenção secundária ($p < 0,0001$), aos 3 meses pós-AVC e pós acidente isquémico transitório (a.i.t.). Assim, este modelo de gestão dos cuidados resultou numa significativa melhora do perfil da saúde e de prevenção secundária, pelos 3 meses após alta.

Continua

Quadro 4 (cont.)

Nº	Resultados e conclusões: aspetos descritivos - síntese
E ₇ ⁽¹³⁾	Os estudos/ artigos sugerem que os sobreviventes (de AVC) e as suas famílias têm necessidades adicionais de educação e apoio, para além do que está habitualmente garantido, e que a intervenção pode ser potenciada sendo-se mais proactivo do que reactivo, prevenindo crises ou rupturas potencialmente evitáveis. Esta revisão fornece informações sobre os métodos ideais de comunicação e planeamento e identifica melhores usos dessas oportunidades. Como conclusões, referem: muito mais poderá ser feito pela equipa multidisciplinar; investigação adicional e estudos experimentais [...] permitirão uma melhor e mais informada prática clínica e, também, desenvolver melhores directrizes práticas para garantir a redução de stresse e ansiedade do cuidador, durante a admissão e alta; necessidade de investigação adicional sobre os efeitos do apoio educacional e emocional fornecido no ambiente hospitalar e em ambulatório...
E ₈ ⁽¹⁴⁾	Dois anos e meio após alta hospitalar (t3), significativamente menos doentes do grupo experimental foram institucionalizados (2 versus 5) ou morreram (4 versus 11) [p=0.010]. A participação num programa intensivo de treino e trabalho, preparatório do processo de alta/ saída hospitalar, induz melhores resultados gerais mesmo a longo prazo (t3), constituindo um preditor significativo (o 3º, a par da melhor qualidade funcional na alta e da menor idade), para menores taxas de institucionalização e de mortalidade. Os efeitos da participação num programa com estas características podem persistir a longo prazo, induzindo a manutenção dos cuidados em domicílio e reduzindo a institucionalização e mortalidade.
E ₉ ⁽¹⁵⁾	Apesar de um vasto conjunto de resultados, foi concluído que um programa bem estruturado e monitorizado, nomeadamente quanto aos seus objectivos e duração (ICP - Integrated Care Pathway), não revelou vantagem sobre uma abordagem multidisciplinar convencional (quanto à recuperação funcional e aos indicadores de qualidade de vida), em doentes vítimas de AVC acompanhados em unidades de reabilitação de AVC. Tais indicadores de recuperação funcional e de qualidade de vida eram melhores e mais rapidamente alcançados no grupo sujeito a uma abordagem multidisciplinar convencional.
E ₁₀ ⁽¹⁶⁾	Como resultados refere-se que o doente vítima de AVC "minor" e suas esposas e cuidadoras podem experienciar enormes desafios na adaptação pós-alta. A trajectória de recuperação deste AVC "minor" pode exigir uma reavaliação dos planos de vida, o repensar de prioridades e a integração das incapacidades resultantes nas situações de vida atuais e futuras, quer para o doentes quer para suas esposas e cuidadoras. Em muitos casos, tais adaptações são agravadas por transições associadas ao normal processo de envelhecimento. Em forma de conclusão, sublinham não haver muita informação que descreva o processo de recuperação (e papel das cuidadoras) do doente vítima de AVC "minor" na sua relação com o normal processo de envelhecimento, sendo necessária mais investigação nesta perspectiva da transição, para suportar as acções de planeamento da alta efectuadas por enfermeiros e por outros profissionais de saúde.
E ₁₁ ⁽¹⁷⁾	Neste comentário de Stevenson (E ₁₁) ao estudo desenvolvido por Kalra, Evans, Perez <i>et al</i> (E _{não seleccionado}) são destacados os seus principais resultados e conclusões, entre outros aspectos importantes. Subordinado esse comentário ao título "Training informal caregivers of patients with stroke improved patient and caregiver quality of life and reduced costs", é afirmado que, aos 12 meses, os doentes do grupo de cuidadores treinados melhoraram o seu humor e qualidade de vida mas não houve diferenças, para os doentes do grupo de cuidados usuais, quanto à mortalidade, institucionalização e funcionalidade. Quanto aos cuidadores do grupo experimental, melhoraram o humor e a qualidade de vida, com diminuição da sobrecarga decorrente dos cuidados, comparado com o grupo controlo, de cuidados habituais [...]. Como síntese, poderia referir-se que proporcionar treino e formação aos cuidadores de vítimas de AVC melhora a sua qualidade de vida e humor/ ânimo, reduz custos associados aos cuidados sem, contudo, se repercutir na mortalidade, institucionalização ou funcionalidade dos doentes, quando comparado com o procedimento usual, do grupo de cuidadores sem treino específico.
E ₁₂ ⁽¹⁸⁾	Estudo experimental em curso, iniciado em Novembro de 2013 e o último doente será incluído em 01 de Agosto de 2015. Estudo no qual a acupunctura funciona com variável experimental no processo terapêutico, que é constituído por terapia da fala e linguagem + terapia inicial (em doentes com afasia após AVC).
E ₁₃ ⁽¹⁹⁾	Efectuada uma análise (via revisão da literatura) a 4 aspectos centrais nos cuidados ou atendimento ao doente vítima de AVC (rapidez na avaliação e instituição de tratamento; terapia trombolítica; unidades de AVC organizadas; alta precoce controlada, com serviços de apoio comunitário), os autores afirmam que seria possível obter resultados substancialmente melhores: assim, indicam que no país seria possível diminuir o número de episódios hospitalares anuais (3,3%), diminuir o número de dias em unidades de cuidados intensivos (25,9%), diminuir o número de dias em cuidados residenciais (12,8%), o número de mortes hospitalares seria reduzido em 14,9% e seria, enquanto estimativa, muito elevado e evitável o montante de custos directos e indirectos. Como conclusão do trabalho, afirmam que seria possível reduzir substancialmente os custos e melhorar os resultados clínicos se fossem mais intensivamente usadas as efectivas e já conhecidas modalidades de tratamento.
E ₁₄ ⁽²⁰⁾	Aborda-se o problema do AVC em pessoas jovens (18-55 anos) relacionando-o com a doença de Fabry, num protocolo de estudo prospectivo cujo objectivo é estimar e determinar a prevalência desta doença (Fabry) em adultos e jovens que apresentem acidente vascular cerebral. Concluem tratar-se, à data, da primeira iniciativa no país para determinar a prevalência de um resultado positiva para a doença de Fabry em adultos jovens com AVC. Além disso, esta iniciativa (Canadian Fabry Stroke Screening Initiative) fornecerá informações sobre eventos vasculares recorrentes, incapacidade presente aos seis meses (via escala de Rankin modificada), e predisposição desta população pouco estudada.
E ₁₅ ⁽²¹⁾	Através de um estudo prospectivo sem objectivos explicitamente expressos, pretendia-se determinar os efeitos - a longo prazo - da instituição de reabilitação intensiva em doentes vítimas de AVC. Numa síntese dos resultados, referem que a baixa funcionalidade pelos 12 meses se correlacionava, significativamente, com mais tempo em internamento (mais prolongado), mais tempo decorrido entre o AVC e a transferência da unidade de cuidados agudos para a unidade de reabilitação ("time between stroke and being transferred from acute care to a rehabilitation unit"), e maiores níveis de depressão aos 12 meses. Enquanto conclusão, referem que aproximadamente metade dos doentes recuperou pelo menos 1 grau no nível de incapacidade aferida ao ano de follow-up e, de outra forma, repetem que a baixa funcionalidade aos 12 meses está associada a mais longo internamento (1ª admissão), atraso no programa de reabilitação e depressão psicológica.

Continua

Quadro 4 (cont.)

Nº	Resultados e conclusões: aspetos descritivos - síntese
E ₁₆ ⁽²²⁾	Abordagem ao valor prognóstico dos <i>sintomas de delírio</i> em doentes internados em unidades de cuidados intensivos (UCI's), com lesões neurológicas causadas por hemorragia intracerebral (não por AVC isquémico). Manifestar ou apresentar tal sintomatologia (delírio) foi associada a maior probabilidade de maus resultados funcionais (menor funcionalidade) e pior qualidade de vida no futuro, nos domínios da função cognitivo-executiva, após correcções para dano neurológico na admissão, idade, medidas terapêuticas (benzodiazepinas), entre outras. Concluem, afirmando que, após lesão neurológica focal, são frequentes os sintomas de delírio, apesar de baixas taxas de infecção e terapêutica sedativa, sendo esses preditores de piores resultados funcionais e menor qualidade de vida.
E ₁₇ ⁽²³⁾	Estudo retrospectivo que vem questionar e demonstrar como a intensificação da terapêutica trombolítica (trombólise) vem melhorar a execução financeira do orçamento para a saúde (induzindo poupanças moderadas) e conduzir a melhoria dos scores/níveis de qualidade de vida dos doentes. Como resultados, verificam que os custos (da trombólise) são compensados pela redução de custos associados ao hospital, à reabilitação e institucionalização, com a correspondente melhoria na qualidade de vida. A um aumento de 10% a 50% na terapêutica trombolítica em doentes com critérios, corresponde potencialmente, uma economia de 8.26% nos custos da reabilitação (comunitária) e a 12,3% nas despesas de institucionalização, por doente elegível.
E ₁₈ ⁽²⁴⁾	Pode referir-se que a idade dos doentes foi significativamente relacionada com a sua qualidade de vida (QdV); também a idade e escolaridade dos seus cuidadores estavam significativamente relacionadas com a própria QdV. A incapacidade dos doentes na admissão hospitalar e o tempo de internamento foram associadas à própria QdV, sendo a incapacidade dos doentes na admissão hospitalar também relacionada com a QdV dos cuidadores. Não foi encontrada relação entre o tempo de internamento e a QdV dos cuidadores. A satisfação com os cuidados recebidos foi associada à QdV quer dos doentes quer dos cuidadores. Usando um modelo APIM, que podemos designar por modelo de interdependência doente-cuidador [<i>Actor – Partner (patient – caregiver) Interdependence Model</i>] os autores concluem ter sido a satisfação com os cuidados recebidos o indicador (mais) importante e determinante da qualidade de vida de doentes e cuidadores.
E ₁₉ ⁽²⁵⁾	Apesar de ser estudado um grupo particular de doentes, aqueles com AVC e doença de chagas, os autores procuraram investigar a correlação entre a incapacidade e sintomas depressivos (associados ao AVC) com a capacidade de desempenho funcional e a qualidade de vida. Verificada correlação entre os scores funcionais (mRS e IB) mas não com as subescalas de qualidade de vida; com estas subescalas, correlacionou-se a pontuação na escala de depressão, embora esta (depressão) não tivesse associação com a funcionalidade básica (IB). Também estes doentes manifestaram uma correlação e influencia da sua qualidade de vida mais com os sintomas depressivos do que com as consequências motoras do AVC, apesar destas sequelas motoras prejudicarem mais a funcionalidade do que tais sintomas depressivos.

Nota: E – estudo e seu número de ordem; mRS – escala de rankin modificada; IB – índice de barthel; AVC = acidente vascular cerebral; HRQoL = Health-related quality of life; UCI's = unidades de cuidados intensivos; QdV = qualidade de vida; APIM = Actor – Partner Interdependence Model

DISCUSSÃO

Da leitura dos artigos apresentados poderemos perceber a sua diversa origem geográfica assim como as diferentes metodologias utilizadas (Quadro 3), desde o “simples” comentário de artigos científicos (efectuado por peritos) aos estudos randomizados com dupla aleatorização, passando por estudos prospectivos, retrospectivos, transversais, revisão de literatura e, mesmo, um protocolo de estudo ainda em desenvolvimento. Também fazemos uma chamada de atenção aos “participantes” (Quadro 3), onde podemos verificar um amplo leque de variação do “n”, mesmo não se aplicando estritamente a unidades amostrais *doentes* mas acomodando, p.ex., o número de artigos de uma revisão. Há uma diversidade expectável nesses aspectos mas encontramos uma efectiva convergência nos assuntos abordados, como se desejava em função da escolha inicial de termos de pesquisa.

Da análise efectuada ao Quadro 4 decorre o principal contributo para uma discussão e/ou conclusão relativa a este capítulo, pois esse reúne a síntese dos principais resultados e linhas conclusivas dos estudos. Deste modo, centrando-nos no âmbito da alta clínica e nas circunstâncias preparatórias, prévias ou subsequentes (termos utilizados: *discharge planning; length of stay; after stroke*), podemos referir, em sintonia com E₁⁽⁷⁾, que os melhores resultados de saúde decorrem da maior atenção colocada no processo de transição hospital-comunidade,

com menor probabilidade de re-institucionalização embora sem repercussão directa numa melhor qualidade de vida do doente ou do cuidador. Também E₂⁽⁸⁾ não confirma diferenças significativas, nos 5 domínios considerados, entre dois modelos de cuidados passíveis de replicação; desses domínios, apenas o relativo ao conhecimento e estilo de vida foi melhorado com o modelo testado, sendo que estava sempre garantida uma preparação e acompanhamento na alta. Outra abordagem efectuada foi a participação do doente na preparação da própria alta e a relação com a percepção de melhor ou pior qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS); E₃⁽⁹⁾ mostra-nos que tal participação pode ser percebida quer positiva quer negativamente. Num comentário a dois estudos neste campo de preocupações, é-nos sublinhado (E₄⁽¹⁰⁾) que a alta precoce não induz resultados significativamente (necessariamente) melhores para os doentes, e pode conduzir a piores resultados em termos de qualidade de vida e prejuízo da saúde mental, para os seus cuidadores. Também noutros trabalhos (E_{6,8,11}^(12,14,17)) está presente e é problematizado este momento importante do processo terapêutico (“alta”), estudado ou comentado sob outros ângulos mas, sempre, sintonizado com a necessidade de envolvimento dos múltiplos interessados, i.e., hospital, doente, família, cuidadores, serviços de saúde e garantia de reabilitação ao doente. Os processos de recuperação da doença vascular cerebral, com ganhos de funcionalidade e de qualidade de vida, constituem-se em transições múltiplas

de estado de saúde-doença e situacionais, onde é relevante o processo final de bem-estar subjectivo, de bem-estar na relação com os outros e de mestria⁽⁵⁾.

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

Associando-a com a percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde, $E_3^{(9)}$ confirma que a preservação funcional, pessoal/motora e social (entre outras variáveis), se relaciona com melhor percepção dessa qualidade de vida, sendo preditor significativo ($E_8^{(14)}$) para menores taxas de institucionalização e de mortalidade, mesmo a longo prazo e, por outro lado, parece pouco “sensível” às abordagens implementadas experimentalmente num estudo ($E_9^{(15)}$) cujo objectivo era avaliar a efectividade de um programa estruturado (ICP) na redução do tempo de internamento, sem afectar tal funcionalidade. Outros estudos/ comentários convergem nestas diferentes realidades; em $E_{11}^{(17)}$ constatamos que proporcionar treino e formação aos cuidadores de vítimas de AVC melhora aspectos importantes da sua vida mas não se repercute na funcionalidade dos doentes (quando comparando com procedimentos usuais, inerente ao grupo de cuidadores sem treino específico). Em $E_{16}^{(22)}$ correlaciona-se esta mesma dimensão com sintomatologia focal prévia; já em $E_{15}^{(21)}$ a relação parece estabelecer-se com um internamento demasiado longo (prejudicando a funcionalidade aos 12 meses), entre outros aspectos inerentes e decorrentes dos cuidados de saúde enquanto processo.

Uma outra área central da nossa atenção é a dimensão “qualidade de vida” (termo utilizado: *quality of life*), quase sempre (ou sempre) prejudicada quer no doente vítima de AVC, quer nos seus cuidadores. Dos estudos revistos, cerca de 32% explicitam-na nos objectivos, assumindo-a como foco ou medida de análise e tratamento ($E_{3/10/16/17/18/19}$) mas, mais de metade desses mesmos estudos (10, em 19), têm esta dimensão como medida de resultado ou de comparação, integrando-a e analisando-a enquanto resultado e/ ou conclusão (ver quadros anteriores).

Embora identificando limitações, $E_1^{(7)}$ assume que mesmo com diversas melhorias de cuidados, mais treino, maior atenção, avaliação e acompanhamento, os resultados não demonstraram melhoria da qualidade de vida dos cuidadores nem mesmo dos doentes. Também $E_2^{(8)}$ e $E_9^{(15)}$ deparam com resultados nesse sentido; a dimensão “qualidade de vida” não foi melhorada com a intervenção concretizada, assente no confronto entre dois modelos de cuidados, ou revelando-se que um programa bem estruturado e monitorizado não trouxe vantagem sobre uma outra abordagem multidisciplinar convencional, igualmente no que se referia aos indicadores de qualidade de vida.

Como já desvendámos antes numa referência a $E_3^{(9)}$, este trabalho (que aborda a participação e integração do doente na preparação da própria alta) revela algumas variáveis

(preservação de funcionalidade pessoal e social, interesses, idade menor, nível de educação/ escolaridade e internamento mais curto) que se relacionam com maior qualidade de vida relacionada com a saúde. Alguns abordam mais especificamente a esfera dos cuidadores ($E_7^{(13)}$, $E_{11}^{(17)}$) ou, como $E_{18}^{(24)}$, fazem uma abordagem ao binómio doente-cuidador; numa das conclusões de $E_7^{(13)}$ vem exigir-se “investigação adicional sobre os efeitos do apoio educacional e emocional fornecido no ambiente hospitalar e em ambulatório, na qualidade de vida dos cuidadores e na prevenção de reinternamento hospitalar ou entrada dos doentes para unidades de cuidados continuados (residenciais/ lares)” enquanto em $E_{11}^{(17)}$ se afirma que, “aos 12 meses, os doentes do grupo com *cuidadores treinados* melhoraram o seu humor e qualidade de vida” e se conclui, referindo que “treinar os cuidadores informais dos doentes vítimas de AVC melhora o humor e qualidade de vida de ambos (doente e cuidador)”, entre outros aspectos igualmente avançados. Quanto ao $E_{18}^{(24)}$, sintetizando, “os autores concluem ter sido a satisfação com os cuidados recebidos o indicador (mais) importante e determinante da qualidade de vida de doentes e cuidadores”.

Outros 3 estudos mostram resultados e conclusões relacionadas com esta dimensão; em $E_{16}^{(22)}$ correlaciona-se a qualidade de vida com sintomatologia focal neurológica (numa situação clínica particular), assegurando que manifestar ou apresentar tal sintomatologia (delírio) foi associado a pior qualidade de vida no futuro, nos domínios da função cognitivo-executiva. Já $E_{18}^{(24)}$ vem demonstrar como a intensificação da terapêutica trombolítica (trombólise) conduz a melhoria dos scores/ níveis de qualidade de vida dos doentes enquanto $E_{19}^{(25)}$ correlaciona esta dimensão mais com a sintomatologia depressiva do que com as consequências motoras (défices) do AVC.

Finalizando, analisamos e discutimos algumas das abordagens dos estudos à dimensão “depressão”, percebida e interpretada no contexto das manifestações psico-emocionais decorrentes desta patologia neurovascular. Não tendo sido sujeita a qualquer intenção ou termo específico de pesquisa, é um indicador frequentemente utilizado nos estudos que envolvem estes doentes e seus familiares, nomeadamente no contexto da revisão presente; assim, embora apenas $E_{19}^{(25)}$ a assuma no seu título e/ou objectivos (*depressive symptoms*), esta manifestação é abordada em $E_3^{(9)}$, $E_{15}^{(21)}$ e $E_{19}^{(25)}$. Relaciona-se esta sintomatologia depressiva com a qualidade de vida em abordagem metodológica transversal ($E_3^{(9)}$, $E_{19}^{(25)}$) e com a funcionalidade, numa abordagem prospectiva ($E_{15}^{(21)}$), explorando as suas interacções, nomeadamente de prejuízo destas (menor qualidade de vida e menor funcionalidade) em função das manifestações ou níveis depressivos avaliados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao cérebro saudável associa-se a ideia de um complexo funcionamento global e, também, a de mistério em progressiva revelação⁽²⁶⁻³¹⁾; muitas das repercussões da sua lesão e patologia são, igualmente, diversas, complexas e patenteando elevada variabilidade interindividual⁽³²⁾.

Como registámos na discussão e se pode consultar nos quadros sinópticos, não há um sentido único, que sirva a todas as realidades e a todos os doentes. Podem mesmo surpreender alguns dos resultados e tópicos discutidos, nomeadamente no que se refere à vertente da qualidade de vida; contudo repetimos uma ideia antes afirmada: foi “a satisfação com os cuidados recebidos o indicador (mais) importante e determinante da qualidade de vida de doentes e cuidadores”.

Decorrente duma leitura mais abrangente destes trabalhos, parece-nos clara uma intrincada relação entre a designada dimensão funcional – física e psico-emocional (centrada na “depressão”) – e a qualidade de vida percebida; não pesquisámos especificamente esta vertente psico-emocional, mas ela foi referida e correlacionada em diversos estudos, como mostrado antes. Contrariando possíveis tendências muito tecnicistas na prestação atual de cuidados, esta referência à “satisfação com os cuidados recebidos”, eventualmente assente na dimensão relacional, deve ser sublinhada para uma definição de bom sistema de saúde, quer quanto à vertente estritamente assistencial - centrada no indivíduo, na pessoa em transição – quer, também, naquilo que sugere para a esfera do ensino e aprendizagem, particularmente de enfermagem.

Em síntese, dada a questão de partida (investigação) e os objectivos formulados para esta revisão integrativa, poderemos afirmar que o tempo de internamento e, particularmente, o planeamento cuidado, atempado e personalizado da alta tenderá a ter impacto na qualidade de vida dos doentes (e de seus cuidadores) e também na sua funcionalidade, entendida em *lato sensu*, dado verificarmos referências à persistência de alterações psico-emocionais que se prolongam no tempo e se constituem em traço caracterizador e, simultaneamente, poderoso alerta para a necessidade de intervenção terapêutica. Traduz-se, esta transição, num momento crítico de todo um complexo processo físico e psicológico, de adaptação a diferente condição.

AGRADECIMENTO

À instituição a que os autores estão vinculados, ESEnC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, por ter facilitando o trabalho de pesquisa subjacente ao projecto em desenvolvimento e por aceitar financiar taxas inerentes à editorialização e publicação.

REFERÊNCIAS

1. Silva S, Gouveia M. Program “Via verde do AVC”: analysis of the impact on stroke mortality. *Rev Port Saude Pub.* 2012;30(2):172-9.
2. Almeida ADL. A eficácia do proFamílias em doentes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e cancro e seus familiares. *Rev Port Saude Pub.* 2011;29(1):47-52.
3. NewsFarma. DGS apresenta resultados do relatório “Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários”[Internet]. 2015[cited 2016 May 10]. Available from <http://www.newsfarma.pt/noticias?start=15>
4. O’Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*[Internet]. 2010[cited 2016 May 10];376(9735):112-23. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60834-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60834-3/abstract)
5. Meleis AI. *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* New York: Springer; 2010. 641 p.
6. Morin E. *Introdução ao Pensamento Complexo.* 5ª ed. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget; 2008. 178 p.
7. Shyu Y-IL, Kuo L-M, Chen M-C, Chen S-T. A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *J Clin Nurs*[Internet]. 2010[cited 2016 May 10];19(11-12):1675-85. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.03124.x/abstract>
8. Allen K, Hazelett S, Jarjoura D, Hua K, Wright K, Weinhardt J, et al. A randomized trial testing the superiority of a post-discharge care management model for stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*[Internet]. 2009[cited 2016 May 10];18(6):443-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802837/pdf/nihms-161670.pdf>
9. Almborg A-H, Ulander K, Thulin A, Berg S. Discharged after stroke: important factors for health-related quality of life. *J Clin Nurs*[Internet]. 2010[cited 2016 May 10];19(15-16):2196-206. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03251.x/abstract>
10. Griffiths P. Early discharge plus home based rehabilitation reduced length of initial hospital stay but did not improve health related quality of life in patients with acute stroke. *Evid Based Nurs.* 2000;3(4):2.
11. Anderson C, Rubenach S, Mhurchu CN, Clark M, Spencer C, Winsor A. Home or hospital for stroke rehabilitation? results of a randomized controlled trial - I: Health outcomes at 6 months. *Stroke.* 2000;31(5):1024-31.
12. Allen KR, Hazelett S, Jarjoura D, Wickstrom GC, Hua K, Weinhardt J, et al. Effectiveness of a postdischarge care management model for stroke and transient ischemic attack: a randomized trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis*[Internet]. 2002[cited 2016 May 10];11(2):88-98. Available from: [http://www.strokejournal.org/article/S1052-3057\(02\)00019-8/abstract](http://www.strokejournal.org/article/S1052-3057(02)00019-8/abstract)
13. Loupis YM, Faux SG. Family Conferences in Stroke Rehabilitation: a literature review. *J Stroke Cerebrovasc Dis*[Internet]. 2013[cited 2016 Jul 10];22(6):883-93. Available from: [http://www.strokejournal.org/article/S1052-3057\(12\)00408-9/abstract](http://www.strokejournal.org/article/S1052-3057(12)00408-9/abstract)

14. Graesel E, Schmidt R, Biehler J, Schupp W. Long-term effects of the intensification of the transition between inpatient neurological rehabilitation and home care of stroke patients. *Clin Rehabil*. 2006;20(7):577-83.
15. Sulch D, Perez I, Melbourn A, Kalra L. Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. *Stroke*. 2000;31(8):1929-34.
16. Green TL, King KM. The trajectory of minor stroke recovery for men and their female spousal caregivers: literature review. *J Adv Nurs*[Internet]. 2007[cited 2016 May 10];58(6):517-31. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04321.x>abstract
17. Stevenson D. Training informal caregivers of patients with stroke improved patient and caregiver quality of life and reduced costs. *Evid Based Nurs*[Internet]. 2004[cited 2016 May 10];7(4):118. Available from: <http://ebn.bmj.com/content/7/4/118.long>
18. Tao J, Fang Y, Wu Z, Rao T, Su Y, Lin L, et al. Community-applied research of a traditional Chinese medicine rehabilitation scheme on Broca's aphasia after stroke: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*[Internet]. 2014[cited 2016 May 10];15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4223562/>
19. Krueger H, Lindsay P, Cote R, Kapral MK, Kaczorowski J, Hill MD. Cost avoidance associated with optimal stroke care in Canada. *Stroke*[Internet]. 2012[cited 2016 May 10];43(8):2198-U366. Available from: <http://stroke.ahajournals.org/content/43/8/2198.long>
20. Saposnik G, Lanthier S, Mamdani M, Thorpe KE, Melo M, Popek, et al. Fabry's disease: a prospective multicenter cohort study in young adults with cryptogenic stroke. *Int J Stroke*[Internet]. 2012[cited 2016 May 10];7(3):265-73. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1111/j.1747-4949.2011.00734.x>
21. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Piravej K, Dajpratham P. First-Year Outcomes after Stroke Rehabilitation: a multicenter study in Thailand. *ISRN Rehabil*[Internet]. 2013[cited 2016 May 10];2013 (ID 595318):[6 pages]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2013/595318/>
22. Naidech AM, Beaumont JL, Rosenberg NF, Maas MB, Kosteva AR, Ault ML, et al. Intracerebral hemorrhage and delirium symptoms length of stay, function, and quality of life in a 114-patient cohort. *Am J Resp Crit Care Med*[Internet]. 2013[cited 2016 May 10];188(11):1331-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3919076/pdf/rccm.201307-1256OC.pdf>
23. Barton M, McClean S, Gillespie J, Garg L, Wilson D, Fullerton K. Is it beneficial to increase the provision of thrombolysis? a discrete-event simulation model. *Qjm-an Intern J Med*[Internet]. 2012[cited 2016 May 10];105(7):665-73. Available from: <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/105/7/665.long>
24. Cramm JM, Strating MMH, Nieboer AP. Satisfaction with care as a quality-of-life predictor for stroke patients and their caregivers. *Qual Life Res*[Internet]. 2012[cited 2016 May 10];21(10):1719-25. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496478/pdf/11136_2011_Article_107.pdf
25. Souza ACd, Rocha MOdC, Teixeira AL, Dias Junior JO, Sousa LAPd, Nunes MCP. Depressive symptoms and disability in chagasic stroke patients: impact on functionality and quality of life. *J Neurol Sci*[Internet]. 2013[cited 2016 May 10];324(1-2):34-7. Available from: [http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X\(12\)00525-4/abstract](http://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(12)00525-4/abstract)
26. Nunes HJM, Queirós PJP. Exploratory study of patients' life situation after a stroke. *International J Caring Sci*[Internet]. 2015[cited 2016 May 10];8(1):101-7. Available from: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/12-Nunes-Original.pdf>
27. Damásio AR. Descartes error and the future of human life. *Scientific Am*. 1994;271(4):144.
28. Pires JC. *De Profundis*, Valsa Lenta. 4ª ed. Lisboa: Dom Quixote; 1997. 69 p.
29. Damásio AR. Descartes' error revisited. *J Hist Neurosci*. 2001;10(2):192-4.
30. Sacks O. O Homem que Confundiu a Mulher com um Chapéu e outros contos clínicos. Lisboa: Relógio D'Água; 1990. 256 p.
31. Damásio A. O Livro da Consciência: a construção do cérebro consciente. Lisboa: Temas e Debates; 2010. 437 p.
32. Moreira RP, Araújo TL, Cavalcante TF, Guedes NG, Lopes MVO, Chaves ES. [Concept analysis of the nursing outcome mobility in patients with stroke]. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2014[cited 2016 May 10];67(3):443-59. Available from: www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0443.pdf Portuguese.