

Daniela Silva

**CONVALESCENÇA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL SINÓNIMO DE AUTONOMIA EM 30 DIAS**  
*Eficácia de uma equipa de reabilitação numa unidade de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados*



Daniela Alexandra Marques da Silva

**CONVALESCENÇA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL SINÓNIMO DE AUTONOMIA EM 30 DIAS**  
*Eficácia de uma equipa de reabilitação numa unidade de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados*

Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados e Palliativos

Orientadores: Prof. Doutora Marília Dourado e Dr. Mário Almeida

Junho de 2016

• U



C •

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Daniela Alexandra Marques da Silva

**CONVALESCENÇA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL  
SINÓNIMO DE AUTONOMIA EM 30 DIAS - Eficácia de uma equipa de  
reabilitação numa unidade de internamento da Rede Nacional de Cuidados  
Continuados**

Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos

Estudo efetuado sob orientação de:  
Professora Doutora Marília Dourado  
Dr. Mário Almeida

Junho de 2016

## **AGRADECIMENTOS**

Aproveito este espaço para agradecer a todos aqueles que contribuíram de modo mais ou menos direto para a realização deste trabalho.

Aos meus pais e marido pelo apoio incondicional e paciência em todas as fases deste percurso académico.

Aos meus orientadores Professora Doutora Marília e Dr. Mário Almeida pelo apoio, compreensão, estímulo e orientação. Sem eles a realização deste estudo tornar-se-ia mais difícil!

Ao Sr. Provedor Dr. Humberto Carneiro e restantes responsáveis pela administração da unidade por ter concedido autorização e apoiado a realização deste estudo na Unidade de Convalescença do Hospital António Lopes.

E a todos os amigos que me apoiaram mesmo quando estive mais ausente.

A todos muito obrigada!

---

## RESUMO

Como resposta ao aumento progressivo do envelhecimento da população e consequente aumento da prevalência das doenças crónicas e progressivas surgiu em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A RNCCI foi criada pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde e legislada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, no qual se definem os cuidados continuados integrados como o “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, centrado na recuperação global, que visa promover a autonomia da pessoa em situação de dependência”. A prestação destes cuidados é assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias. A Unidade de Convalescência (UC) é uma unidade de internamento independente, que pode estar integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, que tem como finalidade reabilitar e estabilizar clínica e funcionalmente a pessoa com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. A UC destina-se a doentes com patologias de base diversificadas e tem um período de internamento de 30 dias consecutivos no máximo.

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma doença neurológica súbita, que afeta uma zona localizada do encéfalo, produzindo sintomas e sinais deficitários causados pela perda de função da área afetada. Em Portugal, constitui a principal causa de morte e de incapacidade permanente.

Tendo em conta que o AVC é uma patologia que envolve um longo processo de reabilitação, surge a necessidade de investigar se a UC, com os seus programas de reabilitação intensivos, se encontra preparada para reabilitar estes utentes em apenas 30 dias e assim aferir a efetividade das referências a este nível.

Este estudo incidiu numa amostra de conveniência, constituída pelos indivíduos doentes que deram entrada na Unidade de Convalescência do Hospital António Lopes (HAL) com diagnóstico de AVC durante o ano de 2014. A todos foi aplicado um questionário sociodemográfico, e o Índice de Barthel (IB), para avaliação inicial, à data de entrada, e da avaliação final, à data de alta, de modo a caracterizar o grau de autonomia dos doentes com AVC.

Os resultados obtidos nesta investigação mostrarão o impacto dos cuidados de reabilitação de uma equipa multidisciplinar, em termos de autonomia para as atividades da

vida diária, sendo posteriormente possível concluir se esta tipologia é eficaz ou não no tratamento deste tipo de patologia.

Este estudo poderá contribuir para o melhoramento e desenvolvimento dos critérios de referenciação para a RNCCI, com base nos resultados finais, através de uma proposta de alterações da norma n.54/2011.

**Palavras-chave:** cuidados continuados, AVC, autonomia, norma n.54/2011.

---

## ABSTRACT

As a response to a progressive increase of the population-ageing and the consequent increase in the prevalence of chronic and progressive diseases emerge in 2006 the National Network of Integrated Care. The National Network of Integrated Care was created by Labor, Social Solidarity and Health Ministries and legislated by Decree-Law no.101/2006, which defines integrated care as the "set of sequential health interventions and/or social support, centered on global recovery, which aims to promote the autonomy of the person in a situation of dependence". The provision of this type of care is ensured by internment units, ambulatory units, hospital teams and domiciliary teams. The convalescence unit is a internment independente unit, which may be integrated in a hospital or another institution, that have with purpose to rehabilitate and stabilise clinically and functionally the person with transient loss of autonomy with potentially recoverable and which does not require specific hospital care. This type of unit is intended to patients with diversified pathologies which may be admitted to 30 days.

The Stroke is a neurological disease that affects, suddenly, a located zone in the brain, producing signs and symptoms deficit caused by loss of function of the affected area. In Portugal, is the main cause of death and permanent disability.

Since that stroke is a pathology wich involves a long rehabilitation process, it becomes necessary to investigate if this units, with their intensive rehabilitation programs, is prepared to rehabilitate those patients only in 30 days. In addition, we may evaluate the effectiveness of referral at this level.

This study focused on a convenience sample, composed by individuals with stroke diagnosis that lodged at the Convalescent Unit of Antonio Lopes Hospital, during 2014. At all the individuals were applied a sociodemographic questionnaire and Barthel Index on initial evaluation (at the entry) and at the final evaluation (at discharge date) in order to characterize the autonomy degree of stroke patients.

The results obtained in this research will show the impact of the rehabilitation care of a multidisciplinary team, on the autonomy for the daily activities, and concluding if this type of unit is or isn't effective in the treatment of this pathology.

This study will contribute for the development of referral criteria to National Network of Integrated Care and, basis of the final results, propose amendments on the Standard no.54/2011.

**Keywords:** integrated care, Stroke, autonomy, Standard N.54/2011.

---

## LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

IB – Índice de Barthel

AVD – Atividades da vida diária

RSES – Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC – Unidade de Convalescença

UMDR – Unidades de média duração e reabilitação

ULDM – Unidades de longa duração e manutenção

EGA – Equipas de gestão de altas

ECCI – Equipas de cuidados continuados integrados

ARS – Administrações regionais de saúde

ECR – Equipa coordenadora regional

ECL – Equipas coordenadoras locais

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – AVC isquémico. Nesta figura está representada em percentagem a incidência de AVC isquémico segundo a localização da lesão. Como se pode observar esta doença resulta maioritariamente da oclusão da artéria cerebral média. Adaptado de Lundy-Ekman (2008) .....	5
Figura 2 – Representação gráfica de frequências relativo à variável “idade” .....	36
Figura 3 – Frequências do nível de dependência funcional (obtido a partir do IB) na data de entrada na unidade, segundo classificação de Sequeira (2007). Como se pode observa a maioria dos indivíduos deram entrada na unidade com dependência moderada ou ligeira, para as AVD.....	39
Figura 4 – Frequência do grau de dependência funcional (obtido a partir do IB) na data de alta, segundo classificação de Sequeira (2007). Como é possível observar, na data da alta, a moda é a dependência ligeira para as AVD. ....	42
Figura 5 – Frequências relativas à variável “tempo de internamento” .....	43
Figura 6 – Frequências do destino após alta da amostra.....	44



## INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Défices comuns do AVC. Esta tabela indica possíveis consequências de lesões envolvendo cada uma das artérias. Dependendo da distribuição e da intensidade da oclusão ou da hemorragia ocorrem vários subgrupos dos sinais relacionados. (derivado de Hankey e Wardlaw, 2002).....	6
Tabela 2 – Respostas existentes na atualidade em função do tipo de população. Consideram-se em situação de dependência apenas as duas últimas categorias. Adaptado de Nogueira & Gonçalves, 2009).....	16
Tabela 3 – Níveis de dependência segundo a pontuação obtida durante a avaliação. (Adaptado de Sequeira, 2007) .....	30
Tabela 4 - Roteiro do Projeto de Investigação.....	31
Tabela 5 – Informação geral sobre população/amostra do estudo, obtida por aplicação do instrumento de recolha de dados, com valores observados.....	33
Tabela 6 – Tabela de frequências da variável “Sexo” dos indivíduos. ....	35
Tabela 7 – Tabela de medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de assimetria e medidas de curtose relativas à variável “Idade”. ....	36
Tabela 8 – Tabela de frequências relativas à variável “grau de dependência” na avaliação inicial.....	37
Tabela 9 – Tabela de medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de assimetria e medidas de curtose relativas à variável “grau de dependência” na avaliação inicial.....	38
Tabela 10 – Tabela de frequências relativas à variável “grau de dependência” na avaliação final.....	40
Tabela 11 – Tabela de medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de assimetria e medidas de curtose relativas à variável “grau de dependência” na avaliação final. ....	41
Tabela 12 – Tabela de medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de assimetria e medidas de curtose relativas à variável “tempo de internamento”. ....	43
Tabela 13 – Tabela de Classificações.....	45
Tabela 14 – Estatísticas de teste de classificações assinadas por wilcoxon. ....	45
Tabela 15 – Estatística descritiva dos critérios de referência.....	46

---

Tabela 16 – Tabela de correlações de Spearman. ....	47
Tabela 17 – Descritivos dos dados obtidos segundo a Norma 54/2011. ....	50

---

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	2
METODOLOGIA .....	27
Amostra .....	27
Instrumentos .....	28
Procedimentos .....	30
RESULTADOS .....	33
Análise descritiva .....	34
Análise inferencial .....	44
DISCUSSÃO .....	48
CONCLUSÃO .....	55
ANEXOS .....	61
1. Norma n.º54/2011 .....	61
2. Escala de Barthel .....	71
3. Autorização .....	72
4. Mini Mental State Examination .....	73

---

## INTRODUÇÃO

As tendências demográficas em Portugal apontam para o aumento continuado da esperança média de vida, para a redução da mortalidade infantil, para o aumento da emigração, para a queda acentuada da fecundidade e para o conseqüente envelhecimento da população. Para este último contribuiu decisivamente o aumento da população idosa e a redução da população jovem (Instituto Nacional de Estatística, População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento, 2014).

Através dos censos realizados em 2011 verificou-se que a pirâmide das idades mudou de forma, ou seja a base da pirâmide correspondente à população mais jovem diminuiu e o topo correspondente à população mais idosa alargou-se. Por outras palavras, observa-se em Portugal o fenómeno de duplo envelhecimento, o envelhecimento de base e o envelhecimento de topo. Especificamente, verificou-se a queda da população em todos os grupos etários entre os 0 e os 29 anos, e só a partir dos 30 anos se confirmou o aumento da população em cerca de 9%. Para idades superiores a 69 anos o crescimento foi mais acentuado, de 26%. Estima-se que a população com 65 ou mais anos, residente em Portugal, aumentará até 2060 entre 35 a 43 % no cenário baixo. Esta tendência resultará da diminuição da mortalidade e do conseqüente aumento da esperança de vida que se observará neste cenário, que será de 84,21 anos para homens e 89,88 anos para mulheres (Instituto Nacional de Estatística, População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento, 2014). Os fatores mais pertinentes que contribuíram para este decréscimo da mortalidade e conseqüente aumento da esperança de vida englobam as áreas educacionais (por exemplo melhores conhecimentos sobre alimentação), as sanitárias (melhores condições sanitárias e de higiene e habitacionais), as médicas (melhores conhecimentos sobre prevenção, diagnóstico e cura das doenças e a acessibilidade aos cuidados), as económicas (o desenvolvimento económico transformou as economias de subsistência em economias de mercado, desenvolveu redes de comunicação e aumentou os níveis de bem estar económico e social) e ainda as sociais (melhoria nas condições de habitação e das condições de trabalho) (Nazareth, 2009). Os factos anteriormente referidos contribuíram para que nos últimos dez a vinte anos a mortalidade diminuísse, porém não em todos os países ao mesmo tempo, uma vez que o avanço tecnológico não se verificou de igual forma em todos os países, e nos países em que tal aconteceu, não

declinou ao mesmo ritmo nos diversos grupos que integram as estruturas sociodemográficas (Nazareth, 2009). Em Portugal, as idades em que se verificaram maior número de óbitos foi entre os 65 e os 70 anos (Instituto Nacional de Estatística, Risco de Morrer 2012, 2014).

As alterações biológicas próprias do envelhecimento são as responsáveis por tornar a pessoa idosa menos capaz de reagir a agressões ambientais, ou seja estas modificações, especialmente quando estão associadas à idade avançada, provocam maior suscetibilidade à doença, maior vulnerabilidade ou até morte (Paz, Santos, & Eidt, 2006). Entre as principais causas de morte dos idosos destacam-se as doenças do aparelho circulatório, seguindo-se as neoplasias e as patologias do foro respiratório (Direção Geral de Saúde, 2014). Segundo a mesma fonte, Direção Geral de Saúde, 2014, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares é continuamente superior à das doenças isquémicas do coração (incluindo o enfarte agudo do miocárdio). Portugal possui a maior taxa de mortalidade por AVC da Europa Ocidental e carece de dados acerca da sua incidência na região norte, que é especificamente onde se verifica a maior mortalidade por AVC (Correia, et al., 2004).

Uma vez que a incidência das doenças cerebrovasculares na população portuguesa ainda possuem uma posição de destaque, especialmente na região norte, como causa de morte e incapacidade, surge a pertinência deste estudo.

### **Acidente Vascular Cerebral**

O AVC é definido como uma síndrome clínica de origem vascular, caracterizada pelo desenvolvimento rápido de sinais e sintomas neurológicos, focais ou globais, défice das funções cerebrais, com duração superior a 24 horas (Rubin et al, 2005; Pimentel & Ferro, 2006). Embora o cérebro possua um sistema de vascularização com características anatómicas e fisiológicas concebidas para o proteger de eventuais falhas circulatórias, quando estes mecanismos protetores falham o resultado é o AVC (Carr & Shepherd, 2008).

O AVC é uma das patologias neurológicas agudas mais comuns, que ocorre frequentemente em indivíduos com fatores de risco vascular. Os fatores de risco vascular mais importantes são a idade (observa-se o aumento exponencial da incidência e da mortalidade com a idade) e a hipertensão arterial, não existindo um limiar de risco abaixo do qual este seja estável. Segundo a Mackay et al. (2004), o tratamento da hipertensão pode inclusive reduzir o risco de AVC em 40%. Outros fatores de risco também a considerar

são a obesidade, o sedentarismo, a hiperlipidemia, o alcoolismo, o tabagismo e a presença de diabetes associada (Pimentel & Ferro, 2006).

Segundo Ferro & Pimentel (2006), para efetuar corretamente o diagnóstico desta patologia há que ter em conta a tríade – início súbito; sinais e sintomas focais; doentes com fatores de risco – e 6 aspetos relevantes:

### 1. Diagnóstico diferencial

É de extrema importância evitar erros de diagnóstico falso positivo (como perturbações psiquiátricas, enxaqueca com aura, síndrome confusional aguda, de causa metabólica, infecciosa ou iatrogénica no idoso, vertigens de causa vestibular periférica, hematoma subdural e neoplasias intracranianas) e também o falso negativo que ocorre quando o AVC não provoca défice motor. Neste ponto, os métodos de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética, assumem um papel essencial para chegar a um diagnóstico seguro.

### 2. Tempo de evolução

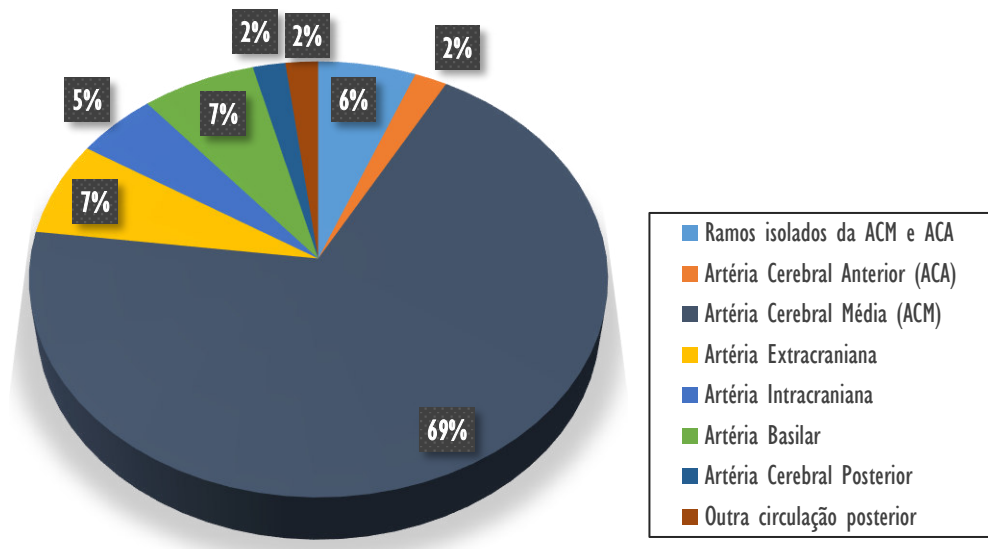
Este aspeto é fulcral na seleção da terapêutica mais eficaz a aplicar, já que “Tempo é cérebro”, ou seja o tratamento do AVC deve ser encarado como uma emergência e o principal objetivo na fase aguda deve ser diminuir ao máximo o tempo pré-hospitalar. Neste campo é importante a educação em termos de:

- Reconhecimento de sinais e sintomas do AVC pelo próprio doente, por familiares ou por testemunhas;
- Natureza do primeiro contacto médico;
- Meio de transporte para o hospital.

Isto implica não só a educação permanente da população como também dos paramédicos e equipas de serviços de emergência médica (SEM), melhorando a precisão na identificação do AVC e acelerando a transferência para o hospital (European Stroke Organisation Executive Committee & ESO Writing Committee, 2008).

### 3. Tipo de AVC

O AVC pode ser isquémico, devido à oclusão de um vaso sanguíneo, ou hemorrágico devido a rutura de um vaso. Enquanto a maior parte da ocorrência de AVC isquémico (figura I) é decorrente de arteriosclerose, trombose ou embolo, o AVC hemorrágico normalmente está associado a hipertensão arterial sistémica ou à existência de aneurisma (Carr & Shepherd, 2008). O AVC hemorrágico pode ser intracerebral (rutura de uma das artérias do cérebro no tecido cerebral) ou subaracnoide (hemorragia arterial no espaço entre as duas meninges, a pia-máter e aracnóide) (OMS, 2006).



**Figura I – AVC isquémico.** Nesta figura está representada em percentagem a incidência de AVC isquémico segundo a localização da lesão. Como se pode observar esta doença resulta maioritariamente da oclusão da artéria cerebral média. Adaptado de Lundy-Ekman (2008)

### 4. Zona cerebral afetada / artéria lesada

As interrupções do fluxo sanguíneo numa zona localizada do encéfalo produzem sintomas e sinais deficitários causados pela perda de função da área afetada, ou seja, os sinais e sintomas dependem da localização e do tamanho da lesão (Lundy-Ekman, 2008). Além da localização e tamanho da lesão, também a natureza e funções da área envolvida, a velocidade de oclusão do vaso sanguíneo e a disponibilidade de um fluxo sanguíneo colateral são responsáveis pelos sinais

e sintomas (Rubin, Gorstein, Rubin, Schwarting, & Strayer, 2005). Os défices neurológicos mais comumente relatados como responsáveis, por atingir 25% das pessoas que sobrevivem a enfartes cerebrais são: hemiparesia, ataxia, hemianopsia, défices na perceção visual, afasia, disartria, défices sensoriais, alterações no controlo dos esfíncteres e alterações de memória (Lundy-Ekman, 2008), como se apresenta na tabela I.

**Tabela I – Défices comuns do AVC.** Esta tabela indica possíveis consequências de lesões envolvendo cada uma das artérias. Dependendo da distribuição e da intensidade da oclusão ou da hemorragia ocorrem vários subgrupos dos sinais relacionados. (derivado de Hankey e Wardlaw, 2002)

Tipo de défice Localização	Artéria Cerebral Anterior	Artéria Cerebral Média	Artéria Cerebral Posterior	Artéria Basilar
	<b>Somatossensorial</b>	Perda da Sensibilidade do membro inferior	Hemianestesia afetando face e membro superior mais do que membro inferior	Hemianestesia
<b>Motor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apraxia;</li> <li>Hemiplegia (Membros superior mais afetado que o inferior);</li> <li>Comprometimento da marcha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Face e membro superior mais afetos que o membro inferior.</li> <li>Se as artérias estriadas estiverem envolvidas também afeta o membro inferior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemiparesia;</li> <li>Se a lesão for próxima à origem da artéria há paralisia do nervo oculomotor, do olhar vertical, perda do desvio medial dos olhos, desvio obliquo vertical dos olhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tetraplegia;</li> <li>Paralisia do nervo abducente;</li> <li>Síndrome de cativo;</li> <li>Paralisia do nervo oculomotor;</li> <li>Rigidez de descerebração ou descorticação;</li> <li>Paresia dos músculos da língua, dos lábios, palato, faringe e laringe.</li> </ul>
<b>Sentidos especiais e função autónoma</b>		Hemianopsia homónima	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemianopsia homónima;</li> <li>Cegueira cortical;</li> <li>Alucinações;</li> <li>Falta de perceção de profundidade;</li> <li>Comprometimento dos movimentos oculares (exceto os infero-mediais);</li> <li>Agnosia visual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vertigens;</li> <li>Nistagmo;</li> <li>Náuseas;</li> <li>Vómitos.</li> </ul>



**Tabela I – Défices comuns do AVC (Continuação).**

Tipo de défice Localização	Artéria Cerebral Anterior	Artéria Cerebral Média	Artéria Cerebral Posterior	Artéria Basilar
	<b>Emoções e comportamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afeto sem contrastes;</li> <li>• Impulsividade;</li> <li>• Perseverança;</li> <li>• Confusão;</li> <li>• Inatividade motora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se hemisfério direito: Distração fácil e impulsivo;</li> <li>• Se hemisfério esquerdo: Apraxia, compulsão, cautela excessiva;</li> </ul>	
<b>Mentalização, linguagem e memória</b>	Dificuldade no pensamento divergente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afasia<sup>1</sup>;</li> <li>• Dificuldade para compreender relações especiais;</li> <li>• Negligência;</li> <li>• Comprometimento da comunicação não verbal;</li> <li>• Apraxia do vestir;</li> <li>• Apraxia de construção<sup>2</sup>.</li> </ul>	Perda de memória	Alteração do estado de consciência
<b>Outros</b>	Incontinência urinária		Síndrome talâmica (hemiparesia temporária, perda grave de sensibilidade somática, sensibilidade dolorosa diminuída, alterações vasomotoras e tróficas dos membros)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coma;</li> <li>• Constricção pupilar.</li> </ul>

<sup>1</sup> Se for afetado o hemisfério dominante da linguagem.

<sup>2</sup> Se for afetado o hemisfério não dominante da linguagem.

Embora a hemiplegia e os défices sensoriais resultantes do AVC apareçam frequentemente de modo unilateral, a expressão “lado não afetado” é normalmente um equívoco. Um estudo elaborado por Pai et al. (1994), que avaliou a capacidade da transferência de carga em adultos com hemiparesia, revelou que em apenas 48% das tentativas de transferências de carga para o lado não parético foram alcançadas com sucesso. O AVC que afeta a artéria cerebral média causa lesões dos neurónios corticoespinhais e desorganizam as conexões corticais com a medula espinhal, o tronco encefálico e o cerebelo. Como os neurónios corticoespinhais são afetados, a paresia e diminuição do fracionamento dos movimentos contralaterais à lesão são as alterações que limitam a atividade. Assim, quando se compara adultos que sofreram de AVC com indivíduos sadios de idade e sexo comparáveis verifica-se que os músculos do lado não parético (especialmente no ombro) estão mais fracos (Lundy-Ekman, 2008).

## 5. Razão de ocorrência do AVC

Esta questão é importante na medida que poderá orientar as medidas de prevenção. Como estratégias de prevenção primária, ou seja estratégias que tem como objetivo reduzir o risco de AVC nos indivíduos assintomáticos, existem a identificação de indivíduos com maior risco geral de AVC ou doença cardiovascular (hipertensos ou diabéticos), iniciativas de incentivo à população para a realização atividade física regular, avaliação regular da pressão arterial, da glicemia e do colesterol sérico, desencorajamento do consumo elevado de álcool, recomendação de dieta hipossalina e hipocalórica, desencorajamento do tabagismo aplicando legislação para o efeito e a sensibilização para evitar o uso de suplementos de vitaminas antioxidantes e de terapêuticas de substituição hormonal para prevenção primária do AVC. Por outro lado, consideram-se medidas de prevenção secundária a redução intensificada de exposição aos principais fatores de risco cardiovascular e o tratamento com anti-hipertensivos e antiplaquetários. Por último, as medidas de prevenção terciária apontadas no manual STEPS da OMS (2006) são o tratamento de infeções agudas, o controlo de comorbilidades, e a reabilitação, ou seja, são medidas que visam diminuir as

---

consequências e danos em doentes com AVC (OMS, 2006; European Stroke Organisation Executive Committee & ESO Writing Committee, 2008).

## 6. Prognóstico

O doente e a família dirigem, essencialmente, a sua atenção para o prognóstico, uma vez que quando existe dependência para as atividades da vida diária (AVD), decorrente desta patologia, é necessário um cuidado especial na preparação da alta. Imediatamente após o AVC é difícil prever a extensão da recuperação. Existem, contudo, alguns sinais de bom prognóstico como a continência urinária, a idade jovem, a ausência de défices cognitivos e dependência funcional inicial leve. Os défices funcionais prévios, ao AVC, e a incontinência estão na lista de indicadores de mau prognóstico.

Carr e Shepherd (2008) referem que a maior parte dos doentes, que sobrevivem no primeiro mês depois do AVC, recuperam os níveis de funcionalidade pré-AVC. Referem ainda que 81% das pessoas que sofreram AVC e sobreviveram tem alta para casa. Apesar disso, o resultado funcional da reabilitação não prevê as condições de alta para casa e como tal alguns familiares levam para casa indivíduos que necessitam de cuidados consideráveis (Carr & Shepherd, 2008).

A influência do resultado funcional pós AVC na sobrevivência é mais forte do que a influência de outros fatores bem conhecidos, tornando-o num preditor independente no cálculo desta. Esta descoberta indica que qualquer intervenção na fase aguda, que possa melhorar o estado funcional em 3 meses, terá também efeitos secundários favoráveis sobre a sobrevivência a longo prazo. Por outro lado, fatores como o resultado alto da Escala de Rankin Modificada, o ser do sexo masculino, a idade avançada, a diabetes, o tabagismo, a terapia de hipertensão no início do AVC, a fibrilação auricular e o humor deprimido também foram reconhecidos como preditores significativos de sobrevivência, embora de menor importância (Eriksson, Norrving, Terént, & Stegmayr, 2008).

Tendo em conta o anteriormente referido, o European Stroke Organisation Executive Committee (ESO), em 2008, deliberou algumas recomendações com vista a reduzir precocemente os défices decorrentes do AVC, que são:

✓ **Admissão de doentes com AVC agudo numa unidade de AVC para receberem reabilitação coordenada e multidisciplinar.**

Neste sentido, um estudo de revisão levado a cabo por Langhorne et al. em 1993, refere que doentes com esta patologia que recebem assistência especializada estão mais aptos a sobreviverem, serem independentes e voltar à sua rotina diária um ano após o AVC.

✓ **Início precoce da reabilitação.**

Após uma lesão encefálica, tanto a intensidade da reabilitação como o tempo decorrido entre a lesão e o início da reabilitação influenciam a recuperação da função neuronal. Segundo Lundy-Ekman (2008), “a falta prolongada de movimentos ativos após uma lesão cortical pode ocasionar a perda subsequente de função em regiões adjacentes do encéfalo não lesadas”. No entanto, danos subsequentes em áreas corticais adjacentes podem precaver-se através do treino dos movimentos. Nudo et al., em 1996 confirmaram, num estudo efetuado em macacos, nos quais foi simulado um derrame que lesou uma parte do córtex motor associada ao controlo dos movimentos da mão, que ao executar o treino funcional precoce (5 dias após a lesão) evitou-se a perda de função em regiões corticais adjacentes não lesionadas. Neste estudo, verificou-se ainda que em alguns casos ocorreu mesmo a reorganização neuronal e a representação cortical da mão alongou-se a regiões do córtex anteriormente ocupadas pela representação do ombro e cotovelo. Este achado permitiu concluir que a reabilitação tem um efeito direto sobre a integridade e a reorganização de regiões adjacentes, não lesadas do córtex motor, e por isso mesmo a reabilitação precoce constituiu o elemento chave para a melhor recuperação.

✓ **Alta precoce da unidade de AVC nos doentes estáveis do ponto de vista médico com défices leves ou moderados,** desde que existam recursos de reabilitação na comunidade prestados por uma equipa multidisciplinar com especial competência em reabilitação de AVC, uma vez que a mortalidade aumentou substancialmente quando os doentes tiveram alta precoce para a comunidade apenas com apoio comunitário genérico.

Segundo a ESO (2008), as equipas multidisciplinares de apoio às altas precoces com especial competência em AVC devem integrar pelo menos profissionais de Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, pois só assim se poderá diminuir significativamente a duração do internamento em doentes selecionados com défices ligeiros a moderados. Nesse sentido, também Evans et al. (1995) referem que os doentes que participam em programas de reabilitação durante o internamento atingiram os objetivos preconizados mais precocemente, e tiveram alta hospitalar usufruindo de maior probabilidade de sobrevivência a curto prazo e de regresso a casa mais rapidamente do que os que não participaram.

✓ **Continuação da reabilitação após alta durante o primeiro ano após AVC.**

Nesse contexto, Evans et al. verificou, num estudo realizado em 1995, que a sobrevivência a longo prazo e a funcionalidade foram iguais tanto para o grupo experimental como para o grupo de controlo, sugerindo que a falta de benefícios a longo prazo poderia dever-se ao facto de que os serviços necessitariam de ser continuados em casa ou em ambientes de cuidados subagudos de modo a otimizar a eficácia de planos de reabilitação previamente instaurados.

✓ **Aumento da duração e intensidade da reabilitação.**

De acordo com o atrás enunciado, é crucial encaminhar o mais brevemente possível os doentes com AVC para os serviços que oferecem respostas que envolvam prestação de cuidados de reabilitação, com vista a colmatar os défices adquiridos a nível de autonomia para as atividades da vida diária.

A reabilitação pretende capacitar os indivíduos com défice para melhorarem funções físicas, intelectuais, psicológicas e/ou sociais. Compreende todo um programa durante o qual o doente progride para, ou mantém, o máximo grau de independência que é capaz (European Stroke Organisation Executive Committee & ESO Writing Committee, 2008).

O processo de reabilitação envolve seis parâmetros principais (Gresham, et al., 1997):

1. Prevenção, reconhecimento e gestão das complicações e comorbilidades;
2. Terapia para o máximo de independência;
3. Facilitar ao máximo a capacidade do indivíduo e da família de lidar com a situação e se adaptarem;
4. Prevenção do défice secundário através da promoção da reintegração social, incluindo o acompanhamento do regresso a casa, da família e atividades de recreio e vocacionais;
5. Reforço da qualidade de vida tendo em conta o défice residual;
6. Prevenção de um segundo AVC ou outros eventos vasculares, como o enfarte agudo do miocárdio, que ocorrem mais frequentemente nesta população.

Para alguns doentes a reabilitação constituirá um processo contínuo de aquisição, manutenção e aperfeiçoamento de capacidades, e poderá envolver a participação de diferentes profissionais, com intervenção na comunidade durante meses ou anos após o AVC (Gresham, et al., 1997).

Tendo em conta a literatura revista, para obter uma maior eficácia e custo económico comparável, os cuidados de reabilitação devem ser organizados em equipa multidisciplinar de profissionais médicos e não-médicos (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia, Assistência Social, Ortoprotesia, Enfermagem de Reabilitação, etc.) (Amaro, Moreira, & Branco, 2009). A interação entre os elementos da equipa pode organizar-se de duas formas:

- Modelo multidisciplinar, em que a ênfase é colocada na comunicação vertical, cabendo ao Médico Fisiatra a prescrição e a responsabilidade pelo tratamento reabilitador, bem como a mediação das interações entre os vários profissionais da equipa;
- Modelo interdisciplinar, em que a conferência de equipa assenta na comunicação lateral e o médico Fisiatra tem níveis diferentes de participação e de responsabilidade médico-legal.

A coordenação de uma equipa de reabilitação em modelo multidisciplinar exige ao Médico Fisiatra uma comunicação ótima com todas as classes profissionais de forma a atender da melhor maneira a todas as necessidades do doente, através de prescrições, referenciação ou interação direta. Deve haver uma estreita colaboração com outras Especialidades Médicas de forma a delinear uma estratégia de tratamento comum (Amaro, Moreira, & Branco, 2009).

Os objetivos de intervenção do enfermeiro de reabilitação são: maximizar a autodeterminação, restaurar a função e otimizar escolhas de estilos de vida dos doentes (Hoeman, 2011).

O fisioterapeuta centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo. Para tal, utiliza modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objetivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida (Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro). Em caso de AVC a fisioterapia envolve o uso hábil das intervenções físicas, a fim de restaurar o movimento funcional, reduzir os défices e maximizar a qualidade de vida (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning, 2010). Outras estratégias utilizadas pelos fisioterapeutas incluem a terapia motora induzida pela restrição do uso do membro saudável, biofeedback, treino eletromecânico da marcha e a estimulação elétrica funcional, que estimulam o cérebro à reorganização e recuperação das funções (Van Peppen, et al., 2004).

Da mesma forma que os fisioterapeutas, também os terapeutas ocupacionais procuram promover as capacidades motoras e sensoriais, porém em contexto de atividades que fazem parte da rotina diária, como cuidados pessoais, preparação de refeições e limpeza da casa (De Wit, et al., 2006). Especificamente em doentes com AVC, o processo de aprendizagem deste tipo de atividades, mais complexas, pode realizar-se dividindo estas tarefas em componentes mais simples faseadamente e por fim executando toda a sequência da ação. Esta estratégia promove a coordenação e permite aos doentes com apraxia realizar atividades planeadas. Por outro lado, também ensinam os doentes a desenvolver mecanismos compensatórios e alterar elementos do seu meio que limitam as atividades diárias (Walker, et al., 2004).

O terapeuta da fala é responsável pelo “desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita mas também outras formas de comunicação não-verbal” (Decreto-Lei n.º

564/99, de 21 de Dezembro). Para o utente com diagnóstico de AVC a terapia da fala visa não só maximizar a comunicação e reduzir as dificuldades linguísticas e motoras do discurso como também ajuda a promover a capacidade de deglutição, sem riscos para o utente (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia, 2010).

O ortoprotésico tem como função a avaliação de indivíduos com problemas motores ou posturais, com a finalidade de conceber, desenhar e aplicar os dispositivos necessários e mais adequados à correção do aparelho locomotor (Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro).

O papel do psicólogo clínico é fornecer informações e apoio ao doente, familiares e à equipa de reabilitação, sobre as repercussões psicológicas do AVC. As alterações emocionais e de personalidade normalmente estão presentes em muitos doentes após um acidente vascular cerebral. Estes problemas podem ser uma preocupação significativa para os familiares e podem também ser fonte de ansiedade. O papel do psicólogo clínico é definir o grau de comprometimento neuropsicológico, aliviar o sofrimento psicológico e promover o bem-estar e qualidade de vida (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning, 2010).

O assistente social é também um membro da equipa multidisciplinar de especial importância na prestação de cuidados aos doentes com AVC. O assistente social deve ter uma compreensão da doença e seus efeitos sobre o doente, os cuidadores e familiares, assim como estar ciente dos problemas físicos, psicológicos e emocionais que a doença acarreta, de modo a entender melhor as necessidades do doente. O assistente social trabalha em estreita colaboração com os terapeutas, visando análise constante das reais necessidades do doente, o que requer um amplo conhecimento dos recursos na comunidade, para melhor aconselhar a equipa, sobre as hipóteses do doente após a alta (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning, 2010).

O nutricionista é o responsável por oferecer orientação especializada, avaliação, adequação nutricional das dietas, em função do risco e da consistência necessária, e acompanhamento a doentes com necessidades dietéticas especiais (por exemplo, diabetes mellitus, dislipidemia, hipertensão) após AVC, quer na fase mais precoce quer no médio longo prazo (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Management of patients with



stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning, 2010).

Em Portugal, existem dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência (Nogueira & Gonçalves, 2009):

- As redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos ou amigos que prestam cuidados com base na solidariedade e amizade ou tendo por base um vínculo de parentesco;
- As redes formais de proteção social onde se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias ou em espécie, como é o caso dos serviços disponibilizados através da rede de serviços e equipamentos sociais.

A relação entre os dois tipos de redes de suporte identificadas pode ser de complementaridade ou, por outro lado, de substituição dependendo dos casos (Gil, 1999). Uma pesquisa empírica elaborada por Gil, 1999, que envolveu um inquérito aplicado a 300 indivíduos com mais de 65 anos inseridos em lares, centros de dia, centros de convívio, ou utentes de serviço de apoio domiciliário, em seis freguesias do conselho de Sintra, comprovou a inexistência não só de um modelo de efeito total de substituição, como também da divisão rigorosa dos apoios, e ainda da hierarquia dos cuidadores. Por outras palavras, a pesquisa sugeriu a coexistência de aspetos dos vários modelos de autores como Ethel Shanas (1979), Eugene Litwak (1985) e Cantor (1992).

Porém, existem exceções quando se fala em idosos com elevados níveis de dependência e que possuem uma inexistente ou muito enfraquecida relação familiar, sendo normalmente nesse caso selecionada a rede formal como hipótese mais adequada (Nogueira & Gonçalves, 2009). Nesse sentido, com o objetivo de combater o isolamento individual e social, promover a autonomia e assegurar um conjunto de serviços e cuidados multidisciplinares a grupos alvos específicos e vulneráveis como os idosos, pessoas com necessidades especiais e pessoas em situação de dependência, o Estado implementou progressivamente um conjunto alargado de serviços e equipamentos sociais de suporte.

Em suma, em Portugal, continua a existir um modelo misto de solidariedade na velhice e na dependência. Apesar de se encontrar em processo de mutação, a rede informal constituída pela família ou vizinhança ainda se apresenta ativa não existindo um problema de solidariedade intergeracional. A rede formal, baseada essencialmente nos apoios público-

privados, pecuniários e/ou em espécie, desenvolvidos através das respostas da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) e da RNCCL, (tabela 2) tem vindo progressivamente a reforçar não só a capacidade instalada como os meios físicos, técnicos, e humanos de apoio (Nogueira & Gonçalves, 2009).

**Tabela 2 – Respostas existentes na atualidade em função do tipo de população.** Consideram-se em situação de dependência apenas as duas últimas categorias. Adaptado de Nogueira & Gonçalves, 2009).

<b>População Alvo</b>	<b>Resposta Social</b>
<b>Crianças e Jovens com necessidades especiais</b>	Lar de Apoio e Transporte de Pessoas com Deficiência (crianças e jovens)
<b>Adultos com necessidades especiais</b>	Lar Residencial, Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Atividades Ocupacionais e Transporte de pessoas com Deficiência
<b>População idosa</b>	Lar de Idosos, Residência, Centro de dia e Serviço de Apoio domiciliário
<b>População em situação de Dependência</b>	Serviço de Apoio Domiciliário, Apoio Domiciliário Integrado e Unidade de Apoio Integrado
<b>Doentes de Foro Mental ou Psiquiátrico</b>	Fórum Socio-Ocupacional, Unidade de Vida Protegida, Unidade de Vida Apoiada e Unidade de Vida Autónoma

Segundo Nogueira e Gonçalves em 2009, houve um acréscimo do número de pessoas dependentes a frequentar as respostas sociais acima mencionadas, o que se traduziu num aumento do esforço financeiro do Estado em reforçar a capacidade instalada, sendo as respostas sociais da RSES mais frequentadas por este tipo de pessoas, o Serviço de Apoio Domiciliário, o Apoio Domiciliário Integrado e a Unidade de Apoio Integrado.

A Unidade de Apoio Integrado foi a resposta desenvolvida especificamente para pessoas em situação de dependência e que visa prestar cuidados temporários, globais e integrados, a pessoas que, por motivo de dependência, não podem manter-se apoiadas no

seu domicílio mas que não carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar (Nogueira & Gonçalves, 2009). Este tipo de unidade pertence à RNCCI, que é a mais recente resposta público-privada no âmbito do apoio às pessoas em situação de dependência, criada pelo XVII Governo Constitucional a 6 de Junho através do Decreto-Lei n.º101/2006, onde se justifica a criação deste tipo de resposta apor: “verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida<sup>3</sup>”. A parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social foi a responsável por conceber um conjunto de respostas integradas que visam apoiar o dependente desde o internamento ao regresso a casa.

A filosofia dos Cuidados Continuados Integrados assenta no princípio da adequação dos cuidados às necessidades de reabilitação ou de manutenção de funções básicas do indivíduo, permitindo aos utentes da RNCCI, sempre que possível, a recuperação da autonomia para as AVD, reduzindo assim o grau de dependência dos mesmos (Nogueira & Gonçalves, 2009).

A RNCCI é composta por um conjunto das instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados, tanto no local de residência do utente como em instalações próprias. Esta rede destina-se a prestar apoio integrado nas áreas da saúde e da segurança social através de equipas multidisciplinares que efetuam no terreno, em estreita colaboração com os hospitais e centros de saúde (Nogueira & Gonçalves, 2009).

Os Cuidados Continuados Integrados definem-se como “o conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Nogueira & Gonçalves, 2009).

Segundo o Decreto-Lei n.º101/2006, os objetivos específicos da RNCCI são:

---

<sup>3</sup> Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de Junho, excerto do preâmbulo deste documento legislativo.

- Melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social;
- Manutenção do estado das pessoas com perda de funcionalidade no domicílio, desde que sejam assegurados os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida neste ambiente;
- Apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados à situação da pessoa;
- Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- Apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- Articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- Prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.

Os cuidados continuados integrados iniciam-se com alta hospitalar, garantindo a continuidade do tratamento através de reinserção em unidades de internamento alternativas ao hospital, ou no domicílio do doente sendo, neste caso, o apoio efetuado por equipas de cuidados continuados domiciliários multidisciplinares e resultantes da articulação entre os Centros de Saúde e a Segurança Social (Nogueira & Gonçalves, 2009).

A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

- I. Unidades de internamento:
  - a. Unidades de convalescença (UC);
  - b. Unidades de média duração e reabilitação (UMDR);

- c. Unidades de longa duração e manutenção (ULDM).
2. Unidades de ambulatório:
  - a. Unidade de dia e de promoção da autonomia.
3. Equipas hospitalares:
  - a. Equipas de gestão de altas (EGA).
4. Equipas domiciliárias:
  - a. Equipas de cuidados continuados integrados (ECCI).

A **unidade de convalescença** é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição desde que articulada com um hospital de agudos. Tem como objetivo prestar tratamento e supervisão clínica de forma continuada e intensiva e prestar cuidados clínicos de reabilitação. Os cuidados a prestar nas UC são destinados a doentes com perda de autonomia transitória que requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio e que tenham a previsibilidade de internamento até 30 dias consecutivos. Considera-se critério de referenciação específico para admissão nesta unidade, a situação de dependência recente na sequência de episódio agudo, suscetível de melhoria, que apresente alguma das seguintes condições (Unidade de Missão para Cuidados Continuados Integrados, 2008):

1. Doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes e de:
  - a. Reabilitação intensiva,
  - b. Alimentação por sonda nasogástrica;
  - c. Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
  - d. Manutenção e tratamento de estomas;
  - e. Terapêutica parentérica;
  - f. Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
2. Doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;
3. Doente com alguma das seguintes síndromes, potencialmente recuperável a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição,

- deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;
4. Doente crónico com risco iminente de descompensação;
  5. Doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível igual ou menor a 30 dias;
  6. Doente com síndrome de imobilização.

**A unidade de média duração e reabilitação** é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. Os cuidados a prestar nas Unidades de Média Duração e Reabilitação são destinados a doentes que requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, duração, ou ausência de apoio social, por parte dos cuidadores e/ou de equipas de cuidados continuados integrados, não possam ser prestados no domicílio. A previsibilidade de internamento é superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos. A unidade de média duração e reabilitação pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração. Considera-se critério de referência específico para admissão nesta unidade, a situação de dependência que, na sequência de uma doença aguda ou agudização de doença crónica, apresente alguma das seguintes condições (Unidade de Missão para Cuidados Continuados Integrados, 2008):

1. Doente com necessidade de cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes e de:
  - a. Reabilitação intensiva;
  - b. Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia e aspiração de secreções e ventilação não invasiva;
  - c. Prevenção ou tratamento de úlceras;
  - d. Manutenção e tratamento de estomas.
2. Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a médio prazo: depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção;
3. Doente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível até 90 dias;

#### 4. Doente com síndrome de imobilização.

A **unidade de longa duração e manutenção** é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. A ULDM tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Este tipo de unidade pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano. Considera-se critério de referenciação específico para admissão nesta unidade, a situação de dependência que apresente alguma das seguintes condições (Unidade de Missão para Cuidados Continuados Integrados, 2008):

- 1) Doente que requeira cuidados médicos e de enfermagem;
- 2) Doente que, por patologia aguda ou crónica estabilizada, necessite de cuidados de saúde e apresente défice de autonomia nas AVD;
- 3) Doente com patologia crónica de evolução lenta, com previsão de escassa melhoria clínica e funcional;
- 4) Doente sem potencial de recuperação a curto e médio prazo;
- 5) Doente com algum dos seguintes síndromes: depressão, confusão, desnutrição/problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência ou segurança da locomoção.

A **unidade de dia e de promoção da autonomia** é uma unidade para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Este tipo de unidade deve articular-se com unidades da RNCCI ou com respostas sociais já existentes, em termos a definir. A unidade de dia e de promoção da autonomia funciona oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis. A unidade de dia e de promoção da autonomia assegura, designadamente:

- a. Atividades de manutenção e de estimulação;
- b. Cuidados médicos;

- c. Cuidados de enfermagem periódicos;
- d. Controle fisiátrico periódico;
- e. Apoio psicossocial;
- f. Animação sociocultural;
- g. Alimentação;
- h. Higiene pessoal, quando necessária.

A **equipa de cuidados continuados integrados** é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral (efetuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social), de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar -se de forma autónoma. A ECCI apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais. As ECCI são constituídas no âmbito das unidades de cuidados na comunidade, conforme previsto no Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, alterado e republicado pelo Decreto -Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro.

A **equipa de gestão de altas** é uma equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar. A equipa de gestão de altas encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social.

Pertencem ainda à RNCCI as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, regulamentadas pelo Decreto -Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto -Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro. O conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental inclui unidades



residenciais, unidades sócio ocupacionais e equipas de apoio domiciliário que se articulam com os serviços locais de saúde mental.

Para além do anteriormente referido, a RNCCI pode também integrar equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, nos termos do n.º 2 da Base XVIII da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro. As unidades da RNCCI podem coexistir com as unidades de cuidados paliativos, previstas na Base XVI da Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro.

Concluindo, a RNCCI baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e/ou de apoio social, e tem como função: a interceção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social; a articulação em rede garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados; a coordenação entre os diferentes setores e recursos locais; a organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efetivos, eficazes e oportunos visando a satisfação das pessoas.

Para tal, a coordenação da RNCCI processa-se a nível nacional, sem prejuízo da coordenação regional e local. A coordenação da rede aos níveis regional e local visa a sua operacionalização nos dois níveis territoriais permitindo, desta forma, uma articulação dos diferentes níveis de coordenação da rede, garantindo flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que a compõem. A nível regional a coordenação da RNCCI é assegurada por cinco equipas multidisciplinares, constituídas por representantes das administrações regionais de saúde (ARS) e dos centros distritais de segurança social, nos termos definidos no Despacho Conjunto n.º 19040/2006, dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. A equipa coordenadora regional (ECR) varia em função das necessidades e dos recursos existentes, sendo constituída por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação. Normalmente executa as suas funções nas instalações das Administrações Regionais de Saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. A nível local, a coordenação é assegurada por equipas, em princípio, de âmbito concelhio. As equipas coordenadoras locais (ECL) são constituídas de modo multidisciplinar por representantes da Administração Regional de Saúde e da Segurança Social, devendo integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, sempre que necessário, um representante da autarquia local, designado

pele respetivo presidente da Câmara Municipal. As especificidades da coordenação local encontram-se definidas no Despacho conjunto n.º 19040/2006 dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016). A coordenação é efetuada mediante regras definidas nos vários decretos-lei que regulam o funcionamento da RNCCI, assim como por várias diretivas técnicas e ainda por normas elaboradas pela direção geral da saúde (Administração Central do Sistema de Saúde, 2016).

Em termos de tamanho, verifica-se que a RNCCI foi criada em 2006, com a experiência piloto, no entanto o seu alargamento apenas se observou a partir de 2007. Segundo o relatório de monitorização da RNCCI (2015), o estabelecimento de acordos de prestação de serviços, com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), representou em 2014 75% do total de acordos celebrados, originando assim a contratação de 5.194 camas, o que equivale a 72,5% da oferta. Foi também em 2014, que se notou um aumento de 3% do número de ECCL, existindo 274 equipas. Em termos totais, o número de lugares na RNCCI é de 13.926, 49% dos quais em ECCL. A nível nacional existem 26 Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e II Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Relativamente a equipas referenciadoras (EGA e cuidados de Saúde Primários - CSP), no país inteiro pode contar-se com 597 equipas.

Relativamente à população da RNCCI em 2014, verificou-se que os indivíduos possuíam maioritariamente idade superior a 65 anos, representando 83,4% do total. A população com idade superior a 80 anos representava 45,1% do total. O sexo feminino representa 55,6% dos utentes e o sexo masculino representa 44,4% dos utentes. Dos utentes com idade superior a 80 anos 63,5% são do sexo feminino. Importa referir que os utentes da RNCCI tinham previamente ao internamento vários tipos de apoios, nomeadamente na alimentação, higiene (com cerca de 55% dos utentes a terem este tipo de apoio) e medicamentos (45%), com crescimento em relação a 2013. Cerca de 24% dos utentes viviam sós antes do ingresso na RNCCI. Dos utentes que deram entrada na RNCCI, cerca de 97% eram pessoas, total ou parcialmente, dependentes. Concluindo, a população da RNCCI é envelhecida, maioritariamente feminina, carenciada e com elevada incapacidade e dependência, tendo sido a dependência para as AVD o principal motivo de referenciação para a rede (Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2015).

Resumindo, a população portuguesa apresenta-se de ano para ano cada vez mais envelhecida. Este panorama deve-se em grande parte à atual conjuntura que reflete a diminuição da taxa de natalidade e de mortalidade e consequente aumento da esperança média de vida. Porém, este aumento traduziu-se também no incremento da prevalência de doenças crónicas incapacitantes, tornando a população mais envelhecida e mais dependente. Como resposta a estas novas necessidades em saúde criou-se a RNCCI, que tem objetivo promover a funcionalidade e prevenir/reduzir/adiar a incapacidade.

### **Justificação do estudo/Objetivos**

Tendo em conta que a dependência para as AVD é decorrente de variadas patologias e que a reabilitação é a forma de a resolver, surge a essência deste estudo. Apesar da existência de um vasto leque de patologias responsáveis pela incapacidade, para a elaboração deste estudo optou-se por selecionar uma patologia de grande incidência e prevalência na população Portuguesa, na atualidade, o AVC. Esta patologia é responsável por inúmeros défices tanto motores como cognitivos que na maioria dos casos necessita de cuidados de reabilitação intensivos. Como se verificou anteriormente, a RNCCI oferece uma vasta gama de serviços, sendo um deles a reabilitação nas tipologias de unidade de convalescença e unidade de média duração. Tendo esta ideia por base selecionou-se uma unidade para o desenvolvimento deste estudo que foi a unidade de convalescença pertencente ao Hospital António Lopes (HAL), que pertence à Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso. A preferência por esta unidade regeu-se pelo facto de ser uma das unidades mais antigas da RNCCI, já que fez parte da experiência piloto da RNCCI, e por ser uma unidade que apesar de não ser considerada unidade de AVC tem obtido bons resultados no tratamento desta patologia.

Vários são os estudos que fazem referência à independência funcional pós AVC em unidades da RNCCI ou, por outro lado, analisam o grau de autonomia para as AVD's dos utentes da RNCCI, ou ainda abordam o tema da reabilitação pós AVC. Este estudo distingue-se dos demais na medida em que aborda o tema da autonomia em indivíduos que sofreram AVC numa outra perspetiva. Segundo a revisão bibliográfica efetuada, o AVC é uma patologia cujo tempo de recuperação normalmente se verifica até três meses após ocorrência da lesão e as unidades de convalescença tem um tempo de internamento com previsibilidade até 30 dias. Será este tipo de resposta, que a RNCCI preconiza na norma n.º54/2011, uma opção eficaz na reabilitação de utentes com diagnóstico de AVC? Por

---

outras palavras, será o tempo de internamento nesta tipologia, em doentes com AVC, suficiente para atingir autonomia?

Sendo assim, o estudo que se propõe tem como principal objetivo avaliar se os utentes com diagnóstico de AVC, que dão entrada em unidades de convalescença, adquirem a autonomia necessária para realizar as atividades da vida diária em 30 dias, tal como é definido no decreto-lei n.º 101/2006 ou se, pelo contrário, desde o início beneficiariam do encaminhamento para outra tipologia da Rede, onde o tempo de internamento fosse maior.

Para a realização deste estudo efetuou-se um pedido de autorização à administração da instituição selecionada com o intuito de facultar dados de utentes com diagnóstico de AVC à entrada na unidade relativos a sexo, idade, Índice de Barthel à entrada e à saída da unidade, tempo de internamento e destino pós alta.

Espera-se que os resultados obtidos nesta investigação mostrem se as unidades de convalescença são elegíveis na reabilitação/promoção de autonomia de pacientes com AVC ou se pelo contrário seria benéfico alterar as normas de referenciação deste tipo de utente, especificamente a norma n.º 54/2011 (Anexo I).

---

## METODOLOGIA

O estudo realizado é de carácter quantitativo, enquadrando-se num desenho de estudo analítico prospetivo.

Nos estudos observacionais, o investigador não intervém, apenas desenvolve procedimentos de modo a descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente. Estes podem ser analíticos quando permitem responder à questão de porque é que os sujeitos têm aquelas características. São prospetivos, ou por outras palavras longitudinais, quando o investigador procura o que acontece ao longo do tempo (prospectivamente), numa amostra que está exposta a diferentes fatores (Ribeiro, 2010).

### **Amostra**

Na realização de um estudo é necessário proceder à definição da população e da amostra intervenientes. Ribeiro (2010) e Almeida e Freire (2008) definem população como o conjunto total de indivíduos dos quais se pretende tirar conclusões, conforme o fenómeno estudado. Assim, para este estudo a população ideal seria a constituída pelos doentes integrados em unidades de convalescença com diagnóstico, base, de AVC em Portugal Continental. Contudo, devido à falta de recursos, tais como tempo, económicos, acessibilidade e desinteresse estatístico para analisar a totalidade dos indivíduos, irá considerar-se apenas uma parte da população. A este conjunto de indivíduos extraídos de uma população designa-se de amostra, que deve ser representativa das características da população para que as conclusões retiradas possam ser generalizadas para a mesma (Almeida & Freire, 2008; Ribeiro, 2010).

Tendo esta ideia por base, para este estudo efetuou-se uma recolha de dados de forma não aleatória, constituindo-se portanto uma amostragem por conveniência, que compreende os indivíduos que deram entrada na Unidade de Convalescença do HAL com diagnóstico de AVC durante o ano de 2014. Esta unidade, pertencente à RNCCI, tem capacidade para receber anualmente cerca de 336 utentes no cenário mais baixo, porém no ano de 2014 recebeu 295 doentes com patologias variadas. Especificamente, a população que a unidade de convalescença do HAL recebeu durante o ano de 2014 foi: 225 doentes (76%) com diagnóstico de base patologia ortopédica (origem degenerativa, traumáticas, pós cirúrgica), 6 doentes (2%) com diagnóstico de base patologia cardiorrespiratória, 42

doentes (14%) com diagnóstico de base AVC e 22 (7%) doentes com patologia neurológica, nomeadamente AVC, e ortopédica concomitante.

A amostra deste estudo é constituída por 40 indivíduos, 20 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 48 e os 86 anos, sendo a média de 74 anos. Apesar de ter dado entrada nesta unidade mais dois doentes com diagnóstico de base de AVC, além dos que serão considerados para amostra, estes foram excluídos da amostra por falta de registos de avaliação inicial e final com escalas adequadas para o efeito. Além deste critério, também os utentes com outros tipos de patologia concomitante foram excluídos, pois seria motivo para enviesamento das características da amostra.

O facto de não haver registos anteriores a 2014, mais exaustivos, acerca das características dos utentes da unidade foi umas das dificuldades/limitações sentidas na recolha de dados.

Finsterbusch, Liewellyn e Wolf (1983) referem que a decisão de efetuar um estudo por amostragem tanto pode ser aplicado a estudos que envolvem uma população com mais de 2000 indivíduos como àqueles que com uma população abaixo desse número. Referem ainda que amostras com 40 ou 80 indivíduos podem fornecer características sensíveis da população, apresentando uma lista de estudos importantes com amostras variando entre 50 e 1000 indivíduos, retiradas de vários estudos representativos de populações regionais.

Também Miaoulis e Michener em 1976 e Smith em 1975 referiram que uma amostra bem selecionada fornece melhores estimativas da população do que por exemplo os censos, porque se podem controlar melhor certos tipos de erros.

Em amostras não probabilísticas ou por conveniência, o número de participantes a incluir num estudo será ditado normalmente pelo número de variáveis a tratar. Como forma de garantir que a amostra inclui o número suficiente de participantes para que os resultados estatísticos da análise sejam seguros (Ribeiro, 2010). Tinsley e Tinsley (1987) sugerem que a regra é considerar 10 sujeitos, ou 5 como mínimo requerido por variável em análise. Segundo estes autores, quando o tamanho da amostra aumenta, o erro de medida tende a estabilizar e é menos importante aumentar a amostra, de tal modo que acima de 300 sujeitos a relação entre variáveis e número de sujeitos é menos crucial.

### **Instrumentos**

O instrumento utilizado para proceder à recolha de dados foi uma tabela, composta pelos itens idade, sexo, tempo de internamento, destino após alta e o IB, para recolher,

especificamente, os valores da avaliação inicial, à data de entrada, e da avaliação final, à data de alta, de cada utente, de modo a caracterizar o grau de autonomia dos doentes com AVC.

Foi selecionado o IB por se tratar de um dos instrumentos mais utilizados em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação para avaliar a incapacidade para a realização das AVD e por ser, segundo vários autores, um dos mais adequados (Vilarmau et al., 2000; Sabartés, et al., 2003; Araújo, et al., 2007). É um instrumento que avalia o grau de independência do indivíduo para a realização de 10 atividades básicas da vida diária<sup>4</sup> – comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965) – e foi validado para a população portuguesa entre 1995 e 1998 por Paulo Lima e Ricardo Loução, em Alcoitão.

O IB é simples de aplicar e apresenta baixo custo de aplicação, podendo ser repetido periodicamente (o que permite monitorizações longitudinais). O seu preenchimento é rápido e eficaz o que faz com que seja frequentemente utilizado não só em contexto clínico como também na investigação para avaliar o grau de dependência dos idosos nas AVD (Mahoney & Barthel, 1965). Para além destas qualidades, num estudo de revisão realizado por Paixão e Reichenheim, em 2005, sobre instrumentos de avaliação utilizados para avaliar o estado funcional do idoso, confirmou que o IB é o que possui resultados de fidelidade e validade mais consistentes (Paixão & Reichenheim, 2005).

A pontuação desta escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos), variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, isto é, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência (Sequeira, 2007), (tabela 3) A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as AVD avaliadas e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas (Mahoney & Barthel, 1965). Esta informação dá uma visão global do estado do utente no entanto, a partir das pontuações parciais de cada atividade avaliada é possível conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

---

<sup>4</sup> As atividades básicas da vida diária podem ser definidas como o conjunto de atividades primárias da pessoa, relacionadas com os autocuidados e mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem precisar da ajuda outros, ou seja, com autonomia e independência elementares (Sequeira, 2007).

**Tabela 3 – Níveis de dependência segundo a pontuação obtida durante a avaliação. (Adaptado de Sequeira, 2007)**

<b>Pontuação</b>	<b>Nível de dependência</b>
<b>90 – 100</b>	Independente
<b>60 – 85</b>	Dependência Ligeira
<b>40 – 55</b>	Dependência Moderada
<b>20 – 35</b>	Dependência Severa
<b>&lt;20</b>	Totalmente Dependente

Para além do acima referido, o IB pode ser também utilizado para monitorizar da capacidade funcional dos idosos no âmbito dos programas de reabilitação nas unidades de convalescença e reabilitação. Segundo os autores Vilarmau, Diestre e Guirao (2000), efetuando uma diferença entre a pontuação do IB na data da alta e a pontuação do IB no ingresso, obtém-se um valor que sendo positivo corresponde a uma melhoria na capacidade funcional, se contrariamente for negativo, corresponde a uma deterioração no estado funcional da pessoa idosa. Aproveitando esta operação, os mesmos autores sugerem uma medida que se obtém a partir da divisão entre o resultado da diferença entre o IB na data da alta e o IB no ingresso pelo desvio-padrão do mesmo, podendo ser interpretado da seguinte forma: um valor de 0,2 corresponde a um efeito pequeno da intervenção; 0,5 traduz um efeito moderado; e 0,8 um efeito importante.

Em suma, através da utilização do instrumento acima referido será possível caracterizar adequadamente a amostra, evidenciando até o impacto da reabilitação nos utentes, e responder às questões em estudo.

### **Procedimentos**

No sentido de orientar as principais etapas que constituirão este estudo foi elaborado o quadro onde se projetaram as atividades previstas, tabela 4:



**Tabela 4 - Roteiro do Projeto de Investigação.**

	Tempo aproximado para realização
<b>Elaborar a revisão bibliográfica</b>	2 Meses
<b>Formular as questões metodológicas de base</b>	15 Dias
<b>Requisitar autorização dos responsáveis da Unidade de Convalescença</b>	5 Meses
<b>Recolher dados</b>	1 Mês
<b>Informatizar os dados recolhidos na avaliação</b>	1 Mês
<b>Analisar estatisticamente os dados</b>	2 Meses
<b>Interpretar os resultados</b>	2 Meses
<b>Redação final do relatório de investigação</b>	1 Mês

A recolha de dados foi efetuada nas instalações da unidade através da análise de registos internos nos processos digitais dos utentes, após a formalização de um pedido de autorização à administração da unidade, que foi recebido pela mesma via (correio eletrónico) no dia 12 de Novembro de 2015 (anexo 3). A proteção dos direitos de confidencialidade encontra-se assim assegurada pela comissão de ética da instituição envolvida e pela aprovação da comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

Após a fase de recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento dos mesmos através de computador recorrendo a programa de análise estatístico SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Na caracterização da amostra utilizou-se a estatística descritiva, utilizando-se como medida de tendência central a moda, a mediana e a média, e a variância, o desvio padrão, a curtose e a assimetria como medidas de dispersão. Como a distribuição dos valores não se apresenta normalmente de forma simétrica numa curva tipo sino, e o nível de mensuração das variáveis desta investigação é ordinal, os testes estatísticos utilizados serão testes não-paramétricos, nomeadamente:

- O teste de wilcoxon para inferir a hipótese I – Durante o internamento houve evolução da autonomia para as AVD?

- O cálculo do Intervalo de Confiança para inferir a hipótese 2 – A referenciação dos doentes com AVC foi efetuada de forma correta conforme a norma n.º54/2011?
- O teste de correlação de Spearman para inferir a hipótese 3 – Existe relação entre o grau de dependência obtido após o internamento e a duração do internamento?

Na apresentação final dos resultados serão elaborados histogramas, entre outros tipos de representações gráficas, mais adequadas para este nível de mensuração (Hicks, 2006; Ribeiro, 2010).

Relativamente à validade interna desta investigação, que se define como a garantia que a relação que se observa entre variáveis é interpretada ou identificada com precisão (Ribeiro, 2010), pode referir-se que o efeito de teste não se aplica neste caso uma vez que o instrumento utilizado foi aplicado através de um avaliador experiente em diferentes momentos mediante observação de um comportamento, logo não há a possibilidade de aprendizagem da resposta por parte do avaliado. Além disso, dado que o instrumento utilizado foi sempre o mesmo por isso não há a possibilidade de tornar inviável qualquer tipo de comparação. Ainda neste caso, a mortalidade experimental é pouco frequente já que os participantes encontram-se sobre vigilância médica durante 24 horas reduzindo por isso em grande parte o risco. A interação entre os participantes do estudo não se aplica neste caso uma vez que estes são avaliados de forma individual e nas mesmas condições para todos. Além disso, possuem planos de reabilitação diversificados adequados às suas capacidades e objetivos de internamento e motivações para a recuperação diferentes. Por último importa referir que o avaliador se trata de um funcionário da instituição treinado e com experiência na aplicação do IB.

Por outro lado a validade externa, que é aquela que garante que as relações observadas entre variáveis se pode aplicar a outro conjunto de dados que não foram observados mas que poderiam ter sido (Ribeiro, 2010), pode mencionar-se que o tipo de avaliação seria igual se o instrumento utilizado fosse diferente, que não há qualquer tipo de interação com o tipo de tratamento uma vez que não estamos presente uma unidade especializada apenas neste tipo de patologia, que o instrumento é validado para a população portuguesa e que recebe doentes de várias regiões do país não limitando o acesso aos cuidados.

## RESULTADOS

Neste capítulo, apresentar-se-á os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados (Tabela 5) e o respetivo tratamento estatístico. Inicialmente proceder-se-á à análise descritiva e posteriormente será então realizada a análise inferencial.

**Tabela 5 – Informação geral sobre população/amostra do estudo, obtida por aplicação do instrumento de recolha de dados, com valores observados.**

ID	Sexo	Idade	IBI	IBA	Tempo de internamento	Destino pós alta
1	F	73	65	100	30	Domicílio sem suporte
2	M	84	15	25	30	Domicílio sem suporte
3	M	75	30	40	34	UMDR
4	F	79	50	60	30	Domicílio sem suporte
5	F	68	30	55	65	UMDR
6	F	86	45	55	30	Domicílio sem suporte
7	M	74	35	75	29	Lar
8	M	75	50	55	30	Domicílio sem suporte
9	F	65	50	85	36	UMDR
10	F	76	55	80	30	Domicílio sem suporte
11	F	67	55	85	30	Domicílio sem suporte
12	M	72	60	100	23	Domicílio sem suporte
13	M	60	50	80	28	Domicílio sem suporte
14	F	80	60	95	30	Domicílio com suporte
15	M	85	65	100	30	Domicílio sem suporte
16	F	83	50	80	30	Domicílio sem suporte
17	M	77	45	65	30	Domicílio sem suporte
18	M	48	75	100	29	Domicílio sem suporte
19	F	78	75	100	21	Domicílio sem suporte
20	M	78	30	75	30	Domicílio sem suporte
21	M	53	60	70	34	UMDR

**Tabela 5 – Informação geral sobre população/amostra do estudo (Continuação).**

ID	Sexo	Idade	IBI	IBA	Tempo de internamento	Destino pós alta
22	M	67	70	100	30	Domicílio sem suporte
23	M	80	45	100	30	Domicílio sem suporte
24	F	79	45	80	30	Domicílio sem suporte
25	F	68	70	95	35	UMDR
26	M	76	35	85	55	UMDR
27	M	78	30	55	51	UMDR
28	M	73	75	100	30	Domicílio sem suporte
29	M	77	35	35	41	Domicílio com suporte
30	F	64	45	75	49	UMDR
31	F	70	50	95	30	Domicílio sem suporte
32	F	83	55	80	26	Domicílio com suporte
33	F	84	65	95	30	Domicílio sem suporte
34	M	81	60	100	30	Domicílio com suporte
35	M	77	75	100	30	Domicílio sem suporte
36	M	64	5	5	51	ULDM
37	F	65	35	45	35	UMDR
38	F	79	60	60	8	Domicílio com suporte
39	F	75	25	55	30	Domicílio sem suporte
40	F	73	25	25	30	Domicílio com suporte

### **Análise descritiva**

A análise descritiva permite caracterizar os dados de determinada amostra, ou seja, é a fotografia do grupo estudado relativamente a determinado número de variável (Ribeiro, 2010). Neste caso especificamente, a análise descritiva centrar-se-á no estudo das características das unidades observadas na amostra: o sexo; a idade; o grau de dependência à entrada e saída da unidade; número de dias de internamento e destino após a alta.

## 1. Sexo

Relativamente ao género dos participantes verifica-se que, dos 40 indivíduos que constituem a amostra, 50% são do sexo feminino e 50% pertencem ao sexo masculino (tabela 6).

**Tabela 6 – Tabela de frequências da variável “Sexo” dos indivíduos.**

<b>Género</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Feminino</b>	20	50%
<b>Masculino</b>	20	50%
<b>Total</b>	40	100%

## 2. Idade

Quanto à variável idade dos participantes deste estudo, verifica-se que dos 40 dados obtidos todos estão válidos não havendo por isso nenhuma ocorrência omissa. A média das idades é de 74 anos, aproximadamente, e a mediana de cerca de 75 anos. O desvio padrão é 8,434, o que significa que a média dos desvios em relação à média é de sensivelmente 8 anos. As idades mínimas dos participantes é de 48 anos e a idade máxima é de 86 anos, ou seja o participante mais novo possui uma diferença de 38 anos do participante mais velho. A amostra apresenta uma assimetria de -2,88 (-1,079/0,374), ou seja possui uma distribuição enviesada à direita. Por último, a curtose/achatamento tem um valor de 1,86 (1,362/0,733), concluindo-se portanto que apresenta uma distribuição mesocúrtica (tabela 7 e figura2).

Tabela 7 – Tabela de medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de assimetria e medidas de curtose relativas à variável “Idade”.

		Estadística	Erro Padrão
<b>Média</b>		73,73	1,333
<b>95% Intervalo de Confiança para Média</b>	Limite inferior	71,03	
	Limite superior	76,42	
<b>5% da média aparada</b>		74,36	
<b>Mediana</b>		75,50	
<b>Variância</b>		71,128	
<b>Desvio Padrão</b>		8,434	
<b>Mínimo</b>		48	
<b>Máximo</b>		86	
<b>Intervalo</b>		38	
<b>Intervalo interquartil</b>		11	
<b>Assimetria</b>		-1,079	0,374
<b>Curtose</b>		1,362	0,733

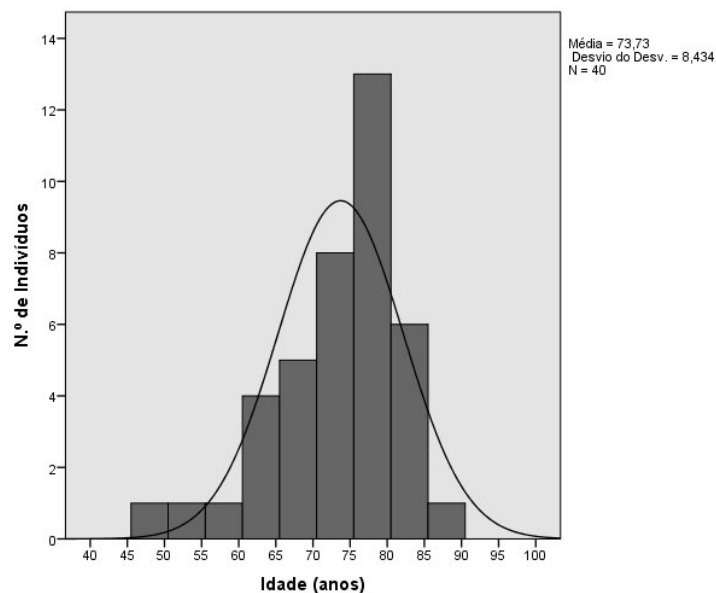


Figura 2 – Representação gráfica de frequências relativo à variável “idade”.

### 3. Grau de Dependência

Os valores apresentados nas tabelas 8 e 9, que se seguem, servem para visualizar os resultados obtidos na avaliação dos indivíduos à data de entrada na unidade, relativos ao grau de dependência segundo o Índice de Barthel.

**Tabela 8 – Tabela de frequências relativas à variável “grau de dependência” na avaliação inicial.**

<b>Valores do Índice de Barthel à data de entrada na Unidade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem acumulada</b>
<b>5</b>	1	2,5	2,5
<b>15</b>	1	2,5	5
<b>25</b>	2	5	10
<b>30</b>	4	10	20
<b>35</b>	4	10	30
<b>45</b>	5	12,5	42,5
<b>50</b>	6	15	57,5
<b>55</b>	3	7,5	65
<b>60</b>	5	12,5	77,5
<b>65</b>	3	7,5	85
<b>70</b>	2	5	90
<b>75</b>	4	10	100
<b>Total</b>	40	100	

**Tabela 9 – Tabela de medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de assimetria e medidas de curtose relativas à variável “grau de dependência” na avaliação inicial.**

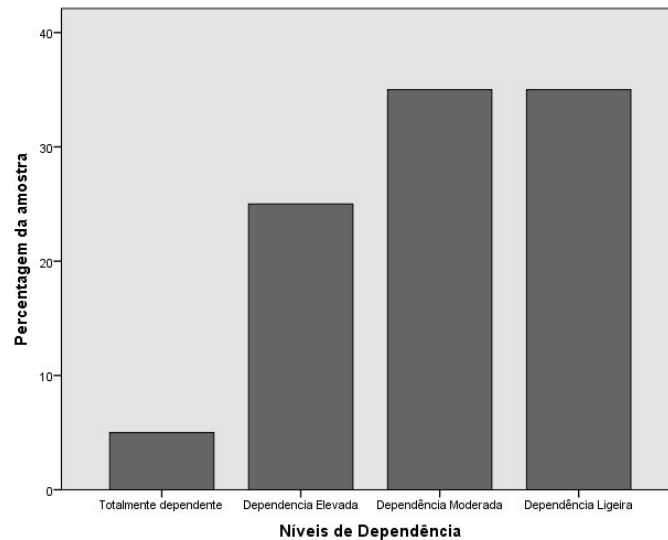
<b>Média</b>		48,88
<b>Mediana</b>		50
<b>Desvio Padrão</b>		17,264
<b>Variância</b>		298,061
<b>Assimetria</b>		-0,410
<b>Erro de Assimetria Padrão</b>		0,374
<b>Curtose</b>		-0,258
<b>Erro de Curtose Padrão</b>		0,733
<b>Mínimo</b>		5
<b>Máximo</b>		75
<b>Percentis</b>	25	35
	50	50
	75	60

O valor médio do IB na entrada é de 49 e a mediana de 50. O desvio padrão é 17,264, o que significa que a média dos desvios em relação à média é de sensivelmente 17 valores. O IB mínimo obtido por um indivíduo à entrada foi de 5 valores e o valor do IB máximo obtido por 4 indivíduos à entrada na unidade foi de 75. A amostra apresenta uma assimetria de -1,096 (-0,410/0,374), ou seja apesar de ainda se considerar uma distribuição simétrica apresenta uma tendência para o enviesamento à esquerda. Por último, a curtose/achatamento tem um valor de -0,351 (-0,258/0,733), concluindo-se portanto que apresenta uma distribuição mesocúrtica.

Como já foi referido no capítulo da metodologia o Índice de Barthel pode ser classificado segundo diferentes graus de dependência: IB>20: totalmente dependente; IB de 20 a 35: dependência severa; IB de 40 a 55: dependência moderada; IB de 60 a 85: dependência ligeira; acima de 90: independente. Transformando os dados relativos à avaliação inicial (à data de entrada na unidade) segundo estas classes verifica-se que dos 40 indivíduos que constituem a amostra, 2 eram totalmente dependentes (5%), 10 possuíam dependência elevada para as AVD (25%), 14 possuíam dependência moderada para as AVD (35%) e apenas 14 tinham dependência ligeira para as AVD (35%). Conclui-se portanto que



os valores do grau de dependência na data de entrada na unidade segundo esta distribuição são bimodais, ou seja, na sua maioria os indivíduos deram entrada na unidade com dependência moderada ou ligeira para as AVD, como se representa na figura 3.



**Figura 3 – Frequências do nível de dependência funcional (obtido a partir do IB) na data de entrada na unidade, segundo classificação de Sequeira (2007). Como se pode observa a maioria dos indivíduos deram entrada na unidade com dependência moderada ou ligeira, para as AVD.**

Relativamente aos resultados do IB à data de alta, tabelas 10 e 11, pode referir-se que o valor médio do IB é de 74,13 e a mediana de 80. O desvio padrão é 25,036, o que significa que a média dos desvios em relação à média é cerca de 25 valores. O IB mínimo obtido por um indivíduo na data de alta foi de 5 valores e o valor do IB máximo obtido em 25% da amostra foi de 100. A amostra apresenta uma assimetria de -2,385 (-0,892/0,374), ou seja possui uma distribuição enviesada à direita. Por último, a curtose/achatamento tem um valor de 0,240 (0,176/0,733), concluindo-se portanto que apresenta uma distribuição mesocúrtica.

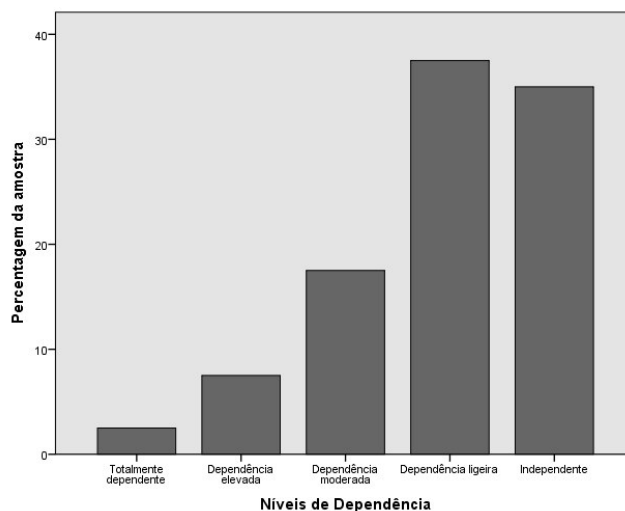
**Tabela 10 – Tabela de frequências relativas à variável “grau de dependência” na avaliação final.**

<b>Valores do Índice de Barthel à data de entrada na Unidade</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>	<b>Percentagem acumulada</b>
<b>5</b>	1	2,5	2,5
<b>25</b>	2	5	7,5
<b>35</b>	1	2,5	10
<b>40</b>	1	2,5	12,5
<b>45</b>	1	2,5	15
<b>55</b>	5	12,5	27,5
<b>60</b>	2	5	32,5
<b>65</b>	1	2,5	35
<b>70</b>	1	2,5	37,5
<b>75</b>	3	7,5	45
<b>80</b>	5	12,5	57,5
<b>85</b>	3	7,5	65
<b>95</b>	4	10	75
<b>100</b>	10	25	100
<b>Total</b>	40	100	

**Tabela II – Tabela de medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de assimetria e medidas de curtose relativas à variável “grau de dependência” na avaliação final.**

<b>Média</b>		74,13
<b>Mediana</b>		80
<b>Desvio Padrão</b>		25,036
<b>Variância</b>		626,779
<b>Assimetria</b>		-0,892
<b>Erro de Assimetria Padrão</b>		0,374
<b>Curtose</b>		0,176
<b>Erro de Curtose Padrão</b>		0,733
<b>Mínimo</b>		5
<b>Máximo</b>		100
<b>Percentis</b>	25	55
	50	80
	75	98,75

Transformando os dados relativos à avaliação final (à data de alta na unidade), segundo as classes referidas por Sequeira (2007), verifica-se que dos 40 indivíduos que constituem a amostra apenas 1 indivíduo saiu totalmente dependente (2,5%), 3 indivíduos saíram com dependência elevada para as AVD (7,5%), 7 indivíduos saíram com dependência moderada para as AVD (17,5%), 15 deixaram a unidade com dependência ligeira para as AVD (37,5%) e 14 indivíduos saíram independentes para as AVD (35%), figura 4. Neste caso, o indicador moda é a dependência ligeira para as AVD na data da alta.



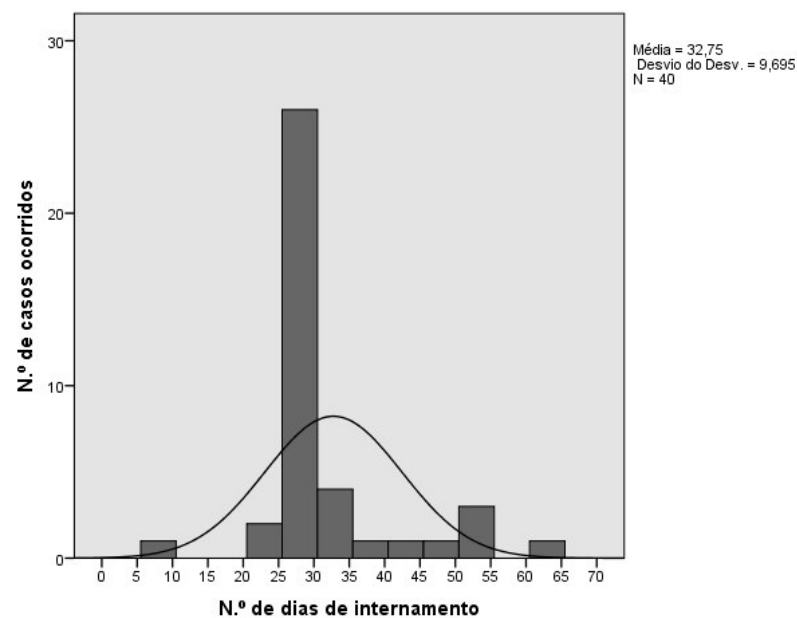
**Figura 4 – Frequência do grau de dependência funcional (obtido a partir do IB) na data de alta, segundo classificação de Sequeira (2007). Como é possível observar, na data da alta, a moda é a dependência ligeira para as AVD.**

#### 4. Duração do internamento

Em relação à variável duração do internamento pode referir-se que o número médio de dias de internamento foi de cerca de 33 dias, e a mediana e a moda têm o mesmo valor – 30 dias. O desvio padrão é 9,695, o que significa que a média dos desvios em relação à média é de sensivelmente 10 dias. O tempo mínimo encontrado foi de 8 dias e o tempo máximo é de 65 dias, ou seja entre o doente que mais tempo esteve internado e o que menos tempo esteve internado há uma diferença de 57 dias. Para esta variável, a assimetria é de 3,40 (1,272/0,374), ou seja possui uma distribuição enviesada à esquerda. Por último, a curtose/achatamento tem um valor de 4,95 (3,63/0,733), concluindo-se portanto que apresenta uma distribuição Leptocúrtica (tabela 12 e figura 5).

**Tabela 12 – Tabela de medidas de tendência central, medidas de dispersão, medidas de assimetria e medidas de curtose relativas à variável “tempo de internamento”.**

<b>Média</b>	32,75	
<b>Moda/Mediana</b>	30	
<b>Desvio Padrão</b>	9,695	
<b>Variância</b>	93,987	
<b>Assimetria</b>	1,272	
<b>Erro de Assimetria Padrão</b>	0,374	
<b>Curtose</b>	3,630	
<b>Erro de Curtose Padrão</b>	0,733	
<b>Mínimo</b>	8	
<b>Máximo</b>	65	
<b>Percentis</b>	25	30
	50	30
	75	34



**Figura 5 – Frequências relativas à variável “tempo de internamento”.**

## 5. Destino após Alta

No que se refere ao destino após a alta verifica-se que, dos 40 indivíduos avaliados, 6 regressaram ao domicílio necessitando para tal de apoio informal/formal (15%), 26 indivíduos retornaram ao domicílio sem necessidade de receber qualquer tipo de apoio (57,5%), um indivíduo teve a necessidade de ser encaminhado para uma ULDM (2,5%), um outro indivíduo deu entrada em Lar após o internamento na unidade (2,5%) e por último 9 indivíduos não atingiram potencial máximo de reabilitação nesta unidade e foram propostos e posteriormente encaminhados para UMDR (22,5%), como apresentado na figura 6.

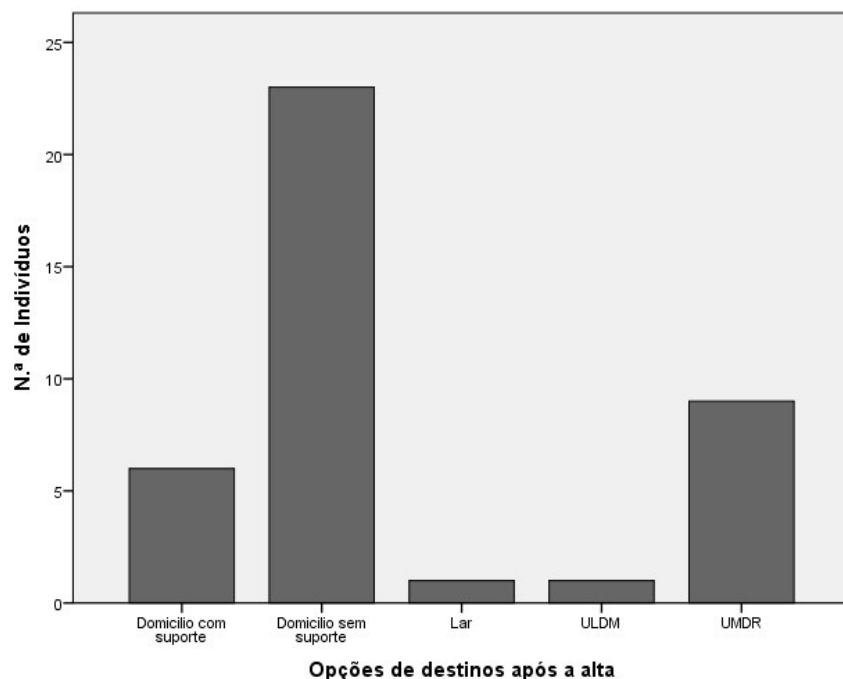


Figura 6 – Frequências do destino após alta da amostra.

### Análise inferencial

Neste subcapítulo, através da análise indutiva ou inferencial será possível tirar conclusões para um domínio mais vasto de onde os elementos observados foram retirados, ou seja, para a população ou universo (Pestana & Gageiro, 2014).

Como neste estudo, a amostra a distribuição das variáveis apresenta uma distribuição que não é normal optou-se pela utilização de testes não paramétricos, especificamente o teste de Wilcoxon e o teste de correlação de Spearman para testar as hipóteses 1 e 3 respetivamente, optando-se pelo cálculo do Intervalo de Confiança para inferir a hipótese 2.

**Hipótese I:** Durante o internamento houve evolução da autonomia para as AVD?

Tendo em conta que a nível nacional o principal motivo de referenciação foi a dependência nas AVD (ACSS, 2015), pretende-se averiguar se houve eficácia por parte da equipa de reabilitação desta UC em tornar os doentes com AVC autónomos nas AVD. Como tal, aplicou-se o teste de Wilcoxon que permitiu detetar as diferenças entre os valores centrais de duas situações, o grau de autonomia à entrada e à saída da unidade, tabelas 13 e 14. Neste caso, o teste é unilateral, sendo a hipótese nula: o programa de reabilitação não teve efeito na autonomia para as AVD, e a hipótese alternativa: o programa de reabilitação teve o efeito desejado na autonomia para as AVD.

**Tabela 13 – Tabela de Classificações.**

		N	Postos de Média	Soma de Classificações
<b>Índice de Barthel Final - Índice de Barthel Inicial</b>	Classificações Negativas	0 <sup>5</sup>	0	0
	Classificações Positivas	36 <sup>6</sup>	18,50	666
	Vínculos	4 <sup>7</sup>		
	Total	40		

**Tabela 14 – Estatísticas de teste de classificações assinadas por wilcoxon.**

<b>Índice de Barthel Final – Índice de Barthel Inicial</b>	
<b>Z</b>	-5,251 <sup>8</sup>
<b>Significância Sig. (2 extremidades)</b>	0
<b>Sig. Exata (2 extremidades)</b>	0
<b>Sig. Exata (1 extremidade)</b>	0
<b>Probabilidade de ponto</b>	0

<sup>5</sup> Índice de Barthel Final < Índice de Barthel Inicial

<sup>6</sup> Índice de Barthel Final > Índice de Barthel Inicial

<sup>7</sup> Índice de Barthel Final = Índice de Barthel Inicial

<sup>8</sup> Com base em postos negativos

A nível descritivo confirma-se que dos 40 indivíduos que compõem o estudo, nenhum saiu com um grau de dependência maior do que o que entrou, que 36 saíram com menor grau de dependência e que apenas 4 doentes mantiveram o grau de dependência inicial, ou seja não conseguiram obter melhorias significativas para alterar o grau de dependência. Como o valor de significância exata unilateral é de 0, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, pode afirmar-se que o plano de reabilitação teve o efeito pretendido.

**Hipótese 2:** A referenciação dos doentes com AVC foi efetuada de forma correta conforme a norma n.º54/2011?

Para extrapolar os resultados obtidos à população, a partir da amostra em estudo, optou-se por calcular um intervalo de confiança (IC) a 95%. Através da tabela 15 verifica-se que no universo da UC do HAL apenas 82,5% dos doentes com AVC apresentavam critérios de referenciação para ingressar nesta tipologia da rede. No entanto, após o cálculo do IC verifica-se que em 95% das UC da RNCCI a percentagem de casos com critérios de referenciação para ingressar nestes tipos de unidade rondará entre [70,2%, 94,8%].

**Tabela 15 – Estatística descritiva dos critérios de referenciação.**

	<b>Categoria</b>	<b>N</b>	<b>Proporção observada</b>
<b>Critérios de referenciação segundo a Norma n.º54/2011</b>	Ausência de critérios	7	17,5%
	Presença de critérios	33	82,5%
	Total	40	100%

**Hipótese 3:** Existe relação entre o grau de dependência obtido após o internamento e a duração do internamento?

Atendendo ao facto referido no capítulo da revisão bibliográfica de que a reabilitação do AVC é mais eficaz durante os primeiros 3 meses após a lesão e atendendo que a tipologia da unidade preconiza até 30 dias de internamento, surge a necessidade de verificar se a duração do internamento influencia o grau de dependência, obtido após



aplicação do plano de reabilitação para o efeito. Neste contexto, aplicou-se o teste de correlação de Spearman que irá verificar se existe ou não relação entre o grau de dependência obtido e a duração do internamento, tabela 16.

**Tabela 16 – Tabela de correlações de Spearman.**

			Índice de Barthel Final	Tempo de internamento
<b>Ró de Spearman</b>	Índice de Barthel Final	Coeficiente de Correlação	1,000	-0,383 <sup>9</sup>
		Sig. (2 extremidades)		0,15
		N	40	40
	Tempo de Internamento	Coeficiente de Correlação	-0,383	1,000
		Sig. (2 extremidades)	0,15	
		N	40	40

Após a leitura do coeficiente conclui-se que a correlação é moderada (-0,4) e como apresenta um valor negativo pode afirmar-se que em média as variáveis variam em sentido contrário, ou seja são inversamente proporcionais.

<sup>9</sup> A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

---

## DISCUSSÃO

As patologias que envolvem alterações da circulação sanguínea a nível cerebral são consideradas as mais graves e comuns, uma vez que o AVC pode ocorrer em qualquer idade e por variadas causas como por exemplo doenças cardíacas, infeções, traumas, neoplasias, má formação vascular e desordens imunológicas (Carr & Shepherd, 2008).

Analisando os dados obtidos, verifica-se que a amostra apresenta igual número de indivíduos de ambos os géneros, 20 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, apesar das diferenças no risco de acidente vascular cerebral entre os homens e as mulheres serem bem conhecidas e alguns fatores de risco serem específicos para a saúde das mulheres (por exemplo, contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal (American Heart Association, 2014)).

Relativamente à variável idade, confirma-se que a amostra possui as mesmas características da realidade atual como é referido nos Censos realizados em 2011, ou seja é envelhecida possuindo a maior parte dos indivíduos entre 70 e os 85 anos. Por outro lado, a idade constitui um importante fator de risco como é apontado por Ferro e Pimentel em 2006, observando-se o aumento exponencial da incidência e da mortalidade com a progressão da idade.

No que respeita à análise do grau de dependência são várias as conclusões que se podem tirar. Em primeiro lugar, observando os dados da avaliação inicial de acordo com o IB é possível concluir que a maior parte dos doentes (70%) deram entrada com um nível de dependência moderado ou ligeiro, 35% em cada um dos casos. Em segundo lugar, considerando os valores da avaliação final, através da aplicação do IB na data de alta, verifica-se que a maioria dos doentes tiveram alta com dependência ligeira (37,5%) ou autónomos (35%) para as AVD. Os dados até agora apresentados sugerem que o plano de reabilitação possibilitou a melhoria do desempenho das AVD traduzindo-se em maior grau de autonomia. Quando se procede à inferência dos dados, através da aplicação do teste de wilcoxon, confirma-se que o plano de reabilitação teve o efeito pretendido, a evolução na autonomia para as AVD. Assim sendo, possuímos já alguns resultados capazes de formar uma resposta para a questão de investigação: “será o tempo de internamento desta tipologia, em doentes com AVC, suficiente para atingir autonomia?”. O tempo de internamento foi eficaz no ganho de autonomia para as AVD para praticamente todos os

indivíduos (90%), apenas 4 indivíduos (10%) não tiveram evolução após a aplicação do tratamento. Porém, dos 90% da amostra, nem todos alcançaram a total autonomia para as AVD. Como se referiu anteriormente apenas 35% atingiram a total autonomia e 37,5% ficaram com sequelas ligeiras necessitando de supervisão/apoio ligeiro para as AVD, sugerindo no entanto que nestes casos o plano de reabilitação teve efeitos bastante positivos. A variável tempo de internamento assume uma importância significativa. Neste caso, a RNCCI preconiza um limite máximo de 30 dias para as tipologias de convalescença, apesar de haver algumas exceções que se aplicam no caso da equipa interdisciplinar considerar que o doente não esgotou durante esse período o seu potencial reabilitação. Normalmente, esses casos sugerem que o doente não foi bem referenciado pois desde logo deveria ter sido encaminhado para outra tipologia da rede, mais propriamente uma unidade de média duração e reabilitação que tem uma previsibilidade de no máximo 90 dias de internamento com planos de reabilitação intensivos tal como nas UC. Em termos descritivos verifica-se que 17,5% dos doentes tiveram alta antes dos 30 dias, ou porque atingiram os objetivos antecipadamente, e regressaram ao domicílio, ou porque não quiseram permanecer na unidade (Alta a pedido do doente). Mais de metade da amostra, 22 doentes (55%), alcançou os 30 dias de internamento e 27,5% mantiveram-se na unidade mais dias até um máximo de 65 dias. Neste sentido, torna-se fulcral avaliar a relação entre estas duas variáveis, o grau de autonomia obtido durante o internamento e a duração do internamento. Observando os resultados do teste de correlação de Spearman verifica-se que existe uma correlação moderada e que as variáveis variam em sentido contrário, ou seja quanto maior o tempo de internamento menor o grau de autonomia. No entanto, estes dados são um pouco enganosos pois este resultado surge influenciado pelos resultados da avaliação final de alguns doentes que possuem valores menores com tempo de internamento maior, uma vez que se encontram a aguardar vaga para outra tipologia da rede. Além disso, a maior parte dos doentes atingiu os objetivos nos 30 dias de internamento, possuindo uma cotação superior aos que aguardam vaga e que permanecem mais tempo na unidade. Estas afirmações assentam no pressuposto referido durante a revisão bibliográfica efetuada, de que o AVC é uma patologia cujo tempo de recuperação normalmente se verifica até três meses após ocorrência da lesão (Eriksson et al., 2008; Evans et al., 1995), daí a necessidade da transferência para outra tipologia da RNCCI. E esta necessidade terá sido influenciada pela má referenciação como se referiu anteriormente neste capítulo? A Norma n.º54/2011 apresenta como critério para ingresso, em unidades

de cuidados continuados integrados de média duração e reabilitação ou unidades de convalescença, doentes com AVC moderado (IB entre 55 e 90) e idade superior a 75 anos ou doentes com AVC grave (IB menor que 55) e idade superior a 55 anos. Ao analisar a tabela n.º 18 pode referir-se que dos 40 indivíduos, 26 deram entrada com AVC grave e os restantes indivíduos deram entrada com AVC moderado e que, segundo os critérios anteriormente assinalados, 33 doentes (82,5%) tinham critérios para ingressar neste tipo de unidade e apenas 7 (17,5%) doentes não possuíam as características para entrar neste tipo de unidade, ou seja doentes com AVC moderado e idade inferior a 75 anos ou doentes com AVC grave com idade inferior a 55 anos e boa resistência física. Para estes 7 doentes o destino indicado pela norma seria internamento hospitalar especializado, que garanta a execução de plano terapêutico de reabilitação intensivo.

**Tabela 17 – Descritivos dos dados obtidos segundo a Norma 54/2011.**

ID	Idade	Tipo de AVC	Destino <sup>10</sup>	Dependência Inicial	Dependência Final	Duração do internamento
1*	73	AVC Moderado	Hospital	Dependência Ligeira	Independente	30
2**	84	AVC grave	UMDR/UC	Totalmente dependente	Dependência elevada	30
3	75	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Elevada	Dependência moderada	34
4	79	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência ligeira	30
5	68	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Elevada	Dependência moderada	65
6	86	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência moderada	30
7	74	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Elevada	Dependência ligeira	29
8	75	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência moderada	30
9	65	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência ligeira	36

<sup>10</sup> Destino do doente após episódio de AVC aquando da alta do hospital de agudos segundo a norma n.º54/2011.

**Tabela 17 – Descritivos dos dados obtidos segundo a Norma 54/2011 (Continuação).**

ID	Idade	Tipo de AVC	Destino <sup>11</sup>	Dependência Inicial	Dependência Final	Duração do internamento
10	76	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência ligeira	30
11	67	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência ligeira	30
12*	72	AVC Moderado	Hospital	Dependência Ligeira	Independente	23
13	60	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência ligeira	28
14	80	AVC Moderado	UMDR/UC	Dependência Ligeira	Independente	30
15	85	AVC Moderado	UMDR/UC	Dependência Ligeira	Independente	30
16	83	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência ligeira	30
17	77	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência ligeira	30
18	48	AVC Moderado	Hospital	Dependência Ligeira	Independente	29
19*	78	AVC Moderado	UMDR/UC	Dependência Ligeira	Independente	21
20	78	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Elevada	Dependência ligeira	30
21*	53	AVC Moderado	Hospital	Dependência Ligeira	Dependência ligeira	34
22*	67	AVC Moderado	Hospital	Dependência Ligeira	Independente	30
23	80	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Independente	30
24	79	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência ligeira	30
25*	68	AVC Moderado	Hospital	Dependência Ligeira	Independente	35

<sup>11</sup> Destino do doente após episódio de AVC aquando da alta do hospital de agudos segundo a norma n.º54/2011.

**Tabela 17 – Descritivos dos dados obtidos segundo a Norma 54/2011 (Continuação).**

ID	Idade	Tipo de AVC	Destino <sup>12</sup>	Dependência Inicial	Dependência Final	Duração do internamento
26	76	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Elevada	Dependência ligeira	55
27	78	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Elevada	Dependência moderada	51
28*	73	AVC Moderado	Hospital	Dependência Ligeira	Independente	30
29**	77	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Elevada	Dependência elevada	41
30	64	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência ligeira	59
31	70	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Independente	30
32	83	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Moderada	Dependência ligeira	26
33	84	AVC Moderado	UMDR/UC	Dependência Ligeira	Independente	30
34	81	AVC Moderado	UMDR/UC	Dependência Ligeira	Independente	30
35	77	AVC Moderado	UMDR/UC	Dependência Ligeira	Independente	30
36**	64	AVC grave	UMDR/UC	Totalmente dependente	Totalmente dependente	51
37	65	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Elevada	Dependência moderada	35
39	79	AVC Moderado	UMDR/UC	Dependência Ligeira	Dependência ligeira	8
40	75	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Elevada	Dependência moderada	30
41**	73	AVC grave	UMDR/UC	Dependência Elevada	Dependência elevada	30

<sup>12</sup> Destino do doente após episódio de AVC aquando da alta do hospital de agudos segundo a norma n.º54/2011.

Apesar do anteriormente referido e com base na tabela anterior verifica-se que todos dos doentes supostamente mal referenciados (assinalado na tabela 17 com \*) praticamente todos alcançaram a autonomia para as AVD, concluindo-se portanto que apesar de a norma não ser cumprida estes obtiveram nesta tipologia da RNCCI o apoio especializado que necessitavam não necessitando de cuidados diferenciados e mais dispendiosos, em hospital. Por outro lado, 4 dos doentes supostamente bem referenciados (assinalados com \*\* na tabela 17) não obtiveram melhorias significativas no seu grau de autonomia com o internamento sugerindo que nesses casos sejam avaliados outras variáveis como o estado cognitivo e a motivação, pois em casos de AVC graves a idade é um critério relativo de potencialidade de recuperação. Posto isto, torna-se essencial uma revisão da norma n.º54/2011 no sentido de maior abrangência de características dos doentes e mais especificidade na escolha das tipologias da RNCCI pois em determinados casos (em 27,5% dos doentes que mantiveram dependência total, elevada ou moderada), apesar de se considerar correta a referenciação dos doentes, esta tipologia da RNCCI não foi uma opção eficaz na reabilitação de doentes com AVC. No que se refere ao destino após a alta verifica-se que, dos 40 doentes, a maior parte (23 doentes /57,5% da amostra) regressaram ao domicílio sem necessidade de receber qualquer tipo de apoio, 6 (15%) indivíduos necessitaram de apoio informal/formal para retomar o domicílio, um indivíduo teve a necessidade de ser encaminhado para uma ULDM, um outro indivíduo deu entrada em Lar após o internamento na unidade e por fim 9 indivíduos não atingiram potencial máximo de reabilitação nesta unidade e foram propostos e posteriormente encaminhados para UMDR. Isto significa que 72,5% dos doentes regressaram ao domicílio e que apenas 27,5% tiveram de manter-se institucionalizados, comprovando-se que apesar das divergências o resultado da equipa de reabilitação foi positivo, que apesar dos utentes entrarem com grau de dependência significativa atingiram o seu objetivo de regressar ao domicílio.

Por último, importa extrapolar para a população o sucesso das referenciações de doentes com AVC nesta tipologia da RNCCI. Como tal, estimou-se um intervalo de confiança a 95% que possui uma relação nível de confiança / precisão aceitável, pois apesar de não possuir um intervalo muito amplo consegue obter um grau de precisão maior (Martinez & Ferreira, 2010). Assim sendo, inferindo os dados obtidos através do cálculo do intervalo de confiança, verifica-se que em 95% das UC da RNCCI a percentagem de casos com critérios de referenciação para ingressar nestes tipos de unidade encontrar-se-á no intervalo de [70,2%, 94,8%]. Neste caso em concreto, a unidade de convalescença do

Hospital António Lopes alcançou uma percentagem de 82,5% de casos que foram bem referenciados. Apesar disso, no Relatório de Monitorização da RNCCI relativo a 2014 elaborado pela ACSS, aponta-se para uma percentagem superior à da unidade em estudo, referindo que nesse ano 97,8% dos utentes possuíam condições de ingresso em relação aos referenciados embora este valor seja válido para todos os tipos de patologia. A percentagem é maior mas o universo também é mais abrangente já que se refere a todo o tipo de doente com variadas patologias de base, pelo que este número não é comparável.

Em suma, é possível referir que apesar da limitação temporal as UC podem considerar-se uma boa alternativa para o tratamento do AVC. No entanto, seria benéfico uma revisão da norma apelando à especificidade das características dos doentes enquadrando o estado cognitivo dos doentes e a sua motivação para a recuperação, utilizando para tal escalas existentes para o efeito e cruzá-las com o Índice de Barthel.

Desta forma, no futuro, seria importante realizar estudos que evidenciassem a importância da motivação para o plano de reabilitação nesta tipologia da rede de modo a apoiar uma possível revisão da norma n.º54/2011, pois como refere Chiavenato (1998) a motivação atua, em geral, sobre as necessidades dos indivíduos, a fim de supri-las para atingir os objetivos. Por outras palavras, a motivação influencia o comportamento das pessoas logo um doente motivado para a sua recuperação terá muito mais probabilidade de recuperar a sua autonomia.

Além disso, seria pertinente a repetição do estudo noutras unidades da RNCCI com o objetivo de averiguar se se verificam os resultados obtidos neste estudo ou se poderá haver variabilidade tendo em conta que, apesar de não se limitar a entrada de pessoas de qualquer parte do país, a maior percentagem dos doentes que ingressam nela habita nas regiões próximas.



---

## CONCLUSÃO

Concluindo, este estudo contribuiu para reforçar a ideia de que as UC são uma mais-valia na reabilitação do doente com AVC pois fornecem o apoio mais rápido essencial à reabilitação precoce que se refere como imprescindível para a estimulação e consecutiva reorganização neural.

No entanto, esta resposta da RNCCI não é efetiva para todos os casos de AVC pois comprovou-se que doentes que deram entrada com AVC grave (segundo a classificação da norma n.º54/2011) ou alcançaram melhorias no seu estado funcional, necessitando de apoio moderado nas AVD, ou mantiveram estado de dependência elevada, pelo que sugeriu-se que outras variáveis se devam considerar como por exemplo o estado cognitivo e a motivação para a recuperação. Esta ideia suportou a necessidade de revisão da norma (n.º54/2011) de referência em caso de doentes com AVC, sugerindo-se a aplicação de uma escala para avaliar o estado cognitivo como o Mini-Mental State Examination (Anexo 4) que foi elaborado por Folstein et al. em 1975 e foi posteriormente validado para a população portuguesa por Guerreiro et al. em 1994. É um dos testes mais utilizados em todo o mundo e dá uma visão geral do estado cognitivo do indivíduo avaliado ao nível da orientação no tempo e espaço, memória, competências visuo-espaciais, verbais e de escrita. Assim, além da aplicação do IB associar-se-ia esta escala e se no resultado delas obtivesse doentes com défices cognitivos e motores graves deveriam ingressar noutra tipologia da RNCCI, como por exemplo a UMDR.

Após a análise deste estudo, considera-se que não é elegível considerar situações de doentes com AVC grave e AVC moderado no mesmo patamar, da mesma forma que não é correto colocar duas situações de encaminhamento como UMDR e UC, diferentes na sua conceção, como local de receção de doentes com défices graves a nível motor e cognitivo, pois como se verificou o tempo de internamento tem relação próxima com o nível de autonomia alcançado no internamento.

Este estudo suporta a necessidade de observar o doente segundo o modelo biopsicossocial, desvalorizando outros modelos menos abrangentes, já que este é o modelo que rege a ideologia da RNCCI.

---

## BIBLIOGRAFIA

- ACSS. (Março de 2015). *Relatório de Monitorização Anual da RNCCI de 2014*. Obtido em Setembro de 2015, de Serviço Nacional de Saúde: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20de%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20Anual%20da%20RNCCI%202014.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (5 de Abril de 2016). *Equipas de Coordenação*. Obtido de Sistema Nacional de Saúde: <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7RecursosSa%C3%BAde/CuidadosContinuadosIntegrados/EquipasdeCoordena%C3%A7%C3%A3o/tabid/1150/language/pt-PT/Default.aspx>
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Amaro, J., Moreira, J., & Branco, C. A. (2009). Medicina Física e de Reabilitação: A Especialidade Médica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 22-28.
- American Heart Association. (2014). Guidelines for the Primary Prevention of Stroke -. *Stroke*, 45, 3754-3832.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 59-66.
- Cantor, N. (1992). *Aging and Social Care, Handbook of Aging and the Social Sciences*. Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold Company.
- Carr, J., & Shepherd, R. (2008). *Reabilitação Neurológica - Optimizando o Desempenho Motor*. (A. Oliveira, Trad.) São Paulo: Manole.
- Correia, M., Silva, M. R., Matos, I., Magalhães, R., Lopes, J. C., Ferro, J. M., & Silva, M. C. (Julho de 2004). Prospective Community-Based Study of Stroke in Northern Portugal. *Stroke*, 35, 2048-2053. doi:10.1161/01
- De Wit, L., Putman, K., Lincoln, N., Baert, I., Berman, P., Beyens, H., . . . Feys, H. (2006). Stroke rehabilitation in Europe: what do physiotherapists and occupational therapists actually do? *Stroke*, 1483-1489.

- Direção Geral de Saúde. (2014). *Doenças Cerebro-Cardiovasculares em números*. Lisboa: Direção-geral da Saúde.
- Eriksson, M., Norrving, B., Terént, A., & Stegmayr, B. (2008). Functional Outcome 3 Months after Stroke Predicts Long-Term Survival. *Cerebrovasc Diseases*, 25, 423-429.
- European Stroke Organisation Executive Committee, & ESO Writing Committee. (6 de Maio de 2008). Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. (H. M.G, Ed.) *Cerebrovascular Diseases*, 25, pp. 457–507. doi:10.1159
- Evans, R., Connis, R., Hendricks, R., & Haselkorn, J. (1995). Multidisciplinary Rehabilitation versus Medical Care: a meta-analysis. *Soc. Sci. Med.*, 1699-1706.
- Finsterbush, K., Liewellyn, L., & Wolf, C. (1983). *Social impact assessment methods*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Gil, A. P. (1999). Redes de Solidadriedade Intergeracionais na Velhice. *Caderno de Política Social - Redes e Políticas de Solidariedade*, APSS, 93-114.
- Gresham, G., Alexander, D., Bishop, D., Giuliani, C., Goldberg, G., Holland, A., . . . Trombly, C. A. (1997). American Heart Association Conference IV: Prevention and Rehabilitation of Stroke - Rehabilitation. *Stroke*, 1522-1526.
- Hankey, G., & Wardlaw, J. (2002). *Clinical Neurology*. Demos Medical Publishing, 181-183.
- Hicks, C. M. (2006). *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos* (3ª ed.). (S. Ribeiro, Trad.) Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação-Prevenção, Intervenção e Resultados*. Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística. (11 de Julho de 2014). População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. *Destaques: informação à comunicação social*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Risco de Morrer 2012*. Lisboa: INE, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística, I. (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Langhorne, P., Williams, B., Gilchrist, W., & al, e. (1993). Do stroke units save lives? *Lancet*, 342, 395-398.
- Lennon, S., & Hastings, M. (1996). Key Physiotherapy Indicators for Quality of Stroke Care. *Physiotherapy*, 655-664.
- Litwak, E. (1985). *Helping the Elderly*. The Guilford Press New York.

- Litwak, E. (1985). *Helping the Erdely, The Complementary Role of Informal Network and Formal Systems*. Nova Iorque: The Guilford.
- Lundy-Ekman, L. (2008). *Neurociência - Fundamentos para a Reabilitação*. (F. Mundim, N. Oliveira, R. Santos, T. Robaina, & V. Varga, Trads.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- Mackay, J., Mensah, G. A., Mendis, S., & Greenlund, K. (2004). *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. Genebra: WHO.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Martinez, L., & Ferreira, A. (2010). *Análise de Dados com SPSS - Primeiro Passos* (3ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Miaoulis, G., & Michener, R. (1976). *An introduction to sampling*. Iowa: Kendal/Hunt Publishing Company.
- Nazareth, J. M. (2009). *Demografia - A Ciência da População*. Lisboa: Editorial Presença.
- Nogueira, J. M., & Gonçalves, J. e. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os seus cuidados continuados integrados*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2015). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Integrados 2014*. ACSS.
- Nudo et al. (1996). Neural substrate for the effects of rehabilitative training on motor recovery after ischemic infarct. *Science*, 1791-1794.
- OMS. (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Pai, Y., Rogers, M., & et al. (1994). Alterations in weight-transfer capabilities in adults with hemiparesis. *Physical Therapy*, 74, 647-659.
- Paixão, C. M., & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19.
- Paz, A. A., Santos, B. R., & Eidt, O. R. (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 338-342.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pimentel, J., & Ferro, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa : Lidel.

- Ramos, F. (2009). Integrar os conceitos de Cuidar e Reabilitar. Em e. I. Companhia de Ideias, & I. Guerreiro, *Desafios de um modelo integrado - cuidados continuados : saúde e apoio social* (pp. 6-7). Lisboa: Companhia de Ideias.
- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Rubin, E., Gorstein, F., Rubin, R., Swarting, R., & Strayer, D. (2005). *Patologia – Bases Clinicopatológicas da Medicina* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA.
- Sabartés, O., Capsada, A., Marquilles, E., Sendra, J., Mantín, E., Zapatero, . . . Hosta, I. (2003). Deterioro funcional del anciano frágil con patología respiratoria crónica: valoración multidisciplinar. *Revista Multidisciplinar Gerontología*, 13, 143-150.
- São José, J., & Wall, K. (2006). *Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções, Cadernos Sociedade e Trabalho VII - Proteção Social*. Lisboa: MTSS/DGEEP.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia*. Edinburgh: SIGN.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning*. Edinburgh: SIGN.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto editora.
- Shanas, E. (1979). The Family as a Social Support System in Old Age. *The Gerontologist*, 169-174.
- Shanas, E. (1979). The Family as a Support of System in Old Age. *The Gerontologist*, 19.
- Smith, H. (1975). *Strategies of Social Research: methodological imagination*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Stroke Unit Trialists Collaboration. (2013). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. doi:10.1002/14651858.CD000197
- Tinsley, H., & Tinsley, D. (1987). Use of factor analysis in counseling, psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 414-424.
- Unidade de Missão para Cuidados Continuados Integrados. (2008). *Diretiva Técnica N.º 1/UMCCI/2008*. Obtido de ACSS: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Diretiva%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%201%20-%20UMCCI%20-%202008.pdf>

- Van Peppen, R., Kwakkel, G., Wood-Dauphinee, S., Hendriks, H., Van der Wees, P., & Dekker, J. (2004). The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: what's the evidence? *Clinical Rehabilitation* , 833-862.
- Vilarmau, M., Diestre, G., & Guirao, M. (2000). Evolución de los pacientes dados de alta con el diagnóstico de accidente vasculocerebral de una Unidad de Convalecencia y Rehabilitación. *Revista Multidisciplinar Gerontología*, 10, 33-37.
- Walker, M., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorn, P., Dewey, M., Corr, S., . . . Parker, C. (2004). Individual patient data meta-analysis of randomised controlled trials of community occupational therapy for stroke. *Stroke*, 2226-2232.

**Legislação Consultada:**

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho

Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro

Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro

Decreto -Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro.

Decreto -Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro

Decreto -Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro

Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro

Despacho Conjunto n.º 19040/2006

## ANEXOS

### I. Norma n.º54/2011

EM AUDIÇÃO E TESTE DE APLICABILIDADE  
ATÉ 30 DE ABRIL DE 2012



**NORMA**  
DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco Henrique Mousa George  
Dir. e M. signed by Francisco Henrique Mousa George  
Dir. e M. signed by Francisco Henrique Mousa George  
Dir. e M. signed by Francisco Henrique Mousa George  
Dir. e M. signed by Francisco Henrique Mousa George  
Dir. e M. signed by Francisco Henrique Mousa George





NÚMERO: **054/2011**  
DATA: **27/12/2011**

---

**ASSUNTO:** Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação

**PALAVRAS-CHAVE:** Medicina Física e de Reabilitação

**PARA:** Médicos do Sistema Nacional Saúde

**CONTACTOS:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direcção-Geral da Saúde, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde e da Ordem dos Médicos, emite a seguinte

#### I – NORMA

1. Em situações clínicas de internamento por acidente vascular cerebral (AVC) e para a prescrição de medicina física e de reabilitação (MFR), a avaliação clínica e a avaliação funcional iniciais são efetuadas:
  - a) o mais precocemente possível (Nível de evidência A, *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care- Update 2010*);
  - b) nas primeiras 24-48h (Nível de evidência C, *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care- Update 2010*).
2. Na avaliação dos déficits após acidente vascular cerebral e na avaliação do estado funcional o médico utiliza, pelo menos, uma das escalas de avaliação funcional standardizadas, índice de *Barthel* e escala de medida de independência funcional (MIF) em Anexo II e III à presente Norma (Nível de evidência B, *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care- Update 2010*).
3. O plano terapêutico de reabilitação (PTR) individual é elaborado tendo em conta:
  - a) avaliação clínica;
  - b) avaliação funcional e sua gravidade;
  - c) pontuação do índice de *Barthel* e/ou MIF;
  - d) definição de objetivos a curto prazo.
4. No AVC ligeiro o doente é encaminhado, preferencialmente, para tratamento hospitalar ambulatório ou centro de reabilitação da área da residência.
5. No AVC moderado, em doentes com idade inferior a 75 anos e em doentes com AVC grave com idade inferior a 55 anos e boa resistência física, há indicação para internamento hospitalar especializado, que garanta a execução de plano terapêutico de reabilitação intensivo. Após a fase inicial da reabilitação, esta poderá ser completada em ambulatório hospitalar ou em centro de reabilitação ambulatório da área da residência.

## NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



6. No AVC moderado, em doentes com idade superior a 75 anos e em doentes com AVC grave com idade superior a 55 anos, há indicação para internamento inicial em unidades de cuidados continuados integrados de média duração e reabilitação ou unidades de convalescença de AVC, com programa de reabilitação menos intensivo. Se estes doentes tiverem evolução funcional e clínica favorável, tiverem adquirido capacidade física para cumprir plano terapêutico de reabilitação intensivo (> 3 h) ou tenham necessidade de intervenções mais específicas ou diferenciadas, são referenciados para internamento especializado hospitalar.
7. Cada doente em plano terapêutico de reabilitação após AVC deve ser reavaliado pelo serviço especializado hospitalar, onde foi feita a avaliação inicial e a triagem para a unidade de reabilitação, aos 6 e aos 12 meses de evolução.
8. No internamento hospitalar especializado, a ausência de progressão na escala de avaliação funcional em duas avaliações sucessivas, realizadas com intervalo de 15 dias, é critério para transferência para outro nível de cuidados de saúde.
9. Em ambulatório e no âmbito do tratamento de medicina física e de reabilitação, a ausência de progressão na escala de avaliação funcional em duas avaliações, realizadas com intervalo de 60 dias, é critério para alta clínica.
10. A fase de sequelas crónicas do AVC tem início após estabilização da situação, com ausência de progressão nas escalas de avaliação funcional.
11. O algoritmo clínico/árvore de decisão referente à presente Norma encontra-se no Anexo I da presente Norma.
12. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

### II - CRITÉRIOS

- a) Em medicina física e de reabilitação a avaliação clínica e funcional inicial deve ser efetuada, em consulta especializada, com escalas standardizadas (índice de *Barthel* e/ou escala de MIF) com o objetivo de se estabelecer um plano terapêutico de reabilitação individual.
- b) É recomendada a identificação de objetivos de reabilitação e o estabelecimento de objetivos específicos, mensuráveis, atingíveis e realísticos, em tempo determinado.
- c) No internamento hospitalar do doente com AVC em fase aguda são prestados cuidados específicos para prevenção de complicações, mesmo antes da primeira observação pelo médico fisiatra.
- d) A admissão de um doente após AVC num programa de reabilitação, deve cumprir os seguintes critérios:
  - i. estabilidade clínica e sem risco de descompensação cardiopulmonar;
  - ii. existência de défices funcionais;
  - iii. capacidade de apreender e memorizar programas de reabilitação, com novos esquemas motores e sensoriais e motivação para o mesmo;



## NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- iv. capacidade física para tolerar o programa de reabilitação e participação ativa no mesmo;
  - v. complicações clínicas como espasticidade ou dor, com consequente deterioração do estado funcional prévio.
- e) O médico, de modo a referenciar o doente para unidade de reabilitação com capacidade, em meios técnicos e humanos, para tratamento dos défices e incapacidades, deve providenciar:
- i. análise da situação clínica e funcional do doente;
  - ii. cumprimento dos critérios acima referidos;
  - iii. avaliação do prognóstico expectável;
  - iv. avaliação dos recursos existentes na comunidade.
- f) A avaliação do estado clínico, funcional e socioeconómico de um doente com AVC deve ser realizada logo após a admissão do doente, incluindo o modelo CIF<sup>1</sup> (estruturas e funções corporais, atividade e participação).
- g) A incapacidade funcional resultante do AVC pode graduar-se de ligeira a grave com dependência total, classificando-se em três níveis, consoante a avaliação funcional realizada dentro dos primeiros 5-7 dias, segundo *Garraway et al.* 1981,1985:

LIGEIRO	MODERADO	GRAVE
MIF > 80 Barthel > 90	80 > MIF > 40 90 > Barthel > 55	MIF < 40 Barthel < 55

- h) É possível considerar, no âmbito da escala MIF, a pontuação MIF motor, isto é, considerando-se, apenas, a pontuação relativa a autocuidados, controlo de esfíncteres, mobilidade e locomoção, a saber:
- i. AVC ligeiro: MIF motor > 62
  - ii. AVC moderado: > 38 MIF motor < 62
  - iii. AVC grave: MIF motor < 38
- i) Para a prescrição de medicina física e de reabilitação são critérios para triagem para unidade de reabilitação:
- i. grau de severidade do AVC, de acordo com classificação acima descrita;

<sup>1</sup> Cf. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde (Tradução e Revisão pela Direcção-Geral de Saúde, 2004).

## NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- ii. idade;
  - iii. condição física;
  - iv. resistência ao esforço;
  - v. existência de défices prévios e situação funcional pré AVC;
  - vi. critérios para reabilitação em internamento de reabilitação.
- j) A idade, só por si, não deve ser considerada critério para exclusão no acesso à reabilitação, pois há doentes de grupos etários mais elevados, que podem atingir, igualmente, bons resultados, embora podendo requerer plano terapêutico de reabilitação individual mais longo e adaptado.
- k) Devem ser avaliadas a topografia e tamanho da lesão vascular, assim como a presença de comorbilidades, como:
- i. doença coronária instável;
  - ii. fibrilhação auricular não controlada;
  - iii. insuficiência renal;
  - iv. obesidade/patologia músculo-esquelética;
  - v. alterações cognitivas, mentais ou psiquiátricas.
- l) Na avaliação inicial e nas subsequentes deve, sempre, ser pesquisada a presença de condições que influenciam negativamente a recuperação da autonomia, como:
- i. alteração grave do tónus muscular;
  - ii. disfagia;
  - iii. afasia;
  - iv. dor;
  - v. heminegligência e ou inatenção;
  - vi. anosognosia e ou assomatognosia;
  - vii. incontinência de esfíncteres;
  - viii. situação emocional;
  - ix. situação cognitiva;
  - x. défice nutricional;
  - xi. ausência de integridade da pele.
- m) Devem ser avaliados, também, os fatores sociais e familiares, como:
- i. ausência de suporte familiar, sendo que família e ou cuidadores devem estar envolvidos o mais precocemente possível no processo de decisão e planeamento da reabilitação;

## NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- ii. características da habitação, incluindo a existência de barreiras arquitectónicas;
  - iii. características do meio ambiente, como as acessibilidades.
- n) São critérios para internamento hospitalar especializado ou seguimento em centro de reabilitação (Adaptado de: AAPM&R *Medical Inpatient Rehabilitation Criteria Task Force Report, "Standards for Assessing Medical Appropriateness Criteria for Admitting Patients to Rehabilitation Hospitals or Units"*):
- i. défices funcionais significativos;
  - ii. necessidade de supervisão médica especializada;
  - iii. necessidade de assistência de enfermagem 24h/dia;
  - iv. capacidade para cumprir plano terapêutico de reabilitação intensivo de, pelo menos, três horas por dia, durante cinco dias;
  - v. capacidade do doente para aprendizagem, motivação e colaboração no programa de reabilitação.
- o) Após a fase inicial da reabilitação, esta poderá ser completada em centro de reabilitação de ambulatório da área da residência ou em ambulatório hospitalar.
- p) Doentes incapazes de participar ativamente na reabilitação, devem ser encaminhados para o domicílio ou para residência coletiva, em coordenação com a família e ou cuidador. Está indicado um plano terapêutico domiciliário de reabilitação para ensino ao doente e familiar e ou cuidador ou adaptação de produtos de apoio para prevenção de complicações decorrentes dos défices motores e sensoriais.
- q) A alta do plano terapêutico de reabilitação, em cada nível de cuidados, tem que ser considerada, quando:
- i. o doente adquire funcionalidade e independência similar ao *status* que possuía antes do AVC;
  - ii. são atingidos os objetivos funcionais realistas definidos inicialmente e atualizados regularmente, de acordo com a evolução da recuperação;
  - iii. quando não estão reunidas as condições de motivação, colaboração e capacidade cognitiva e não se prevê melhoria da situação clínica com intervenção terapêutica específica.
- r) Na fase de sequelas crónicas do AVC, o médico de família desempenha um papel muito importante no controlo e seguimento periódico do doente, devendo reenviá-lo a uma consulta de medicina física e de reabilitação, ao detetar:
- i. perdas da funcionalidade adquirida;
  - ii. aumento do quadro doloroso;
  - iii. aumento da espasticidade;
  - iv. necessidade de avaliação e prescrição de produtos de apoio/ajudas técnicas.

## NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- s) O plano terapêutico de reabilitação na fase de sequelas crónicas, a realizar preferencialmente em ambulatório, visa o treino de tarefas específicas por períodos de tempo bem definidos.

### III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e externa.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.
- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores, que constam nos bilhetes de identidade que se encontram em Anexo e dela fazem parte integrante:
- i. % de inscritos com diagnóstico de AVC
  - ii. custo médio de tratamento de MFR por inscrito

### IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) A reabilitação é um processo centrado no doente e orientado por objetivos, que começa no dia após o AVC, com a finalidade de melhorar a funcionalidade e alcançar o maior nível de independência possível, física e psicologicamente, mas, também, social e economicamente.
- b) O AVC constitui uma importante causa de morte<sup>2</sup> e incapacidade em Portugal<sup>3</sup>
- c) Segundo a *European Stroke Association (ESO– Stroke Facts)* o AVC é a causa mais importante de morbilidade e incapacidade crónica na Europa.
- d) Em Portugal, os estudos de incidência (Correia et al., 2004, na região Norte e Rodrigues, Noronha, & Dias, 2002 na região Oeste), mostraram uma incidência anual, por 1000 habitantes, de 2,69 na cidade do Porto e de 3,05 em Trás-os-Montes e de 2,40 em Torres Vedras.
- e) Sobre a incapacidade resultante do AVC existe um estudo realizado no concelho de Coimbra, no ano de 1992, numa população com idade igual ou superior a 50 anos, que revelou uma prevalência de AVC de 8% (10,2% nos homens e 6,6% nas mulheres); destes doentes, 32%

<sup>2</sup> 19 562 óbitos por doença cerebro-vascular em 2002 – Fonte: INE

<sup>3</sup> 16 070 anos potenciais de vida perdidos por doença cérebro-vascular, em Portugal, em 2009— Fonte: INE

## NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



- apresentavam uma incapacidade moderada e 19% uma incapacidade grave ou dependência total.
- f) Em estudos em que ainda não estava avaliada o impacto da trombólise verificava-se que aproximadamente 20% dos doentes que sobrevivem ao AVC, recuperam a sua completa independência, aproximadamente 2 semanas depois (*Kelley-Hayes et al.1988*). Estima-se que outros 20% apresentam défices funcionais tão graves que devem manter-se internados em unidades que permitam assistência das atividades da vida diária (*Pfeffer and Reding 1998*). Entre estes dois extremos existem doentes com vários graus de incapacidade em que existe o maior benefício funcional com a reabilitação.
  - g) Já em 1998, *Pfeffer and Reding* diziam que após o internamento persistem, em cerca de 80% dos doentes, défices motores, sensoriais e cognitivos, que têm ganhos funcionais demonstrados com a instituição de um programa de reabilitação
  - h) A intervenção da reabilitação permite minimizar os défices, melhorar a funcionalidade e facilitar a integração sócio-familiar e profissional na perspectiva da CIF, que engloba as atividades, participação, qualidade de vida e fatores pessoais e ambientais que os condicionam.
  - i) A reabilitação deve ser estruturada para fornecer o máximo de intensidade nos primeiros seis meses após AVC (Nível de evidência A, *National Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010*, Melbourne, Austrália).
  - j) É recomendada a admissão de doentes com AVC agudo numa unidade de AVC, sempre que exista, para receberem reabilitação coordenada e multidisciplinar (Classe I, Nível de Evidência A – ESO 2008).
  - k) Os cuidados ao AVC numa situação pós aguda devem ser prestados em locais onde a reabilitação está formalmente coordenada e organizada (Classe de recomendação I, Nível de evidência A - ESO 2008).
  - l) A reabilitação é um processo contínuo, durante o qual os doentes devem receber um programa de reabilitação com a intensidade e duração conforme as suas necessidades e tolerância (Classe de recomendação I, Nível de evidência A - ESO 2008).
  - m) A alta hospitalar precoce de um doente com AVC é possível nos casos estáveis do ponto de vista clínico e com défices leves a moderados, desde que existam recursos especializados de reabilitação na comunidade (Classe de recomendação I, Nível de evidência A – ESO 2008).
  - n) Os doentes que sobrevivem ao AVC com défices residuais e identificados com necessidade de manterem reabilitação, devem receber tratamento no sentido de atingirem novos objetivos e de melhorarem as atividades orientadas por tarefas (Nível de evidência B - *National Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010*, Melbourne. Austrália).
  - o) Os doentes que sobrevivem ao AVC devem ter uma avaliação hospitalar regular e contínua.

## NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



### V – APOIO CIENTÍFICO

- A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, ao abrigo do protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- Cecília Vaz Pinto e Teresa Matias (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), Anabela Pereira, Francisco Sampaio, Helena Teixeira Silva, Jorge Laíns.
- A presente Norma foi visada pela Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição das sociedades científicas.
- Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no *site* desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

### SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
AVC	acidente vascular cerebral
MFR	medicina física e reabilitação

### BIBLIOGRAFIA

- Acidente Vascular Cerebral, Itinerários Clínicos. Autoria: Direção Geral de Saúde 2010, Edição: Lidel, Edições Técnicas.
- Canadian Stroke Network; Heart and Stroke Foundation of Canada. (ON): Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care Update 2010, Ottawa Available: [www.strokebestpractices.ca](http://www.strokebestpractices.ca).
- Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation - Australian Government, [www.nhmrc.gov.au/publications](http://www.nhmrc.gov.au/publications).
- Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient, Consensus Panel on the Stroke Rehabilitation System "Time is function" – Published by Heart and Stroke Foundation of Ontario, April 30, 2007. [www.heartandstroke.on.ca](http://www.heartandstroke.on.ca).
- Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient Scientific Statement From the American Heart Association, [Elaine L. Miller](#), PhD, RN, CRRN, FAHA, Chair; [Laura Murray](#), PhD, CCC-SLP; [Lorie Richards](#), PhD, OTR/L, OT, FAHA; [Richard D. Zorowitz](#), MD, FAHA; [Tamilyn Bakas](#), PhD, RN, FAHA; [Patricia Clark](#), PhD, RN, FAHA; [Sandra A. Billinger](#), PhD, PT, FAHA; Stroke. 2010; 41: 2402-2448.
- ESO– European Stroke Organization – Guidelines for Stroke Management – update January 2009. [www.eso-stroke.com](http://www.eso-stroke.com).

## NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation – from the Departments of Physical Medicine and Rehabilitation, St. Joseph Health Care, London, Parkwood Hospital, London and Epidemiology and Biostatistics, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada. –Julho de 2011 - [www.ebrsr.com](http://www.ebrsr.com).

Guia de Prática Clínica del Accidente Vascular Cerebral – Ponencia 2 – Coordinador: Ferran Escalada Recto.

Health Services/ Technology Assessment Text – Archived Quick Reference Guide – Post Stroke Rehabilitation, [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov).

Helsinborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies – WHO Europe . Edit: T. Kjellstrom, B. Norving, A. Shatbkute.

John R F Gladman; Improving long-term rehabilitation, *Division of Rehabilitation and Ageing, University of Nottingham, Nottingham, UK, British Medical Bulletin* 2000, 56 (No 2) 495-500 [bmb.oxfordjournals.org](http://bmb.oxfordjournals.org).

Jorge Lains, MD – Reabilitação pós-AVC – orientação dos programas 2º os deficits apresentados – 1º Congresso Português do AVC.

Kaplan e Caillet – Rehabilitation of Stroke - USA 2003.

Lains, J.; (1990) Guia para o sistema uniformizado de dados para reabilitação médica, versão para a língua portuguesa : Ed. SMFR/HUC e Research Foundation - State University of New York at Buffalo.

Life After Stroke – New Zealand guideline for management of stroke, [www.stroke.org.nz](http://www.stroke.org.nz).

Management of Patients with Stroke – Rehabilitation, Prevention and Management of complications and discharge planning. A national clinical guideline, June 2010 – Scottish Intercollegiate Guideline Network. [www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf](http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf).

Miranda Mayordomo, M.D.-Rehabilitacion Médica. Aula Médica, Madrid 2004.

National Clinical Guidelines for Stroke – 3<sup>rd</sup> edition – Prepared by the Royal College of Physicians Intercollegiate Stroke Working Party, Publication Date: Jul-2008.

P. Pallicino, W Snyder and C Granger – The NIH Stroke Scale and the FIM in stroke rehabilitation, *Stroke*, 1992; 23; 919.

Pfeffer MM, Reding MJ. Stroke rehabilitation. En: Lazar RB, ed. Principles of neurologic rehabilitation. New York: McGraw-Hill; 1998.

Randall L. Braddom, M.D.- Handbook of Physical Medicine Rehabilitation, Saunders 2004.

Reseau de reeducation et de readaptation locomotrice et neurologique en Belgique – Rapport du sous-groupe de travail ministeriel – Novembre 2006 – [www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be).

Rosa M<sup>ª</sup> Mozo, MD – Factores relacionados con el destino al alta hospitalaria del hemiplejico agudo – memoria para obtencion del grado de doctore – Universitat Rovira, Virgili, Espana.

Sarah A. Maulden, MD, MS, Julie Gassaway, MS, RN, Susan D. Horn, PhD, Randall J. Smout, MS, Gerben DeJong, PhD, - Timing of Initiation of Rehabilitation after Stroke – *Arch Phys Med Rehab* 2005; 86 (12 Suppl 2): S 34-40.

SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion – Ictus Cerebral: linee guida italiene, Jan 2010 – [www.spread.it](http://www.spread.it).

Stephen Bagg MD, Alicia Paris Pombo, MD, Wilma Hopman MA – Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation – *Stroke* 2002;33: 179-185.

Steven J. Page, PhD, David R. Gater MD, PhD, Paul B. Rita, MD – Reconsidering the motor recovery plateau in stroke rehabilitation. *Arch Phys Rehab* 2004; 85: 1377-81.

The Quality of Stroke Care in Canada - Canadian Stroke Network 2011, [www.canadianstrokenetwork.ca](http://www.canadianstrokenetwork.ca).

## NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



The Stroke Rehabilitation Paradigm , Brian M Kelly, DO, Percival H Pangilinan Jr MD, Gianna M Rodriguez MD – Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 18 (2007) 631-650.

VA/DoD - Department of Veterans Affairs/ Department of Defense – Clinical Practice Guideline for the Management of Adult Stroke Rehabilitation Care, 2010 <http://www.healthquality.va.gov> or <http://www.qmo.amedd.army.mil>.

William B Stason, MD, MS; Can Clinical Practice Guidelines Increase the cost-effectiveness of geriatric rehabilitation? , Medical Care, volume 35, number 6, pp JS68-JS77, Supplement.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde



## 2. Escala de Barthel

				Inicial	Final
<b>Alimentação</b>	Independente	Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.	10		
	Ajuda	Necessita de alguma (por exemplo para cortar os alimentos).	5		
	Dependente		0		
<b>Transferência Cadeira – Cama</b>	Independente	Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.	15		
	Ajuda Mínima	Necessita de ajuda ou supervisão mínimas.	10		
	Grande Ajuda	É capaz de sentar-se mas necessita de assistência total para a passagem.	5		
	Dependente		0		
<b>Higiene Pessoal</b>	Independente	Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico.	5		
	Dependente		0		
<b>Uso de Sanitário</b>	Independente	Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.	10		
	Ajuda	Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.	5		
	Dependente		0		
<b>Banho</b>	Independente	Lava-se por completo no duche ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.	5		
	Dependente		0		
<b>Controlo Intestinal</b>	Continente	Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou clisteres, coloca-os por si só.	10		
	Incontinente Ocasional	Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de enemas ou clisteres.	5		
	Incontinente		0		
<b>Controlo Vesical</b>	Continente	Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.	10		
	Incontinente Ocasional	Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.	5		
	Incontinente		0		
<b>Vestir</b>	Independente	Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Aperta os cordões dos sapatos, etc.	10		
	Ajuda	Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.	5		
	Dependente		0		
<b>Deambulação</b>	Independente	Pode caminhar sem ajuda até 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andarilho.	15		
	Ajuda	Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.	10		
	Independente em Cadeira de Rodas	Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 metros.	5		
	Dependente		0		
<b>Subir Escadas</b>	Independente	É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas, bengala ou se apoie no corrimão.	10		
	Ajuda	Necessita de ajuda física ou supervisão.	5		
	Dependente		0		
<b>Total</b>					

### 3. Autorização

FW, dissertação de mestrado Daniela SCMPL

**Assunto:** FW: dissertação de mestrado Daniela SCMPL  
**De:** PROVIDOR-SCMPL <provedor.scmpl@gmail.com>  
**Data:** 30-07-2015 12:33  
**Para:** SCM Agostinho Vieira <agostinho.vieira@scmpl.pt>, Mário SCMPL <mario.almeida@scmpl.pt>  
**CC:** SCM Eduarda Oliveira <eduarda.oliveira@scmpl.pt>, SCM Conceição Rodrigues <conceicao.rodrigues@scmpl.pt>

*Para fazer mestrado  
em 12/11*

Para conhecimento e emissão de parecer.  
HC

On 30/07/15, 09:24, "daniela.silva@scmpl.pt" <daniela.silva@scmpl.pt> wrote:

Ex. mo Sr.  
Provedor da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso

Eu, Daniela Silva, fisioterapeuta no Hospital António Lopes, pós-graduada em Cuidados Continuados e Paliativos, pretendendo obter o grau de Mestre nesta especialidade, venho solicitar a V. Exa. que conceda autorização para elaborar nesta instituição nova proposta de dissertação de Mestrado.

O novo estudo que aqui se propõe tem como objetivo investigar se os utentes com diagnóstico de base de Acidente Vascular Cerebral, que dão entrada na Unidade de Convalescença, adquirem a autonomia necessária para as atividades da vida diária em 30 dias, tal como é definido no decreto-lei n.º101/2006.

Para tal, é necessário que sejam facultados dados de utentes com este tipo de patologia neurológica relativos a sexo, idade, Índice de Barthel à entrada e saída da unidade, tempo de internamento e destino pós alta. Após análise estatística destes dados, poder-se-á verificar a evolução destes pacientes e constatar o seu grau de autonomia no final do internamento. Além disso, poder-se-á também saber se os utentes da Rede estão a ser corretamente referenciados ou se pelo contrário, desde o início, beneficiariam do encaminhamento para outra tipologia da Rede, onde o tempo de internamento fosse maior. No final será um estudo de interesse para esta instituição com vista à divulgação da mesma.

Mais informo que esta atividade não acarretará custos à SCMPL nem originará a publicação de qualquer dado coligido na mesma, estando o sigilo garantido pela metodologia aprovada pela Comissão de ética da Faculdade de Medicina de Coimbra, que poderei disponibilizar, se assim considerar necessário.

Informo que o Diretor Clínico da SCMPL, Dr. Mário Almeida, mantém-se como meu Orientador de Dissertação, assim como a Coordenadora de Curso, Prof.ª Doutora Marília Dourado, da Faculdade de Medicina de Coimbra. Tal apenas implicará a sua deslocação a Coimbra, em data a definir pela Universidade para apresentação deste trabalho.

#### **4. Mini Mental State Examination**

Mini-Mental State (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Versão Portuguesa de Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994. É composto por 30 itens que permite, a avaliação da função cognitiva ao nível da orientação no tempo e espaço, memória competências visuo-espaciais, verbais e de escrita. Valores mais elevados indicam menor deficiência.

### MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

#### ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto) .....( )
- Dia do mês (1 ponto) .....( )
- Mês (1 ponto) .....( )
- Ano (1 ponto) .....( )
- Hora aproximada (1 ponto) .....( )
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) .....( )
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) .....( )
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) .....( )
- Cidade (1 ponto) .....( )
- Estado (1 ponto) .....( )

#### MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta .....( )
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

#### ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) .....( )
- (alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

#### EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) .....( )

#### LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) .....( )
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) .....( )
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts) .....( )
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) .....( )
- Escrever uma frase (1 ponto) .....( )
- Copiar um desenho (1 ponto) .....( )

SCORE: ( \_\_\_\_/30)

