



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



V Curso do Mestrado em Gestão em Saúde

2009/2011

**O contributo para a defesa da integração de Técnicos de Medicina
Física e Reabilitação nos Cuidados Continuados**

Orientador(a): Professora Doutora Paula Lobato Faria

Co-Orientador: Mestre Pedro Aguiar

Discente: Mónica Carina Rodrigues Andrade

Lisboa, 2011

Trabalho de Projecto para a obtenção do
Grau de Mestre de Gestão em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública,
ao abrigo do artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março

Resumo

Os Cuidados Continuados Integrados surgem de forma a dar uma resposta adequada à sociedade do século XXI, marcada pelo envelhecimento e pelo alto potencial incapacitante da população. As Unidades de Cuidados Continuados Integrados existentes em Portugal, estão, sobretudo, vocacionadas para o tratamento e reabilitação de pacientes do foro cardiovascular, mais precisamente de utentes com Acidente Vascular Cerebral.

A reabilitação efectiva dos utentes pós-AVC implica a existência de uma abordagem multidisciplinar, direccionada para a diminuição da incapacidade e para o aumento da funcionalidade dos utentes, potenciando o seu regresso e participação nas actividades da vida diária.

O presente trabalho, apresenta-se como um estudo piloto, com uma abordagem quantitativa e longitudinal, e tem como objectivo principal aferir o impacto da integração de Técnicos de Medicina Física e Reabilitação na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados na reabilitação efectiva dos utentes pós-AVC. Para esse efeito, utilizou-se a Escala de Medida de Independência Funcional, para avaliar o estado dos utentes no momento da sua admissão na Unidade de Cuidados Continuados Integrados e a sua evolução que os mesmos apresentavam na alta hospitalar, após submissão ao programa de reabilitação.

Após a análise dos resultados, concluiu-se que, os utentes objecto deste estudo, à data da sua alta hospitalar, apresentaram melhorias significativas na sua reabilitação.

Palavras-chave: envelhecimento da população, AVC, reabilitação, técnicos de medicina física e reabilitação.

Abstract

The integrated care was developed in order to answer adequately to the society of the twenty-first century, marked by aging and by the high potential crippling of the population. The long-term care units in Portugal are mainly dedicated to the treatment and rehabilitation of cardiovascular patients in the forum, specifically for patients with a stroke.

The effective rehabilitation of patients after a stroke involves a multidisciplinary approach, in order to allow the reduction of the disability and the increase of the patients' functionality, enhancing their return and participation in activities of daily living.

With this work we aim at presenting a pilot study involving a quantitative and longitudinal approach, with the purpose of assessing the impact of rehabilitation technical integration on long-term care units effective in the rehabilitation of post-stroke patients. The objective of this study was to evaluate, using the Functional Independence Measure, the state of users at the time of their admission to the UCCI and the evolution they had in the hospital, after undertaking the rehabilitation program.

Based on our analysis, we conclude that the patients involved in this study, at the time of hospital discharge, showed significant improvements in their rehabilitation.

Keywords: aging, stroke, rehabilitation, rehabilitation technical and rehabilitation.

Agradecimentos

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

Em primeiro lugar agradeço a todos os meus utentes, e familiares destes, que colaboraram neste estudo. Sem estas pessoas que foram sempre amáveis e prestáveis, este estudo não teria sido possível de realizar.

Agradeço à Sra. Professora Paula Lobato Faria pela ajuda no desenvolvimento deste trabalho, pela orientação científica e pelas várias críticas e sugestões que em muito contribuíram para o seu enriquecimento.

Ao Sr. Professor Pedro Aguiar agradeço a sua disponibilidade e orientação dada na elaboração deste trabalho.

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

Deixo também um agradecimento aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública pela forma como leccionaram o Curso de Mestrado em Gestão em Saúde.

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

A todos vós o meu sincero Obrigada.

Índice

Resumo.....	ii
Abstract	iii
Índice	- 1 -
Índice de Quadros, Tabelas e Gráficos.....	- 3 -
Siglas e Acrónimos.....	- 4 -
Introdução.....	- 5 -
1. Natureza do Trabalho	- 5 -
2. Definição do Problema.....	- 5 -
3. Sistematização do Trabalho	- 7 -
Capítulo I. Enquadramento Conceptual	- 9 -
1. Envelhecimento da População	- 9 -
2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	- 9 -
3. Acidente Vascular Cerebral	- 10 -
5. Técnicos de Medicina Física e Reabilitação	- 15 -
Capítulo II: Objectivos	- 18 -
1. Objectivo Geral	- 18 -
2. Objectivos Específicos	- 18 -
Capítulo III: Metodologia.....	- 19 -
1. Tipo de estudo	- 19 -
2. Variáveis.....	- 19 -
3. Amostra	- 19 -
4. População-alvo e população em estudo	- 21 -
5. Métodos e Técnica de recolha de dados.....	- 21 -
6. Procedimentos	- 22 -
7. Tratamento de dados	- 23 -
Capítulo IV: Apresentação de resultados do estudo.....	- 24 -
Capítulo V: Discussão de resultados do estudo	- 30 -
Capítulo VI: Conclusões	- 32 -
Cronograma.....	- 33 -
Bibliografia.....	- 34 -
APÊNDICES	- 37 -
Apêndice I	- 38 -
Pedido de autorização ao Provedor do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Bombarral para a realização do estudo de investigação.....	- 38 -
Apêndice II.....	- 40 -

Termo explicativo do estudo/ Consentimento informado	- 40 -
Apêndice III.....	- 43 -
Questionário para a recolha de dados sócio-demográficos	- 43 -
Apêndice IV	- 47 -
Base de Dados do estudo.....	- 47 -
Apêndice V.....	- 54 -
Estatística descritiva e inferencial	- 54 -
ANEXOS.....	- 68 -
Anexo I.....	- 69 -
Escala de Medida de Independência Funcional (MIF).....	- 69 -

Índice de Quadros, Tabelas e Gráficos

Quadros

Quadro 1. <i>Tipos de AVC</i>	- 11 -
Quadro 2. <i>Tipos de Afasia</i>	- 13 -
Quadro 4. <i>Distribuição da variável Escolaridade</i>	- 55 -
Quadro 5. <i>Distribuição da variável Tipo de AVC</i>	- 55 -
Quadro 6. <i>Distribuição da variável Tipologia de Internamento</i>	- 55 -
Quadro 7. <i>Distribuição da variável Complicações do AVC no internamento</i>	- 56 -
Quadro 8. <i>Distribuição da variável Antecedentes Patológicos</i>	- 56 -
Quadro 9. <i>Distribuição da variável Mais apoio na reabilitação</i>	- 56 -
Quadro 10. <i>Distribuição da variável Défices no dia da alta</i>	- 57 -
Quadro 11. <i>Distribuição da variável Destino pós alta</i>	- 57 -
Quadro 13. <i>Distribuição da variável Evolução (Admissão-Alta)</i>	- 58 -
Quadro 14. <i>Comparação entre os tipos de AVC e a variável Evolução pós alta</i>	- 60 -
Quadro 15. <i>Distribuição da variável Evolução</i>	- 61 -
Quadro 16. <i>Comparação entre a variável Tipologia de internamento e a variável Evolução pós alta</i>	- 61 -
Quadro 17. <i>Diferenças na variável Evolução, comparativamente com a variável Ocorrência de primeiro AVC ou não</i>	- 62 -
Quadro 18. <i>Diferenças na Evolução com o Tipo de apoio recebido</i>	- 63 -
Quadro 19. <i>Diferenças entre a variável Evolução e o Apoio de amigos e/ou Familiares</i> ..	- 64 -
Quadro 20. <i>Relação entre a variável Evolução e as variáveis Idade e Escolaridade</i>	- 66 -

Tabelas

Tabela 1- <i>Distribuição da variável escolaridade</i>	- 20 -
Tabela 2- <i>Frequências e Percentagens</i>	- 24 -
Tabela 3- <i>Diferenças entre a Admissão e a Alta</i>	- 25 -
Tabela 4- <i>Diferenças entre os Tipos de AVC</i>	- 25 -
Tabela 5- <i>Diferenças entre Tipologias de Internamento</i>	- 26 -
Tabela 6- <i>Diferenças entre o primeiro AVC ou Não</i>	- 26 -
Tabela 7- <i>Diferenças entre o tipo de apoio recebido</i>	- 27 -
Tabela 8- <i>Diferenças entre ter ou não apoio de Amigos e/ou Familiares</i>	- 28 -
Tabela 9 – <i>Relação entre a idade e a escolaridade com evolução pós alta</i>	- 28 -

Gráficos

Gráfico 1- <i>Tipologia de internamento</i>	- 20 -
Gráfico 2- <i>Tipo de AVC</i>	- 21 -

Siglas e Acrónimos

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AIT - Acidentes Isquémicos Transitórios

AVD – Actividades da Vida Diária

CC – Cuidados Continuados

CCI – Cuidados Continuados Integrados

FT – Fisioterapia

MFR – Medicina Física e Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

MS – Ministério da Saúde

MTSS – Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SCMB – Santa Casa da Misericórdia do Bombarral

TF – Terapia da Fala

TO – Terapia Ocupacional

TMFR – Técnicos de Medicina Física e Reabilitação

UC – Unidades de Convalescença

UMD – Unidades de Média Duração e Reabilitação

ULD – Unidades de Longa Duração e Manutenção

Introdução

1. Natureza do Trabalho

A realização do Trabalho de Projecto de Investigação surge no âmbito do V Curso de Mestrado de Gestão em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública/ Universidade Nova de Lisboa, referente ao ano 2009/2011, na área de especialização em Gestão de Organizações de Saúde.

O trabalho de projecto consiste na identificação e caracterização de um problema relevante na área de Gestão em Saúde, envolvendo uma revisão da literatura, que permita apresentar o estado da arte nesse domínio, na formulação de hipóteses sobre o problema e numa proposta de delineamento de um processo de investigação, que deve dar resposta às questões levantadas, envolvendo um caso de estudo efectivo.

2. Definição do Problema

Nas sociedades ocidentais, com o aumento da esperança média de vida e a alteração dos padrões de morbilidade, tem-se assistido ao aumento das patologias crónicas e degenerativas. Neste contexto, exige-se aos cuidados de saúde, em geral, e aos CCI, em particular, uma resposta adequada às necessidades da sociedade do século XXI, marcada pelo envelhecimento e pelo alto potencial incapacitante da população.

De acordo com os estudos realizados pela RNCCI, a maioria dos utentes referenciados para as UCCI têm como diagnóstico principal a patologia cardiovascular, mais precisamente o AVC, seguida pela fractura do colo do fémur.

A reabilitação dos utentes com diagnóstico de AVC internados nas UCCI é, geralmente, efectuada na UC das respectivas unidades, muito embora haja casos em que os doentes são encaminhados para as UMD e para as ULD.

Dentro das UCCI, a principal responsabilidade pela reabilitação destes utentes cabe às UMFR, unidades constituídas por fisiatras e por alguns técnicos de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente o terapeuta da fala, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional habitualmente designados por TMFR.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro, os terapeutas da fala, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais estão incluídos no grupo dos Técnicos de

Diagnóstico e Terapêutica, sendo considerados “*agentes indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde*”.

Note-se, porém, que a presença de terapeutas da fala, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais não é, nos termos legais, obrigatória em todas as tipologias de unidades de internamento do CCI. Assim, de acordo com o artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, as UC só estão obrigadas a dispor de FT; por seu turno, as UMD e ULD devem prestar cuidados de FT e TO (respectivamente, artigos 16.º e 18.º do referido diploma legal).

O presente trabalho pretende avaliar se o trabalho em equipa dos TMFR contribui para uma reabilitação mais efectiva dos utentes das UCCI com o diagnóstico de AVC, constituindo, dessa forma, uma mais-valia para a melhoria da sua qualidade de vida após a alta hospitalar.

No decorrer dos últimos três anos de trabalho prestado no Serviço de Medicina Física e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia do Bombarral, a autora deste trabalho tem verificado que os utentes que se encontram internados nos CCI referem que a existência de uma equipa completa de TMFR influi na escolha da UCCI para a sua reabilitação. Adicionalmente, também é sublinhada a importância do apoio prestado pela TF e pela TO, que, na sua perspectiva, deveria ser assegurado a tempo inteiro, em paralelo com as sessões de fisioterapia.

Parece, pois, que os utentes sentem a necessidade da integração dos TMFR nos CCI, considerando que a mesma poderá ter um impacto positivo na sua reabilitação e na melhoria da sua qualidade de vida após a alta hospitalar.

Foi neste o contexto que surgiu a questão de investigação a que o presente estudo pretende dar resposta: *Será que a integração dos Técnicos de Medicina Física e Reabilitação nos Cuidados Continuados contribui para uma reabilitação mais efectiva e uma melhor qualidade de vida nos utentes pós-AVC?*

Assim, pretende-se que este estudo piloto contribua para a gestão de organizações de saúde com a valência da reabilitação dos utentes, pois caso seja confirmado que a presença dos TMFR nas UCCI influencia a efectividade da reabilitação dos utentes pós-AVC e contribui para a melhoria da sua qualidade de vida, poderá ser repensado o envolvimento dos TMFR nos serviços prestados pelas UCCI.

3. Sistematização do Trabalho

Apresenta-se em seguida uma breve descrição dos capítulos que compõem este trabalho:

a. Capítulo I: Enquadramento Conceptual

Neste capítulo, faz-se o enquadramento teórico da problemática em estudo, através da revisão da literatura existente sobre a matéria. Em particular, abordam-se os seguintes temas: Envelhecimento da População, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Acidente Vascular Cerebral, Reabilitação, Técnicos de Medicina Física e Reabilitação.

b. Capítulo II: Objectivos

Tendo em conta a questão de investigação a que se procura dar resposta - *“Será que a integração dos Técnicos de Medicina Física e Reabilitação nos Cuidados Continuados contribui para uma reabilitação mais eficaz e uma melhor qualidade de vida nos utentes pós-AVC?”* – apresentam-se neste capítulo o objectivo geral e os objectivos específicos do trabalho.

c. Capítulo III: Metodologia

Neste capítulo, abordam-se as questões metodológicas, descrevendo-se o tipo de estudo, as variáveis, a unidade de análise, os métodos e técnicas de recolha de dados, os procedimentos e a metodologia de tratamento de dados tidos por adequados para responder à questão de investigação.

Neste trabalho, optou-se pela realização de um estudo piloto, que teve por objectivo avaliar se a integração de TMFR na RNCCI contribui para uma reabilitação mais efectiva dos utentes pós-AVC.

d. Capítulo IV e V: Apresentação e Discussão de Resultados do Estudo

Neste capítulo, enunciam-se os resultados do estudo piloto, procedendo-se ainda à sua comparação com os resultados de estudos anteriores.

e. Capítulo VI: Conclusão/ Resultados Esperados

Neste capítulo, apresentam-se as conclusões do estudo e descrevem-se as suas limitações. Por fim, sugerem-se algumas linhas de investigação que poderão ser desenvolvidas em estudos futuros.

Capítulo I. Enquadramento Conceptual

1. Envelhecimento da População

A temática do envelhecimento tem suscitado cada vez mais interesse a todos os profissionais de saúde. Hoje em dia, com o aumento progressivo da população idosa, surge a necessidade de conhecer e compreender melhor a realidade da saúde e do envelhecimento da população, quer no presente, quer no futuro, de forma a promover novas e melhores abordagens preventivas, curativas e de continuidade de cuidados.

Em Portugal, como em toda a Europa, assiste-se ao progressivo envelhecimento da população, em resultado do aumento da esperança média de vida e da baixa natalidade. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, estima-se que Portugal será um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa até 2050 (Instituto Nacional de Estatística, Censos 2001). Na verdade, entre os Estados que compõem a União Europeia, Portugal será o quarto país com maior percentagem de idosos (Eurostat. Key data on health 2000. Luxemburg: European Commission; 2001).

Tendo em conta estas projecções demográficas, é expectável que aumente a incidência de doenças crónicas de evolução prolongada e incapacitante como o AVC, que, actualmente, segundo dados internacionais, constitui uma das três principais causas de morte (Lyons et al, 2006).

O impacto destes factores já se sente nos dias de hoje, sendo notórias as dificuldades dos Sistemas Social e de Saúde para facultar os cuidados necessários nas situações de dependência. As carências evidenciadas levaram, inclusivamente, a uma reorganização do sistema de saúde e a adopção de novas políticas sociais (Guerreiro, 2009).

Uma das principais medidas tomadas para dar resposta a estas necessidades foi a criação da RNCCI, através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI surgiu como uma reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, sendo considerada como uma das prioridades do Ministério da Saúde. A reforma existente nos

Cuidados de Saúde Primários tem como objectivos: (i) melhorar a acessibilidade; (ii) aumentar a satisfação dos profissionais e utilizadores; (iii) melhorar a qualidade e a continuidade de cuidados; (iv) melhorar a eficiência da prestação de serviços de saúde (DGS, 2001).

A criação desta rede é considerada como uma estratégia para a melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos, permitindo o desenvolvimento de acções mais próximas das pessoas em situação de dependência e o investimento em cuidados de longa duração (Guerreiro, 2009).

O objectivo subjacente à RNCCI é a promoção da autonomia, do conforto e da qualidade de vida da pessoa em situação de dependência, mesmo em situações irrecuperáveis, recuperando-a, reabilitando-a, melhorando a sua funcionalidade e potenciando a sua readaptação e reinserção familiar e social (artigos 16.º e 18.º do Decreto-Lei n.º101/2006).

Às UCCI exige-se, portanto, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa (ISS, 2010 & Guerreiro, 2009). Para esse efeito, as UCCI integram Unidades de internamento (as UC; as UMD, as ULD; e as UCP), Unidades de ambulatório, Equipas hospitalares e Equipas domiciliárias (Portaria n.º 1087/2007, de 5 de Setembro) e devem dispor de uma equipa multidisciplinar para cada tipologia de unidade de internamento.

Actualmente, a RNCCI inclui unidades privadas, sociais (nomeadamente, Misericórdias) e unidades em hospitais dedicadas às tipologias de convalescença e paliativos. O desenvolvimento da Rede é um processo de evolução gradual que se estende até 2016 e que procura assegurar a oferta de CCI em todo o território nacional (Relatório de monitorização do desenvolvimento da RNCCI, 2010).

3. Acidente Vascular Cerebral

Os AVC são uma das afecções neurológicas agudas mais comuns e são também uma das patologias que mais frequentemente conduzem ao internamento hospitalar (DGS, 2010).

O AVC é uma doença súbita, que perdura pelo menos vinte e quatro horas. Na sua origem está um enfarte isquémico ou hemorrágico, do qual decorrem lesões cerebrais súbitas ou potenciadas pela existência de factores de risco cerebral, por defeito neurológico focal ou aneurisma (Nunes et al, 2005 & Mausner, 1999). Por sua vez, as lesões nas funções neurológicas originam défices ao nível das funções motoras, sensoriais, comportamentais,

perceptivas e da linguagem, que variam de utente para utente, de acordo com a extensão e localização da lesão provocada pelo AVC (Martins, 2002).

Tendo em conta a sua origem, podemos classificar o AVC em dois tipos, que, por sua vez, se dividem em subtipos (Braunwald & Harvey, 2006):

Quadro 1. *Tipos de AVC*

Tipos de AVC	Subtipos de AVC
AVC Isquémico	Lacunar
	Trombótico
	Embólico
AVC Hemorrágico	Intracerebral
	Subaracnóide
	Intravascular
	Subneural

O AVC isquémico é induzido por oclusão ou redução da pressão de perfusão cerebral, seja esta provocada por redução do débito cardíaco ou por hipotensão arterial grave e sustentada. Isto é, quando o tecido cerebral é privado de fornecimento de sangue arterial, segue-se um sofrimento celular que, conforme a sua intensidade, poderá manifestar-se numa perturbação funcional. Se esta privação é de curta duração (menos de 24 horas), a disfunção é considerada reversível (Caldas, 2000).

Ao contrário do que acontece na isquemia, no AVC hemorrágico há extravasão de sangue para fora dos vasos sanguíneos. Quando ocorre hemorragia, pode ocorrer derrame de sangue para o interior do cérebro, provocando uma hemorragia intracerebral; em alternativa, o sangue pode derramar-se para o espaço cheio de fluido, entre o cérebro e a membrana aracnóide, provocando uma hemorragia subaracnóidea (Caldas, 2000).

São conhecidos inúmeros factores de risco associados à ocorrência de AVC: hipertensão arterial, hipercolesterolemia, o tabagismo, o sedentarismo, a diabetes mellitus, o envelhecimento, a história familiar de AVC, a presença de AIT, o baixo estatuto sócio-económico, o stress psicossocial, a fibrilhação auricular, a falência cardíaca, o enfarte agudo do miocárdio ou a elevada ingestão de sal. Na sua maioria, estes factores podem ser prevenidos, tratados e controlados (por exemplo, a hipertensão arterial, hipercolesterolemia, o

tabagismo, o sedentarismo, e a diabetes mellitus) com tratamentos médicos, ou com a mudança de estilos de vida (Ferro, 2006&Martins, 2006).

Após a ocorrência de um AVC podem surgir inúmeros problemas e alterações (Bobath, 1990 & Braunwald, 2006), nomeadamente:

- (a) Alterações do tónus, já que o hemicorpo afectado pelo AVC vai apresentar um estado de flacidez sem movimentos voluntários. Ou seja, o tónus é muito baixo para o início de movimento, não há resistência ao movimento passivo e os doentes são incapazes de manter um membro em qualquer posição, não conseguindo sentar-se sem apoio, manter-se em pé, tendo tendência para transferir o seu peso para o lado sã, por falta de noção de linha média.
- (b) Presença de reacções associadas, que estão relacionadas com as respostas anormais estereotipadas dos membros afectados.
- (c) Perda do mecanismo de controlo corporal, uma vez que o indivíduo perde a capacidade para realizar actividades funcionais, como o sentar, andar e realizar as actividades da vida diária.
- (d) Alterações da função sensorial relacionadas, sobretudo, com os distúrbios do campo visual.
- (e) Alterações da função perceptiva, que dependem do local da lesão e podem ser ao nível da posição no espaço, orientação topográfica, percepção da profundidade, entre outras. Os distúrbios mais frequentes são a apraxia (ideomotora, ideativa, construtiva), a agnosia e o neglect.
- (f) Alterações do comportamento relacionadas com inibição de emoções, ou com alterações súbitas de comportamento perante situações do dia-a-dia.
- (g) Alterações da comunicação, designadamente a afasia, perturbação da linguagem que resulta de uma lesão cerebral, localizada nas estruturas que se supõe estarem envolvidas no processamento da linguagem. Uma lesão numa determinada região, compromete as operações executadas pelas estruturas dessa região. Assim, podem descrever-se síndromes afásicas com características clínicas diversas, que são a expressão da topografia do cérebro e do compromisso das operações, realizadas pela região envolvida na lesão em causa (Castro Caldas, 2000).

Quadro 2. Tipos de Afasia

Afasia Fluente	Afasia Não Fluente	Nomeação	Repetição	Compreensão
Wernicke		Perturbada	Perturbada	Perturbada
Anómica		Perturbada	Mantida	Mantida
Condução		Perturbada	Mantida	Mantida
Transcortical sensorial		Perturbada	Mantida	Perturbada
	Broca	Perturbada	Perturbada	Mantida
	Global	Perturbada	Perturbada	Perturbada
	Transcortical Motora	Perturbada	Mantida	Mantida
	Transcortical Mista	Perturbada	Mantida	Perturbada

4. Reabilitação

A reabilitação consiste num processo dinâmico e multidisciplinar orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, cujo principal objectivo é a reintegração social, dar possibilidade às pessoas de voltarem ao seu dia-a-dia normal anterior à patologia (Cordeiro, 2005).

A reabilitação inicia-se no momento em que o médico vê o paciente pela primeira vez. Antes mesmo de se chegar a um diagnóstico definitivo, é necessário elaborar um programa destinado a prevenir as complicações e reduzir a deficiência neurológica a um mínimo possível (Nogueira, 2009). O programa de reabilitação é diferente para cada utente, pois deve ter-se em conta as comorbilidades que podem afectar o próprio processo de reabilitação, atendendo às características e necessidades de cada doente (Habib, 2000).

Atentos os seus propósitos, a reabilitação deve envolver, outras valências para além da componente médica, de forma a possibilitar uma actuação integrada e concertada. A criação de unidades ou serviços específicos de reabilitação tem procurado dar resposta a esta necessidade.

Actualmente, as UMFR estão presentes em hospitais, nos Institutos de Oncologia e em algumas Estâncias Termais. Tendencialmente, a criação destes serviços de reabilitação depende das características da população a que se destinam e dos objectivos da estrutura em que estão inseridos (Rede de referenciação Hospitalar de MFR, 2002). Assim, podemos encontrar:

- (a) Serviços predominantemente dirigidos ao apoio em regime ambulatorio e domiciliário;
- (b) Serviços hospitalares;
- (c) Centros mono ou pluriespecializados dirigidos ao apoio aos grandes deficientes.

É nos hospitais, unidades de saúde que prestam os cuidados assistenciais mais diferenciados, que surgem e são assistidas, essencialmente em fase aguda, as situações potencialmente mais incapacitantes (AVC, traumatismo crânio-encefálico, lesões medulares e outros politraumatismos, amputações, etc.). Não se estranha, por isso, que os hospitais disponham de cuidados de MFR, através dos quais se procura (Rede de referência Hospitalar de MFR, 2002):

- (a) Diagnosticar e definir as diferentes patologias, deficiências e incapacidades existentes;
- (b) Definir o prognóstico e avaliar o potencial de reabilitação;
- (c) Planear e prescrever o tratamento;
- (d) Coadjuvar e apoiar as diferentes acções médico-cirúrgicas;
- (e) Prevenir o descondicionamento físico e psicológico, bem como todas as sequelas decorrentes do imobilismo e isolamento dos doentes internados;
- (f) Facilitar e estimular os processos de recuperação e regeneração natural;
- (g) Estimular, maximizar e compensar as capacidades residuais;
- (h) Promover a integração socioprofissional.

Para se atingirem os objectivos referidos anteriormente, os serviços de reabilitação necessitam de estar devidamente equipados e de contar com uma equipa multidisciplinar de reabilitação.

Em patologias como o AVC, cujos efeitos podem ser permanentes, a reabilitação pode durar toda a vida do doente (Harvey et al, 2006). Neste contexto, a fim de evitar ou minimizar a instalação de sequelas e consequente deficiência ou incapacidade, a equipa de MFR deve intervir precocemente, desejavelmente, numa fase evolutiva da doença, ajudando e ensinando o paciente a lidar com as suas limitações. Paralelamente, a equipa de MFR deve planear a reabilitação do paciente após a alta hospitalar, maximizando o seu potencial de reabilitação e possibilitando uma adequada reinserção familiar, social e profissional (DGS, 2010).

Na declaração de Helsingborg, uma das metas estabelecidas pela OMS, a atingir no ano de 2015, consiste no acesso continuo a cuidados organizados, desde a fase aguda até à reabilitação, pretendendo-se que 70% dos utentes sejam independentes na realização das actividades do dia-a-dia, 90 dias após o AVC.

5. Técnicos de Medicina Física e Reabilitação

Uma vez que um AVC pode afectar diversos aspectos da vida de uma pessoa, a reabilitação deve ser feita por uma equipa de profissionais de saúde de diversas áreas, contando, sempre que possível, com o envolvimento do doente, dos seus familiares e amigos.

A qualidade dos serviços prestados depende da competência dos profissionais que nela intervêm, os quais devem ser compreensivos, respeitadores e dignos de confiança do doente e dos seus familiares, respeitando as suas crenças e as circunstâncias particulares das suas vidas (Human Resources for Health, 2004).

Para além do pessoal médico, de enfermagem e auxiliares que prestam a primeira e fundamental assistência, o processo de reabilitação de um indivíduo que sofreu AVC deve envolver a participação de profissionais ligados à FT, à TO, à TF, à psicologia, aos serviços sociais e aos serviços de nutrição.

De acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro, os terapeutas da fala, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais estão incluídos no grupo dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, sendo considerados “*agentes indispensáveis para a melhoria da qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde*”.

Note-se, porém, que a presença de terapeutas da fala, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais não é, nos termos legais, obrigatória em todas as tipologias de unidades de internamento dos CCI. Assim, de acordo com o artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, as UC só estão obrigadas a dispor de FT; por outro lado, as UMD e ULD devem prestar cuidados de FT e TO (respectivamente, artigos 16.º e 18.º do referido diploma legal).

Caracterizando cada uma destas vertentes, o legislador entende que a FT “*centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando 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 objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida*” (artigo 5.º, alínea g) do Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro).

O objectivo do envolvimento da FT nos CCI é, pois, permitir que cada utente atinja ou mantenha um nível de funcionalidade adequado, minimizando, por essa via, a sua dependência. O modelo de avaliação e intervenção do fisioterapeuta encontra-se na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF) (APF, 2003).

A intervenção e o estabelecimento de resultados centrados no utente devem reflectir o controlo dos sintomas, a capacidade de realizar actividades diárias, e a performance para o exercício e melhoria da qualidade de vida.

Por seu turno, o legislador considera a TF responsável pelo “*desenvolvimento de actividades 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).

No caso dos utentes com AVC, a intervenção do TF tem como objectivo a recuperação da capacidade de comunicação. Com efeito, o AVC pode causar uma série de danos no cérebro, sendo o afasia o diagnóstico mais frequente. Também podem surgir outros problemas, nomeadamente na produção da fala devido à perda de controlo e fraqueza muscular na boca e garganta (disartia); dificuldades na deglutição (disfagia) e parésias faciais.

A recuperação dos utentes depende da severidade do AVC e da prontidão da intervenção. As capacidades linguísticas da pessoa poderão recuperar-se completamente com a intervenção do terapeuta da fala, ou então a terapia pode, simplesmente, ajudar o paciente a comunicar de uma forma mais clara, ou mesmo ajudar o paciente a desenvolver métodos de comunicação para compensar os danos causados pelo AVC (APTF, 2004).

Finalmente, a TO baseia-se na “*avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em actividades seleccionadas consoante o objectivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/ utente; prevenção da incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respectivas ajudas técnicas, em ordem a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida*” (Decreto-Lei n.º 564/99 de 21 de Dezembro).

O terapeuta ocupacional é especializado para ensinar ao doente novos métodos para que este, à medida que melhora, possa reassumir as suas AVD, utilizando o mais possível os seus membros afectados. O trabalho do terapeuta ocupacional poderá envolver a preparação do doente para a utilização de equipamentos adaptados (por exemplo, talheres especiais, cadeira sanitária ou banco especial para o chuveiro), a planificação de adaptações na residência do doente (construção de rampas, deslocamento da mobília e alargamento do varão das portas, entre outras) e, em caso de recuperação funcional limitada, a instrução dos familiares e cuidadores no sentido da substituição do doente no desempenho das AVD que este não consiga realizar sem ajuda, (Cordeiro, 2005).

Capítulo II: Objectivos

1. Objectivo Geral

O objectivo geral deste trabalho é avaliar se a integração de Técnicos de Medicina Física e Reabilitação na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados contribui para uma reabilitação mais efectiva dos utentes pós-AVC.

2. Objectivos Específicos

Os objectivos específicos desta investigação são:

- (a) Efectuar a caracterização epidemiológica da população em estudo;
- (b) Comparar os resultados da MIF na admissão e na alta;
- (c) Criar uma nova variável Evolução = Alta – Admissão;
- (d) Verificar se existem diferenças entre os tipos de AVC ao nível da evolução após a alta;
- (e) Verificar se existem diferenças entre as tipologias de internamento ao nível da evolução após a alta hospitalar;
- (f) Estudar a associação entre a idade e a escolaridade com a evolução após a alta;
- (g) Averiguar se existem diferenças entre os pacientes com mais AVC ao nível da evolução;
- (h) Estudar se existem diferenças entre o tipo de apoio recebido na reabilitação ao nível da evolução;
- (i) Analisar as diferenças entre quem tem ou não apoio de amigos e/ou familiares ao nível da evolução no pós-alta;
- (j) Propor uma revisão dos artigos 14.º, 16.º e 18.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho de 2006, de modo a estipular a inclusão obrigatória de FT, TO e TF em cada tipologia de unidade de internamento dos CCI.

Capítulo III: Metodologia

1. Tipo de estudo

Foi desenvolvido um estudo piloto de abordagem quantitativa e longitudinal, uma vez que averigua a evolução dos utentes pós-AVC, na sua admissão e na sua alta, depois de terem sido submetidos ao programa de reabilitação.

Tendo em conta os objectivos traçados anteriormente, este estudo é do tipo descritivo, comparativo e correlacional.

São ponderadas as seguintes variáveis: idade, tipologia de internamento, tipos de AVC, complicações do AVC no internamento, antecedentes patológicos, apoio na reabilitação, défices no dia da alta, destino pós-alta, e a continuidade do programa de reabilitação.

Pretende-se também comparar os resultados da MIF na admissão e na alta. É também pretendido verificar se as variáveis anteriormente referidas influenciam a evolução após a alta hospitalar.

Por último, pretende-se verificar a relação da idade e da escolaridade com a evolução após alta.

2. Variáveis

As variáveis deste estudo são as seguintes: características sócio-demográficas; características da doença (tipo de AVC, reincidência, 1º AVC, gravidade); comorbilidades (HTA, dislipidemia, tabagismo, obesidade, medicação efectuada); tipologia de internamento; complicações do AVC no internamento; antecedentes patológicos; apoio na reabilitação; défices no dia da alta; destino pós alta; continuação do programa de reabilitação; autocuidados, controle dos esfíncteres, transferência e locomoção (dimensão motora); comunicação e cognição social.

3. Amostra

A população deste estudo é composta por vinte adultos, de ambos os sexos, com o diagnóstico de AVC.

Trata-se de uma amostra por conveniência, sendo constituída por adultos internados no Hospital Casimiro da Silva Marques, Unidade de Cuidados Continuados do Bombarral, em que a investigadora trabalha.

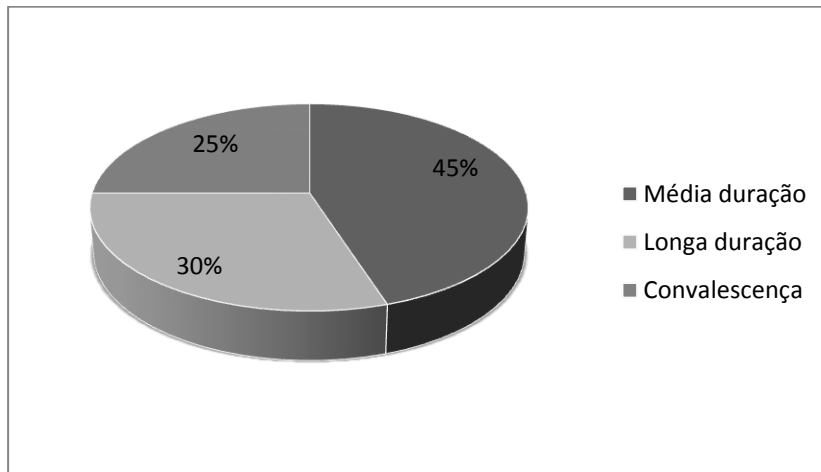
A idade dos indivíduos em causa varia entre os trinta e cinco e os oitenta e um anos de idade, com uma média de 63 anos (DP=12.55).

Tabela 1- *Distribuição da variável escolaridade*

	N	%
Escolaridade		
Menos de 4 anos de escolaridade	4	20.0
1º Ciclo	8	40.0
2º Ciclo	5	25.0
Ensino Secundário	3	15.0

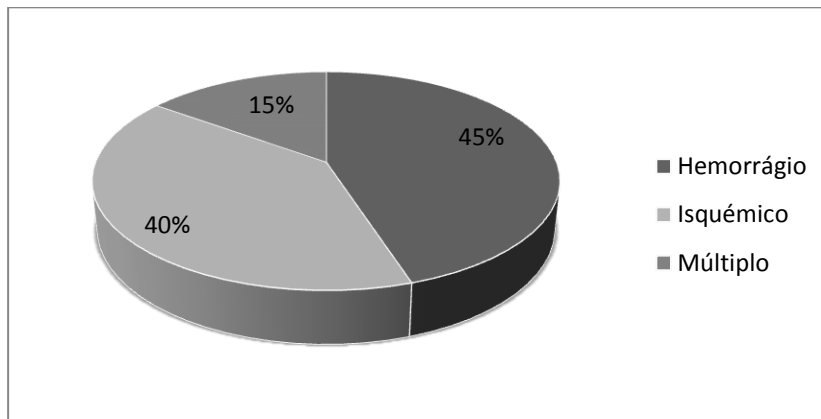
De acordo com a tabela 1, verifica-se que a maioria dos pacientes possui o 1.º ciclo como escolaridade.

Gráfico 1- *Tipologia de internamento*



O gráfico 1 representa a distribuição da variável tipologia de internamento, sendo possível verificar que a maioria dos pacientes está internada na tipologia de Média duração.

Gráfico 2- Tipo de AVC



Através do gráfico 2, é possível verificar que a maioria dos pacientes possui como diagnóstico principal AVC Hemorrágico.

4. População-alvo e população em estudo

Neste estudo, a população alvo corresponde à população em estudo, uma vez que a amostra seleccionada é uma amostra por conveniência, constituída por indivíduos com diagnóstico de AVC que se encontram em reabilitação na UMFR do Bombarral.

Os critérios de inclusão foram previamente estabelecidos, de forma a tentar controlar alguns enviesamentos dos próprios dados obtidos com a aplicação dos instrumentos escolhidos. Desta forma os critérios de inclusão são os seguintes: utentes com o diagnóstico de AVC; utentes que tenham sofrido AVC à menos de três meses; utentes que possuam o português como língua materna.

5. Métodos e Técnica de recolha de dados

A recolha dos dados foi efectuada nos utentes com diagnóstico de AVC, internados na UCCI e em reabilitação na UMFR do Bombarral entre 1 de Abril e 1 de Julho de 2011.

Os dados colhidos para a elaboração deste trabalho basearam-se na aplicação de um questionário, elaborado pela investigadora, para a recolha de dados sócio-demográficos (Apêndice III) dos utentes internados na UMFR do Bombarral, no momento da sua admissão e na sua alta hospitalar.

Foi igualmente aplicada a Escala de Medida de Independência Funcional (Anexo I), uma vez que se trata de uma das medidas de avaliação mais utilizada nas unidades de reabilitação. Esta escala pretende avaliar a independência do indivíduo na realização satisfatória e efectiva das actividades básicas, estando organizada em 6 áreas funcionais: os cuidados pessoais, o controle esfíncteres, a mobilidade, a locomoção/mobilidade, a comunicação e cognição social (Linacre et al, 1994).

A MIF é constituída por uma escala ordinal com 18 itens, cada um deles com uma cotação máxima de 7 e uma cotação mínima de 1, sendo a cotação máxima de 126 e a mínima de 18. O score total na escala MIF é calculado a partir da soma de pontos atribuídos em cada item dentro das categorias (Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation, version 5.1, 1997; Berg-Emons et al., 2001; Hobart et al., 2001)

6. Procedimentos

A escolha do tema foi feita em Outubro de 2010 e a pesquisa bibliográfica teve início em Novembro desse mesmo ano.

O projecto de investigação foi aprovado em Novembro de 2010, e foi decidido qual o instrumento de avaliação a utilizar, de forma a dar resposta aos objectivos definidos.

Seguidamente, foi enviada uma carta ao Provedor da SCMB (Apêndice I), solicitando autorização para a recolha da amostra e remetendo, em anexo, a escala de avaliação que iria ser aplicada aos pacientes.

Depois de deferido este pedido, foi dirigido aos utentes e/ou aos familiares responsáveis o consentimento informado (Apêndice II) para a aplicação da MIF e para a aplicação do questionário.

Após o envio dos respectivos pedidos e a obtenção das autorizações, procedeu-se à recolha da amostra. Entre 1 de Abril e 1 de Julho de 2011, foi aplicado o questionário para a recolha de dados sócio-demográficos, tendo sido aplicada também a escala de avaliação MIF

Todos os utentes avaliados enquadraram-se nos critérios de inclusão estabelecidos no estudo.

7. Tratamento de dados

Para responder aos objectivos definidos neste estudo, foi construída uma base de dados (Apêndice IV) e os respectivos outputs (Apêndice V).

Através do programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para o Windows versão 13.0, procedeu-se à introdução e análise dos dados, efectuando-se o seu tratamento através da estatística descritiva e inferencial.

Neste estudo, foram utilizados testes não paramétricos devido à reduzida dimensão da amostra.

Capítulo IV: Apresentação de resultados do estudo

A tabela 2 apresenta a frequência e as percentagens relativas das seguintes variáveis: complicações do AVC no internamento; antecedentes patológicos; mais apoio na reabilitação; défices no dia da alta; destino pós alta; e continua o programa de reabilitação.

Tabela 2- *Frequências e Percentagens*

	N	%
Complicações do AVC no Internamento		
Continência/algaliação	5	25.0
Disfagia	4	20.0
Disfagia e algaliação	2	10.0
Todos	3	15.0
Ausência	6	30.0
Antecedentes Patológicos		
HTA	1	5.0
Diabetes, HTA	9	45.0
Tabagismo, Álcool	3	15.0
Obesidade, Diabetes, HTA	3	15.0
AVC prévio, HTA, Diabetes	4	20.0
Mais apoio na reabilitação		
Não	4	20.0
Sim TF	2	10.0
Sim TO	2	10.0
Sim FT	1	5.0
Sim todos	11	55.0
Défices no dia da alta		
Ausência	6	30.0
Depressão	1	5.0
Alteração cognitiva	2	10.0
Afasia	1	5.0
Todos	4	20.0
Alteração cognitiva + depressão	2	10.0
Afasia + depressão	4	20.0
Destino pós alta		
Domicílio próprio	5	25.0
Casa de familiares	5	25.0
Outro hospital	2	10.0
Lar	8	40.0
Continua o programa de reabilitação		
Sim TO	2	10.0
Sim FT e TO	2	10.0
Sim FT e TF	2	10.0
Não; não tem possibilidades económicas	12	60.0
Não; não é necessário	2	10.0

Tendo em conta os dados apurados, é possível verificar que a maioria dos pacientes apresenta ausência de complicações no internamento, tem a diabetes mellitus e a hipertensão arterial

como antecedentes patológicos e afirma necessitar de mais apoio na reabilitação. Adicionalmente, a maioria destes pacientes não apresenta défices no dia da alta, será institucionalizado num lar após a alta hospitalar e afirma que não vai continuar a reabilitação de manutenção porque não tem possibilidades económicas.

Com o objectivo de analisar a evolução entre os dois momentos de avaliação foi utilizado o teste de *Wilcoxon*. A tabela 3 mostra os resultados obtidos.

Tabela 3- *Diferenças entre a Admissão e a Alta*

	Negativos Média Ordenada	Positivos Média Ordenada	Z
Auto-cuidados	6.50	10.19	-3.567 ***
Controlo dos esfíncteres	.00	4.50	-2.828 **
Mobilidade	.00	8.50	-3.532 ***
Locomoção	.00	9.50	-3.750 ***
Comunicação	.00	10.50	-3.946 ***
Cognição social	.00	7.50	-3.324 ***
Total Independência funcional	.00	10.50	-3.921 ***

** p≤ .01; *** p≤.001.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação para os auto-cuidados com $Z= -3.567$; $p<.001$, para o controlo dos esfíncteres com $Z= -2.828$; $p=.005$, para a mobilidade $Z= -3.532$; $p<.001$, para a locomoção com $Z= -3.750$; $p<.001$, para a comunicação com $Z= -3.946$; $p<.001$, para a cognição social com $Z= -3.324$; $p= .001$ e para o total de independência funcional com $Z= -3.921$; $p<.001$.

Os resultados mostram que houve uma melhoria em todos os níveis funcionais avaliados.

Para verificar se existem diferenças entre os tipos de AVC ao nível da evolução após a alta, foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis*, sendo os resultados obtidos apresentados na tabela 4.

Tabela 4- *Diferenças entre os Tipos de AVC*

	Isquémico (N=8)	Hemorrágico (N=9)	Múltiplo N=3)	X ²
	Média Ordenada	Média Ordenada	Média Ordenada	
Evolução Auto-Cuidados	13.44	9.39	6.00	4.056
Evolução Controlo dos Esfíncteres	10.25	10.94	9.83	.143

Evolução Mobilidade	10,25	11.39	8.50	.576
Evolução Locomoção	10.81	9.61	12.33	.538
Evolução Comunicação	11.06	10.06	10.33	.133
Evolução Cognição Social	11.44	9.83	10.00	.355
Evolução Total	13.38	9.17	6.83	3.504

p>.05.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de AVC ao nível da evolução após alta (p>.05).

Para verificar se existem diferenças entre as tipologias de internamento ao nível da evolução após a alta, foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis*. Os resultados da aplicação desse teste são apresentados na tabela 5.

Tabela 5- *Diferenças entre Tipologias de Internamento*

	Convalescença	Média Duração	Longa Duração	X ²
	(N=5)	(N=9)	N=6)	
	Média Ordenada	Média Ordenada	Média Ordenada	
Evolução Auto-Cuidados	14.70	8,78	9.58	3.453
Evolução Controlo dos Esfíncteres	12.50	8.72	11.50	2.155
Evolução Mobilidade	14.90	9.44	8.42	3.902
Evolução Locomoção	11.80	9.83	10.42	.374
Evolução Comunicação	12.60	9.50	10.25	.952
Evolução Cognição Social	14.10	10.17	8.00	3.113
Evolução Total	15.10	7.50	11.17	5.421

p>.05.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as tipologias de internamento ao nível da evolução após a alta (p>.05).

Para averiguar se existem diferenças entre os pacientes com mais AVC foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*, sendo os resultados obtidos apresentados na tabela 6.

Tabela 6- *Diferenças entre o primeiro AVC ou Não*

	Primeiro AVC	Mais que um AVC	Z
	(N=13)	(N=7)	
	Média Ordenada	Média Ordenada	
Evolução Auto-Cuidados	9.65	12.07	-.875

Evolução Controlo dos Esfíncteres	9.58	12.21	-1.119
Evolução Mobilidade	9.19	12.93	-1.366
Evolução Locomoção	9.23	12.86	-1.338
Evolução Comunicação	10.00	11.43	-.530
Evolução Cognição Social	10.04	11.36	-.488
Evolução Total	8.23	14.71	-2.339*

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a evolução da independência funcional em termos globais, com $Z = -2.339$; $p = .019$., sendo os participantes que não estavam no seu primeiro AVC a apresentar maior evolução positiva em termos de independência funcional global.

Para estudar se existem diferenças entre o tipo de apoio recebido, foi utilizado o teste *Mann-Whitney*, sendo os resultados dessa utilização apresentados na tabela 7.

Tabela 7- *Diferenças entre o tipo de apoio recebido*

	Todos	FT, TF	Z
	(N=14)	(N=6)	
	Média Ordenada	Média Ordenada	
Evolução Auto-Cuidados	11.25	8.75	-.869
Evolução Controlo dos Esfíncteres	11.50	8.17	-1.359
Evolução Mobilidade	9.79	12.17	-.836
Evolução Locomoção	12.29	6.33	-2.110*
Evolução Comunicação	11.50	8.17	-1.189
Evolução Cognição Social	9.50	12.83	-1.186
Evolução Total	11.54	8.08	-1.197

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os tipos de apoio recebidos para a evolução da locomoção com $Z = -2.110$; $p = .041$. Os resultados mostram que os participantes que receberam todos os apoios por parte da equipa de reabilitação tiveram uma evolução mais significativa na locomoção, do que aqueles que apenas tiveram FT e TF.

Com o intuito de analisar as diferenças entre quem tem ou não apoio de amigos e/ou familiares ao nível da evolução no pós alta, foi utilizado o teste *Mann-Whitney* para duas amostras independentes. Os resultados são apresentados na tabela 8.

Tabela 8- Diferenças entre ter ou não apoio de Amigos e/ou Familiares

	Tem apoio de		Z
	amigos e/ou familiares (N=13)	Não tem apoio (N=7)	
	Média Ordenada	Média Ordenada	
Evolução Auto-Cuidados	11.15	9.29	-.676
Evolução Controlo dos Esfíncteres	11.88	7.93	-1.679
Evolução Mobilidade	12.69	6.43	-2.290*
Evolução Locomoção	13.04	5.79	-2.676**
Evolução Comunicação	13.69	4.57	-3.387***
Evolução Cognição Social	11.88	7.93	-1.465
Evolução Total	12.04	7.64	-1.586

*p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com e sem apoio de familiares e/ou amigos para a evolução da mobilidade, com $Z = -2.290$; $p = .024$, para a evolução da locomoção com $Z = -2.676$; $p = .007$ e para a evolução da comunicação com $Z = -3.387$; $p < .001$. Os resultados mostram que os pacientes que têm apoio de amigos e/ou familiares apresentam melhores resultados ao nível da mobilidade, locomoção e comunicação.

Para estudar a associação entre a idade e a escolaridade com a evolução após a alta foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman*. Apresentam-se na tabela 9 os resultados obtidos.

Tabela 9 – Relação entre a idade e a escolaridade com evolução pós alta

	Idade	Escolaridade
Evolução Auto-Cuidados	-.02	.15
Evolução Controlo dos Esfíncteres	-.22	.11
Evolução Mobilidade	.28	.26
Evolução Locomoção	.07	.49*
Evolução Comunicação	.33	.36
Evolução Cognição Social	.25	.22
Evolução Total	.05	.22

*p≤.05.

A idade não se correlaciona de forma estatisticamente significativa com a evolução pós alta em qualquer domínio ($p > .05$). Diversamente a escolaridade correlacionou-se de forma

positiva, moderada e estatisticamente significativa, com um valor de correlação $Rho=.49$; $p=.027$. De acordo com os resultados obtidos quanto maior é a escolaridade, maior é a evolução ao nível da locomoção.

Capítulo V: Discussão de resultados do estudo

Neste capítulo será feita a interpretação dos resultados do presente estudo, mediante a sua comparação com aqueles que foram obtidos noutros estudos.

Como foi referido em momento anterior, este estudo pretendeu avaliar a evolução dos utentes pós-AVC ao nível da reabilitação, entre o momento da sua admissão e o da alta hospitalar. Tendo em conta os resultados apurados, podemos concluir que se registou uma melhoria dos utentes em todos os níveis funcionais avaliados.

A incidência do AVC aumenta com a idade, havendo uma maior incidência a partir dos 55 anos (Velo, 2004). Assim, a média de idades dos utentes pós AVC, que participaram no estudo, situa-se nos 63 anos, sendo que o utente mais novo e mais idoso têm, respectivamente, 35 e 81 anos de idade. A média de idades dos utentes do estudo é idêntica à registada nos estudos, referentes à incidência de AVC, Jette et al (1988).

No que respeita à ocorrência de complicações durante o internamento hospitalar, verificou-se que, diversamente do que foi constatado por Moura e Silva (2005), a maioria dos utentes pós-AVC participantes no estudo não sofreu complicações no seu estado de saúde durante o seu internamento hospitalar.

Relativamente aos antecedentes patológicos, a maioria dos utentes sofre de diabetes mellitus e hipertensão arterial, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Sacco (1988), Di Bari (2001) e Nunes et al (2005), que considerou estes dois antecedentes como os principais factores de risco no que toca à ocorrência de AVC.

Confirmando aquilo que tem vindo a ser sustentado pela doutrina (Cordeiro, 2005 & Moura e Silva, 2005), a maioria dos utentes solicita mais apoio na reabilitação, o que indicia a necessidade do reforço da intervenção dos TMFR no processo de reabilitação.

Por seu turno, os resultados obtidos a respeito do destino pós-alta hospitalar dos utentes, também correspondem ao que seria previsível. Na verdade, de acordo com o estudo realizado por Sousa e Figueiredo (2008), os idosos são considerados uma sobrecarga para os seus familiares, que, por isso, os encaminham para um lar.

Porém, contrariamente ao que seria de esperar, verificou-se que a evolução dos utentes com AVC hemorrágico não foi superior à registada pelos pacientes com AVC isquémico, apesar de, como sublinhado por Caldas (2000), os utentes que sofreram um AVC hemorrágico recuperarem mais facilmente do que aqueles que sofreram um AVC isquémico.

Do mesmo modo, embora a literatura assinala que os utentes com maior tempo de internamento têm mais tempo de reabilitação e, conseqüentemente, registam uma evolução mais significativa no seu processo de reabilitação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da evolução após a alta hospitalar entre as diversas tipologias de internamento.

Verificou-se também que os utentes que não estavam no seu primeiro AVC apresentaram uma maior evolução em termos de independência funcional global.

Sublinha-se o facto de terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes com e sem apoio de familiares e/ou amigos no que respeita à evolução da mobilidade, da locomoção e da comunicação. Os resultados obtidos demonstram que os pacientes que têm apoio de amigos e/ou familiares evoluem mais rapidamente em termos da sua mobilidade, locomoção e comunicação, constatação que está de acordo com o estudo desenvolvido por Evans et al (2007).

Ao invés do que foi verificado por Tompkins et al (2009), no presente estudo, a idade dos utentes não se correlaciona de forma estatisticamente significativa com a evolução pós alta em nenhum domínio, não sendo, pois, confirmada a tese sufragada no estudo anteriormente citado quanto à maior rapidez da recuperação dos utentes mais novos.

Por último, os resultados mostram uma correlação entre a escolaridade e a evolução do utente ao nível da locomoção. Ou seja, verificou-se que os indivíduos com maior escolaridade recuperam mais rápido, o que confirma os estudos de Ferro (1986), em detrimento das conclusões obtidas por Fonseca (1993), que não encontrou diferenças ao nível da recuperação tendo em conta o grau de escolaridade dos utentes.

Capítulo VI: Conclusões

Portugal, no decorrer dos últimos anos, é um dos países da Europa que apresenta uma progressiva diminuição da taxa de mortalidade e de natalidade, conduzindo a um envelhecimento progressivo da população.

Simultaneamente verifica-se um aumento da esperança média de vida, o que exigiu uma reestruturação dos cuidados de saúde, de forma a dar uma resposta adequada às necessidades da sociedade do século XXI, marcada pelo envelhecimento e pelo alto potencial incapacitante da população.

No entanto verifica-se que os utentes sentem cada vez mais necessidade de apoio ao nível da sua reabilitação, considerando que a integração dos TMFR nos CCI poderá ter um impacto positivo na sua reabilitação e na melhoria da sua qualidade de vida após a alta hospitalar.

Após a realização deste trabalho, conclui-se que a presença dos TMFR nas UCCI influencia a efectividade da reabilitação dos utentes pós-AVC e contribui para a melhoria da sua qualidade de vida.

Através dos resultados obtidos, constata-se que os utentes sentem a necessidade de mais apoio por parte dos TMFR. Desta forma sugere-se, assim, uma revisão do Artigo 14.º, 16.º e 18.º do Decreto-Lei n.º101/2006, de modo a incluir a FT, TO e TF em cada tipologia de unidade de internamento dos CCI, mais precisamente nos seus quadros de pessoal.

As limitações deste estudo estão relacionadas com a pequena dimensão da amostra (n=20), o que não permite generalizar os resultados obtidos. Também é importante referir que o facto de ter sido utilizada uma amostra por conveniência, este estudo não permite realizar inferências para qualquer outra população.

Sugere-se para um próximo estudo tenha-se em consideração a identificação do local da lesão do AVC, assim como o sexo e o número de dias de internamento, tipo de afasia, uma vez que são variáveis que podem influenciar a evolução dos utentes na reabilitação

Cronograma

Mês / Actividades	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto
- Discussão do tema do projecto;											
-Divulgação e autorização para a realização do projecto;											
-Entrega da proposta do Projecto,											
-Recolha e análise de dados;											
-Elaboração do Projecto de Investigação;											
-Entrega do Projecto de Investigação ao Professor orientador para revisão do mesmo;											
-Entrega do Projecto de investigação versão final;											

Bibliografia

Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala. *A Terapia da Fala em Portugal*. Lisboa, 2004.

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, Lisboa, 2003.

Bobath, B. *Hemiplegia no adulto. Avaliação e Tratamento*. São Paulo: Editora Manole, 1990

Braunwald E, Fauci AS, et al. *Harisson Manual de Medicina*. 16ª ed. Madrid: Macgraw-Hill Inter Americana de Espanha, 2006.

Caldas, A. A Herança de Franz Joseph Gall: *O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*. Lisboa. 2000.

Cordeiro, R. – *Reabilitação Gerontológica*; Guia UNIFESP. Edição Manole, 2005.

Direcção Geral da Saúde. Direcção de Serviços e Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: 2001

Direcção Geral da Saúde. *Acidente Vascular Cerebral. Itinerários Clínicos*. Lisboa: Lidel, 2010

Di Bari, M. *Dementia and disability outcomes in large hypertension trials: lessons learned from the systolic hypertension in the alderly program trial*. American Journal of Epidemiology, 2001.

Evans AL, Wattam J, Romanowski CA, Connolly DJ, Hodgson TJ, et al. *Complications of cerebral angiography: a prospective analysis of 2,924 consecutive procedures*. Neuroradiology. 2007.

Ferro, J. & Pimentel, J. *Neurologia: Princípios, diagnóstico e tratamento*. Lisboa. Editora Lidel, 2006.

Figueiredo, D. Sousa, L. *Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com ou sem demência. Saúde dos Idosos. Vol.16, Nº1. Janeiro/Junho 2008*

Fonseca, J.M.; Farrajota, L., Leal, G. & Castro Caldas, A. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology: Aphasia ten years later, 1993.*

Guerreiro, I., *Política e Estratégia da Qualidade – Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social, Março de 2009.*

Habib, M. (2000). *Bases Neurológicas dos Comportamentos.* Lisboa: Climepsi

Harvey RL, Roth EJ, Yu D. *Rehabilitation in Stroke Syndromes.* In: Randall: Physical medicine rehabilitation. 3rd ed. Phyladelphia: Sanders, 2006

Instituto da Segurança Social (ISS), I.P., *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado, Agosto de 2010.*

Linacre JM, Heinemann AW, Wright BD, Granger CV, Hamilton BB. *The structure and stability of the Functional Independence Measure.* Arch Phys Med Rehabil, 1994.

Jette, AM.; Pinsky, JL. et al. *The Framing disability study: physical disability among community-dwelling survivors of strok.* J. Clin Epideemiol, 1988.

Martins, T. *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de Vida e Bem-Estar.* Coimbra: Formasau, 2002.

Mausner, J. e Bath, A. *Introdução à Epidemiologia.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999

Ministério da Saúde - Administração Regional de Saúde do Centro – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Ministério da Saúde. *Rotinas no AVC Pré Hospitalar e Hospitalar*

Moura, T.; Catarino, T. Sistema Nervoso Central. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia. 2005

Nogueira, J.M. *Cuidados Continuados Desafios*. Julho, 2009

Nunes, S.; Pereira, C.; Silva, C.; *Evolução Funcional de utentes pós AVC nos primeiros seis meses após lesão*. Essfisionline. 2005

Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002

Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Setembro, 2010

Sacco, R. American Academy of Neurology, 1988

Veloso, F.; Reis, L.; Azoubel, R. Um olhar sobre a assistência fisioterapêutica a portadores de acidente vascular encefálico. BA. Revista de Saúde, 2007.

APÊNDICES

Apêndice I

Pedido de autorização ao Provedor do Hospital da Santa Casa da Misericórdia do Bombarral para a realização do estudo de investigação

Mónica Carina Rodrigues Andrade
Aluna do V Curso de Mestrado em
Gestão da Saúde Da Escola Nacional
de Saúde Pública/ Universidade Nova de Lisboa

Ex.º. Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Bombarral

Eu, Mónica Andrade, Terapeuta da Fala nesta instituição, venho por este meio solicitar a V.^a Ex.^a a autorização para efectuar um estudo de investigação.

O estudo referido faz parte integrante da Tese do Curso de Mestrado de Gestão em Saúde.

Este estudo tem como título: *O contributo para a defesa da integração de Técnicos de Medicina Física e Reabilitação nos Cuidados Continuados*, e tem como objectivo avaliar se a integração de Técnicos de Medicina Física e Reabilitação na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados poderá contribuir para uma reabilitação mais efectiva dos utentes pós AVC.

Para a recolha da amostra será aplicado um questionário para a recolha de dados sócio-demográficos e a Escala de Medida de Independência Funcional.

O período temporal para a recolha da mesma, será compreendido entre o mês 1 de Abril e o mês 1 de Junho de 2011.

Também é de solicitar a autorização para consultar os processos clínicos dos pacientes, para a recolha de informação necessária.

Após a conclusão do trabalho, poderão ser facultados os resultados provenientes do estudo, desde que solicitados pelo respectivo hospital.

Desde já agradeço a atenção dispensada e aguardo uma resposta o mais breve possível.

Atenciosamente me subscrevo,

(Mónica Andrade)

Apêndice II

Termo explicativo do estudo/ Consentimento informado

Termo explicativo do estudo

O contributo para a defesa da integração de Técnicos de Medicina Física e Reabilitação nos Cuidados Continuados

Investigador: Mónica Andrade (Terapeuta da Fala no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Bombarral)

As Unidades de Cuidados Continuados Integrados, têm como diagnóstico principal a patologia cardiovascular, mais precisamente a doença vascular cerebral aguda mal definida (AVC).

O AVC consiste numa disfunção neurológica de origem vascular que causa deficiências físicas e incapacidades.

A sua reabilitação implica a acção conjunta de uma equipa e técnicos, de forma a obter uma reabilitação mais efectiva, de forma a diminuir a incapacidade e aumentar a funcionalidade, para que os doentes pós-AVC possam regressar e integrar as suas actividades da vida diária.

O presente estudo tem como objectivo avaliar se a integração de Técnicos de Medicina Física e Reabilitação na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, poderá contribuir para uma reabilitação mais efectiva dos utentes pós-AVC.

Este estudo será constituído por uma amostra de vinte utentes pós-AVC, seleccionados por conveniência, que realizam reabilitação no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Bombarral.

Em todos os utentes seleccionados será aplicado um questionário para a recolha de dados sócio-demográficos; e também será aplicada a Escala de Medida de Independência Funcional, no momento da admissão e depois na sua alta hospitalar.

O presente estudo não acarreta riscos nem desvantagens para os utentes.

Todo o material recolhido no estudo será codificado.

A escolha de participar ou não neste estudo é voluntária. O utente pode abandonar o estudo sempre que desejar.

Consentimento Informado

Confirmo que os procedimentos da investigação descritos na carta anexa foram-me explicados, e todas as minhas questões foram esclarecidas. Compreendo que a participação neste estudo não acarreta riscos, não tendo também vantagens potenciais.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante a realização do estudo, as questões necessárias.

Percebo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo.

Pelo presente documento, eu consinto a minha participação neste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Apêndice III

Questionário para a recolha de dados sócio-demográficos

Questionário

Data do AVC: ____ / ____ / ____

Data de admissão: ____ / ____ / ____

Data da alta Clínica: ____ / ____ / ____

Tempo de internamento: ____ dias

Reinternamento: sim não

Tipologia de internamento:

Convalescença Média Duração Longa Duração

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Idade de Admissão: ____ anos

Sexo: F M **Lateralidade:** _____

Escolaridade: _____

Tipo de AVC: Isquémico Hemorrágico Múltiplo

Primeiro AVC: Sim Não

Lado da lesão:

Hemisfério dto Outro

Hemisfério esq Tronco Cerebral

Grau Parético: Hemiplegia dta Hemiplegia esq
Hemiparésia dta Hemiparésia esq
Bihemiplegia Bihemiparésia

Complicações do AVC no internamento:

Continência/ algaliação

Disfagia

Escaras

Antecedentes Patológicos:

Hipertensão Arterial

Tabagismo

Alcoolismo

Dislipidémia

Obesidade

Diabetes Mellitus

AVC ou AIT prévio

Fibrilhação arterial

Enfarte do Miocárdio

Tipo de apoio recebido na UMFR durante o internamento:

TF FT TO

Acha que necessitava de mais horas de reabilitação?

Sim Não

Se sim, qual?

TF FT TO

Tem apoio de amigos e/ familiares?

Sim Não

Défices cognitivos, emocionais e de comunicação no dia da alta:

Depressão Alteração Cognitiva Afasia

Destino pós alta:

Domicílio próprio Outro hospital

Casa de familiares Lar

Continua o programa de reabilitação após a alta?

Sim Não

Se a resposta é sim, qual?

TF FT TO

Se a resposta é não, porquê?

Não tem possibilidades económicas

Não é necessário

MIF à admissão: _____

MIF no momento da alta: _____

Apêndice IV

Base de Dados do estudo

casos	idade _anos	alimentação _adm	alimentação _alta	hp_adm	hp_alt a	banho_ad m	banho_alta	vms_adm	vms_alt a	vmi_ad m	vmi_alta	usanita_adm
1	58	3	7	1	3	2	4	2	4	2	4	1
2	73	3	3	1	3	1	3	2	3	2	3	1
3	56	3	6	3	6	3	4	6	7	6	7	5
4	60	6	7	5	6	5	6	4	6	4	6	5
5	75	4	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4
6	54	2	3	1	2	1	2	2	2	2	2	1
7	81	2	4	2	3	2	3	2	4	2	4	1
8	74	4	5	3	3	3	4	3	4	3	4	2
9	63	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3
10	74	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3
11	35	5	6	3	3	3	4	3	4	3	4	3
12	78	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3
13	76	3	6	3	4	3	4	4	4	3	4	3
14	57	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3
15	53	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	4
16	57	5	7	6	6	5	6	5	5	5	5	5
17	64	1	3	1	3	2	3	2	4	2	4	1
18	71	3	5	2	3	2	3	3	3	3	3	2
19	41	1	4	1	3	2	3	2	4	2	4	2
20	52	3	4	2	3	2	3	2	3	2	3	1

usanita_alta	bexiga_adm	bexiga_alta	intestino_adm	intestino_alta	cr_adm	cr_alta	tsanita_adm	tsanita_alta	duche_adm	duche_alta	loc_cr_adm
3	3	3	3	3	1	3	1	3	1	3	1
3	2	3	2	3	1	3	1	2	1	2	1
6	5	6	5	6	6	7	6	7	6	7	7
6	5	6	5	6	3	5	3	5	3	5	3
4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3
1	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	1
3	3	3	3	3	2	4	1	3	2	3	1
3	3	3	3	3	2	3	2	3	1	2	2
3	3	3	3	3	2	3	1	2	1	2	2
2	6	6	6	6	3	3	3	3	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3
3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2
3	5	6	5	6	2	4	2	4	2	3	2
3	3	4	3	4	2	4	3	3	2	3	2
4	3	3	3	3	7	7	5	5	5	5	6
5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5
3	2	3	2	3	2	4	1	3	1	3	1
2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2	1
4	2	3	2	3	2	4	2	3	2	3	2
3	4	5	4	5	2	3	2	3	1	3	2

loc_cr_alta	loc_esc_adm	loc_esc_alta	compr_adm	compr_alta	express_adm	express_alta	is_adm	is_alta	res_prob_adm	res_prob_alta	mem_adm
5	1	3	4	7	3	7	4	4	3	5	3
3	1	3	2	4	1	3	2	3	1	2	2
7	6	7	3	4	3	3	5	5	5	5	3
4	2	2	7	7	4	6	3	5	4	3	3
5	3	4	3	6	3	5	4	7	4	4	4
3	1	1	3	3	1	2	3	3	1	1	3
2	1	1	2	4	1	3	2	4	2	3	3
3	1	1	3	4	3	4	3	5	3	5	3
3	1	1	3	3	1	3	3	4	2	3	2
4	2	3	2	3	1	3	2	3	3	3	3
4	2	3	4	4	2	4	3	4	3	4	3
3	1	1	4	4	3	4	3	3	3	3	4
5	2	3	6	6	2	4	5	5	3	4	5
4	1	2	3	4	3	5	4	4	3	3	3
6	5	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4
7	5	5	3	3	1	2	4	5	4	4	3
3	1	3	6	6	3	6	4	4	4	4	5
3	1	1	3	4	2	4	3	4	2	2	2
3	1	2	4	4	2	5	3	4	2	3	2
4	1	3	4	4	2	4	4	4	4	4	5

mem_alta	t_mif_adm	t_mif_alta	t_ac_adm	t_ac_alta	t_ce_adm	t_ce_alta	t_mob_adm	t_mob_alta	t_loc_adm	t_loc_alta	t_comun_adm	t_comun_alta
4	39	75	11	25	6	6	3	9	2	8	7	14
3	29	52	10	18	6	6	3	7	2	6	3	7
4	86	104	26	36	10	12	18	21	13	14	6	7
5	74	91	29	30	10	12	9	15	5	6	11	13
5	62	78	23	25	6	6	9	11	6	9	6	11
3	34	41	9	12	6	6	6	7	2	4	4	5
4	34	58	11	21	6	6	5	10	2	3	3	7
3	47	61	18	23	6	6	5	9	3	4	6	8
4	44	55	20	21	6	6	4	7	3	4	4	6
3	52	56	17	14	12	12	8	8	4	7	3	6
4	57	68	20	24	6	6	11	11	5	7	6	8
4	47	55	15	18	6	6	6	9	3	4	7	8
5	57	80	16	25	10	12	6	11	4	8	8	10
3	52	64	20	21	6	8	7	10	3	6	6	9
4	83	84	30	30	6	6	17	17	11	11	7	8
3	71	116	31	34	10	10	14	14	11	11	4	5
5	41	63	9	20	4	6	4	10	2	6	9	12
3	39	54	15	19	4	6	6	8	2	4	5	8
3	36	62	10	22	4	6	6	10	3	5	6	9
5	47	66	12	19	8	10	5	9	3	7	6	8

t_cs_adm	t_cs_alta	esc	ti	t_avc	avc	comp_avc	ant_pat	ap_intern	m_reab	apoio	def_alta	dest_alta	cont_reab	ContReab Grupos	Evolucao Auto Cuidados
10	13	3	1	1	2	2	12	4	4	1	1	1	6	1	14
5	8	2	1	2	2	5	13	4	0	1	2	3	7	1	8
13	14	1	1	2	1	6	11	4	0	2	2	2	4	2	10
10	15	3	1	2	2	1	10	5	1	1	5	4	4	2	1
12	16	3	3	2	1	6	10	4	4	1	0	1	5	2	2
7	7	1	2	1	1	6	12	5	1	2	6	3	4	2	3
7	11	2	2	1	1	2	10	5	4	1	6	2	4	2	10
9	12	2	2	2	1	1	13	5	4	2	0	4	5	2	5
7	11	2	2	3	1	2	10	5	3	1	3	4	4	2	1
8	9	3	2	3	1	6	13	4	4	1	6	2	4	2	-3
9	12	4	2	1	1	1	10	4	4	2	4	4	4	2	4
10	10	1	2	2	1	1	11	5	4	2	0	4	4	2	3
13	14	3	2	1	2	2	10	4	4	1	0	1	6	1	9
10	10	1	2	2	1	1	10	4	2	1	6	2	4	2	1
12	12	2	3	2	1	6	1	4	2	2	4	4	4	2	0
11	12	2	3	1	2	6	11	4	0	2	4	4	4	2	3
13	13	4	3	2	1	4	10	4	4	1	5	1	7	1	11
7	9	2	3	1	2	5	12	4	0	1	4	4	4	2	4
7	10	2	1	1	1	5	13	4	4	1	0	2	2	1	12
13	13	4	3	3	2	4	10	4	4	1	0	1	2	1	7

Evolucao Controlo Esfincteres	Evolucao Mobilidade	Evolucao Locomocao	Evolucao Comunicacao	Evolucao Cognicao Social	Evolucao Total
0	6	6	7	3	36
0	4	4	4	3	23
2	3	1	1	1	18
2	6	1	2	5	17
0	2	3	5	4	16
0	1	2	1	0	7
0	5	1	4	4	24
0	4	1	2	3	14
0	3	1	2	4	11
0	0	3	3	1	4
0	0	2	2	3	11
0	3	1	1	0	8
2	5	4	2	1	23
2	3	3	3	0	12
0	0	0	1	0	1
0	0	0	1	1	45
2	6	4	3	0	22
2	2	2	3	2	15
2	4	2	3	3	26
2	4	4	2	0	19

Apêndice V

Estadística descritiva e inferencial

Quadro 3. Distribuição da variável Idade

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
idade_anos	20	35	81	62,60	12,546
Valid N (listwise)	20				

Quadro 4. Distribuição da variável Escolaridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid menos de 4 anos de escolaridade	4	20,0	20,0	20,0
1º ciclo	8	40,0	40,0	60,0
2º ciclo	5	25,0	25,0	85,0
ensino secundário	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Quadro 5. Distribuição da variável Tipo de AVC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid isquémico	8	40,0	40,0	40,0
hemorrágico	9	45,0	45,0	85,0
múltiplo	3	15,0	15,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Quadro 6. Distribuição da variável Tipologia de Internamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid convalescença	5	25,0	25,0	25,0
média duração	9	45,0	45,0	70,0
longa duração	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Quadro 7. Distribuição da variável *Complicações do AVC no internamento*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid continência/algaliação	5	25,0	25,0	25,0
disfagia	4	20,0	20,0	45,0
disfagia, algaliação	2	10,0	10,0	55,0
todos	3	15,0	15,0	70,0
ausência	6	30,0	30,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Quadro 8. Distribuição da variável *Antecedentes Patológicos*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid hta	1	5,0	5,0	5,0
diabetes, hta	9	45,0	45,0	50,0
tabagismo, alcool	3	15,0	15,0	65,0
obsidade, diabetes, hta	3	15,0	15,0	80,0
avc prévio, hta, diabetes	4	20,0	20,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Quadro 9. Distribuição da variável *Mais apoio na reabilitação*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	4	20,0	20,0	20,0
sim TF	2	10,0	10,0	30,0
sim TO	2	10,0	10,0	40,0
sim FT	1	5,0	5,0	45,0
sim todos	11	55,0	55,0	100,0
Total	20	100,0	100,0	

Quadro 10. Distribuição da variável Défices no dia da alta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ausência	6	30,0	30,0	30,0
	depressão	1	5,0	5,0	35,0
	alteração cognitiva	2	10,0	10,0	45,0
	afasia	1	5,0	5,0	50,0
	todos	4	20,0	20,0	70,0
	alt cogn, depress	2	10,0	10,0	80,0
	afasia, depress	4	20,0	20,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Quadro 11. Distribuição da variável Destino pós alta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	domicílio próprio	5	25,0	25,0	25,0
	casa de familiares	5	25,0	25,0	50,0
	outro hospital	2	10,0	10,0	60,0
	lar	8	40,0	40,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Quadro 12. Distribuição da variável Continua o programa de reabilitação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim TO	2	10,0	10,0	10,0
	não tem possibilidades económicas	12	60,0	60,0	70,0
	não é necessário	2	10,0	10,0	80,0
	sim FT e TO	2	10,0	10,0	90,0
	FT e TF	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Quadro 13. Distribuição da variável Evolução (Admissão-Alta)

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Total da escala de medida de independência funcional: Alta - Total da escala de medida de independência funcional: Admissão	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	20 ^b	10,50	210,00
	Ties	0 ^c		
	Total	20		
Total dos Auto-Cuidados - Alta - Total dos Auto-Cuidados - Admissão	Negative Ranks	1 ^d	6,50	6,50
	Positive Ranks	18 ^e	10,19	183,50
	Ties	1 ^f		
	Total	20		
Total de Controlo dos Esfíncteres - Alta - Total de Controlo dos Esfíncteres – Admissão	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	8 ^h	4,50	36,00
	Ties	12 ⁱ		
	Total	20		
Total da Mobilidade, transferências - Alta - Total da Mobilidade, transferências – Admissão	Negative Ranks	0 ^j	,00	,00
	Positive Ranks	16 ^k	8,50	136,00
	Ties	4 ^l		
	Total	20		
Total da Locomoção - Alta - Total da Locomoção – Admissão	Negative Ranks	0 ^m	,00	,00
	Positive Ranks	18 ⁿ	9,50	171,00
	Ties	2 ^o		
	Total	20		
Total da Comunicação - Alta - Total da Comunicação – Admissão	Negative Ranks	0 ^p	,00	,00
	Positive Ranks	20 ^q	10,50	210,00
	Ties	0 ^r		
	Total	20		
Total da Cognição Social - Alta - Total da Cognição Social - Admissão	Negative Ranks	0 ^s	,00	,00
	Positive Ranks	14 ^t	7,50	105,00
	Ties	6 ^u		
	Total	20		

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Total da escala de medida de independência funcional: Alta - Total da escala de medida de independência funcional: Admissão	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	20 ^b	10,50	210,00
	Ties	0 ^c		
	Total	20		
Total dos Auto-Cuidados - Alta - Total dos Auto-Cuidados - Admissão	Negative Ranks	1 ^d	6,50	6,50
	Positive Ranks	18 ^e	10,19	183,50
	Ties	1 ^f		
	Total	20		
Total de Controlo dos Esfíncteres - Alta - Total de Controlo dos Esfíncteres – Admissão	Negative Ranks	0 ^g	,00	,00
	Positive Ranks	8 ^h	4,50	36,00
	Ties	12 ⁱ		
	Total	20		
Total da Mobilidade, transferências - Alta - Total da Mobilidade, transferências – Admissão	Negative Ranks	0 ^j	,00	,00
	Positive Ranks	16 ^k	8,50	136,00
	Ties	4 ^l		
	Total	20		
Total da Locomoção - Alta - Total da Locomoção – Admissão	Negative Ranks	0 ^m	,00	,00
	Positive Ranks	18 ⁿ	9,50	171,00
	Ties	2 ^o		
	Total	20		
Total da Comunicação - Alta - Total da Comunicação – Admissão	Negative Ranks	0 ^p	,00	,00
	Positive Ranks	20 ^q	10,50	210,00
	Ties	0 ^r		
	Total	20		
Total da Cognição Social - Alta - Total da Cognição Social - Admissão	Negative Ranks	0 ^s	,00	,00
	Positive Ranks	14 ^t	7,50	105,00
	Ties	6 ^u		
	Total	20		

a. Total da escala de medida de independência funcional: Alta < Total da escala de medida de independência funcional: Admissão

b. Total da escala de medida de independência funcional: Alta > Total da escala de medida de independência funcional: Admissão

c. Total da escala de medida de independência funcional: Alta = Total da escala de medida de independência funcional: Admissão

d. Total dos Auto-Cuidados - Alta < Total dos Auto-Cuidados - Admissão

e. Total dos Auto-Cuidados - Alta > Total dos Auto-Cuidados - Admissão

f. Total dos Auto-Cuidados - Alta = Total dos Auto-Cuidados - Admissão

g. Total de Controlo dos Esfíncteres - Alta < Total de Controlo dos Esfíncteres - Admissão

h. Total de Controlo dos Esfíncteres - Alta > Total de Controlo dos Esfíncteres - Admissão

i. Total de Controlo dos Esfíncteres - Alta = Total de Controlo dos Esfíncteres - Admissão

j. Total da Mobilidade, transferências - Alta < Total da Mobilidade, transferências - Admissão

k. Total da Mobilidade, transferências - Alta > Total da Mobilidade, transferências - Admissão

l. Total da Mobilidade, transferências - Alta = Total da Mobilidade, transferências - Admissão

Quadro 14. Comparação entre os tipos de AVC e a variável Evolução pós alta

	Tipo de AVC	N	Mean Rank
Evolucao Auto Cuidados	isquémico	8	13,44
	hemorrágico	9	9,39
	múltiplo	3	6,00
	Total	20	
Evolucao Controlo Esfincteres	isquémico	8	10,25
	hemorrágico	9	10,94
	múltiplo	3	9,83
	Total	20	
Evolucao Mobilidade	isquémico	8	10,25
	hemorrágico	9	11,39
	múltiplo	3	8,50
	Total	20	
Evolucao Locomocao	isquémico	8	10,81
	hemorrágico	9	9,61
	múltiplo	3	12,33
	Total	20	
Evolucao Comunicacao	isquémico	8	11,06
	hemorrágico	9	10,06
	múltiplo	3	10,33
	Total	20	
Evolucao Cognicao Social	isquémico	8	11,44
	hemorrágico	9	9,83
	múltiplo	3	10,00
	Total	20	
Evolucao Total	isquémico	8	13,38
	hemorrágico	9	9,17
	múltiplo	3	6,83
	Total	20	

Test Statistics^{a,b}

	Evolucao Auto Cuidados	Evolucao Controlo Esfincteres	Evolucao Mobilidade	Evolucao Locomocao	Evolucao Comunicacao	Evolucao Cognicao Social	Evolucao Total
Chi-square	4,056	,143	,576	,538	,133	,355	3,504
df	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,132	,931	,750	,764	,936	,837	,173

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Tipo de AVC

Quadro 15. Distribuição da variável Evolução

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
EvolucaoAutoCuidados	20	5,2500	4,60977	-3,00	14,00
EvolucaoControloEsfincteres	20	,8000	1,00525	,00	2,00
EvolucaoMobilidade	20	3,0500	2,06410	,00	6,00
EvolucaoLocomocao	20	2,2500	1,58529	,00	6,00
EvolucaoComunicacao	20	2,6000	1,53554	1,00	7,00
EvolucaoCognicaoSocial	20	1,9000	1,68273	,00	5,00
EvolucaoTotal	20	17,6000	10,48006	1,00	45,00
Tipologia de internamento	20	2,05	,759	1	3

Quadro 16. Comparação entre a variável Tipologia de internamento e a variável Evolução pós alta

	Tipologia de internamento	N	Mean Rank
Evolucao Auto Cuidados	convalescença	5	14,70
	média duração	9	8,78
	longa duração	6	9,58
	Total	20	
Evolucao Controlo Esfincteres	convalescença	5	12,50
	média duração	9	8,72
	longa duração	6	11,50
	Total	20	
Evolucao Mobilidade	convalescença	5	14,90
	média duração	9	9,44
	longa duração	6	8,42
	Total	20	
Evolucao Locomocao	convalescença	5	11,80
	média duração	9	9,83
	longa duração	6	10,42
	Total	20	
Evolucao Comunicacao	convalescença	5	12,60
	média duração	9	9,50
	longa duração	6	10,25
	Total	20	
Evolucao Cognicao Social	convalescença	5	14,10

	média duração	9	10,17
	longa duração	6	8,00
	Total	20	
Evolucao Total	convalescença	5	15,10
	média duração	9	7,50
	longa duração	6	11,17
	Total	20	

Test Statistics^{a,b}

	Evolucao Auto Cuidados	Evolucao Controlo Esfincteres	Evolucao Mobilidade	Evolucao Locomocao	Evolucao Comunicacao	Evolucao Cognicao Social	Evolucao Total
Chi-square	3,453	2,155	3,902	,374	,952	3,113	5,421
df	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,178	,340	,142	,830	,621	,211	,066

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Tipologia de internamento

Quadro 17. Diferenças na variável Evolução, comparativamente com a variável Ocorrência de primeiro AVC ou não

	Primeiro AVC	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Evolucao Auto Cuidados	sim	13	9,65	125,50
	_ não	7	12,07	84,50
	Total	20		
Evolucao Controlo Esfincteres	sim	13	9,58	124,50
	_ não	7	12,21	85,50
	Total	20		
Evolucao Mobilidade	sim	13	9,19	119,50
	_ não	7	12,93	90,50
	Total	20		
Evolucao Locomocao	sim	13	9,23	120,00
	_ não	7	12,86	90,00
	Total	20		
Evolucao Comunicacao	sim	13	10,00	130,00
	_ não	7	11,43	80,00
	Total	20		
Evolucao Cognicao Social	sim	13	10,04	130,50
	_ não	7	11,36	79,50

	Total	20		
Evolucao Total	sim	13	8,23	107,00
	_ não	7	14,71	103,00
	Total	20		

Test Statistics^b

	Evolucao Auto Cuidados	Evolucao Controlo Esfincteres	Evolucao Mobilidade	Evolucao Locomocao	Evolucao Comunicacao	Evolucao Cognicao Social	Evolucao Total
Mann-Whitney U	34,500	33,500	28,500	29,000	39,000	39,500	16,000
Wilcoxon W	125,500	124,500	119,500	120,000	130,000	130,500	107,000
Z	-,875	-,119	-,1366	-,1338	-,530	-,488	-,2339
Asymp. Sig. (2-tailed)	,382	,263	,172	,181	,596	,625	,019
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,393 ^a	,351 ^a	,183 ^a	,211 ^a	,643 ^a	,643 ^a	,019 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Primeiro AVC

Quadro 18. *Diferenças na Evolução com o Tipo de apoio recebido*

Tipo de apoio recebido no internamento		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Evolucao Auto Cuidados	todos	14	11,25	157,50
	_ TF, FT	6	8,75	52,50
	Total	20		
Evolucao Controlo Esfincteres	todos	14	11,50	161,00
	_ TF, FT	6	8,17	49,00
	Total	20		
Evolucao Mobilidade	todos	14	9,79	137,00
	_ TF, FT	6	12,17	73,00
	Total	20		
Evolucao Locomocao	todos	14	12,29	172,00
	_ TF, FT	6	6,33	38,00
	Total	20		
Evolucao Comunicacao	todos	14	11,50	161,00
	_ TF, FT	6	8,17	49,00
	Total	20		
Evolucao Cognicao Social	todos	14	9,50	133,00
	_ TF, FT	6	12,83	77,00
	Total	20		

	Total	20		
Evolucao Total	todos	14	11,54	161,50
	_ TF, FT	6	8,08	48,50
	Total	20		

Test Statistics^b

	Evolucao Auto Cuidados	Evolucao Controlo Esfincteres	Evolucao Mobilidade	Evolucao Locomocao	Evolucao Comunicacao	Evolucao Cognicao Social	Evolucao Total
Mann-Whitney U	31,500	28,000	32,000	17,000	28,000	28,000	27,500
Wilcoxon W	52,500	49,000	137,000	38,000	49,000	133,000	48,500
Z	-,869	-,1359	-,836	-,2,110	-,1,189	-,1,186	-,1,197
Asymp. Sig. (2-tailed)	,385	,174	,403	,035	,234	,236	,231
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,397 ^a	,274 ^a	,444 ^a	,041 ^a	,274 ^a	,274 ^a	,239 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Tipo de apoio recebido no internamento

Quadro 19. Diferenças entre a variável Evolução e o Apoio de amigos e/ou Familiares

Apoio de amigos e familiares		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Evolucao Auto Cuidados	sim	13	11,15	145,00
	_ não	7	9,29	65,00
	Total	20		
Evolucao Controlo Esfincteres	sim	13	11,88	154,50
	_ não	7	7,93	55,50
	Total	20		
Evolucao Mobilidade	sim	13	12,69	165,00
	_ não	7	6,43	45,00
	Total	20		
Evolucao Locomocao	sim	13	13,04	169,50
	_ não	7	5,79	40,50
	Total	20		
Evolucao Comunicacao	sim	13	13,69	178,00
	_ não	7	4,57	32,00
	Total	20		
Evolucao Cognicao Social	sim	13	11,88	154,50
	_ não	7	7,93	55,50
	Total	20		

	Total	20		
Evolucao Total	sim	13	12,04	156,50
	não	7	7,64	53,50
	Total	20		

Test Statistics^b

	Evolucao Auto Cuidados	Evolucao Controlo Esfincteres	Evolucao Mobilidade	Evolucao Locomocao	Evolucao Comunicacao	Evolucao Cognicao Social	Evolucao Total
Mann-Whitney U	37,000	27,500	17,000	12,500	4,000	27,500	25,500
Wilcoxon W	65,000	55,500	45,000	40,500	32,000	55,500	53,500
Z	-,676	-1,679	-2,290	-2,676	-3,387	-1,465	-1,586
Asymp. Sig. (2-tailed)	,499	,093	,022	,007	,001	,143	,113
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,536 ^a	,157 ^a	,024 ^a	,006 ^a	,000 ^a	,157 ^a	,115 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Apoio de amigos e familiares

Quadro 20. Relação entre a variável Evolução e as variáveis Idade e Escolaridade

			idade_anos	Escolaridade	Evolucao Auto Cuidados	Evolucao Controlo Esfincteres	Evolucao Mobilidade	Evolucao Locomocao	Evolucao Comunicacao	Evolucao Cognicao Social	Evolucao Total
Spearman's rho	idade_anos	Correlation Coefficient	1,000	-,040	-,019	-,221	,275	,067	,333	,246	,049
		Sig. (2-tailed)		,868	,937	,348	,241	,779	,152	,296	,838
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Escolaridade	Escolaridade	Correlation Coefficient	-,040	1,000	,151	,111	,254	,494	,361	,218	,219
		Sig. (2-tailed)	,868		,524	,641	,279	,027	,118	,355	,353
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EvolucaoAutoCuidados	EvolucaoAutoCuidados	Correlation Coefficient	-,019	,151	1,000	,284	,621**	,392	,315	,084	,738**
		Sig. (2-tailed)	,937	,524		,224	,004	,088	,176	,724	,000
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EvolucaoControloEsfincteres	Esfincteres	Correlation Coefficient	-,221	,111	,284	1,000	,413	,263	,009	-,209	,275
		Sig. (2-tailed)	,348	,641	,224		,071	,263	,970	,376	,241
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EvolucaoMobilidade	EvolucaoMobilidade	Correlation Coefficient	,275	,254	,621**	,413	1,000	,390	,405	,265	,585**
		Sig. (2-tailed)	,241	,279	,004	,071		,089	,077	,258	,007
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EvolucaoLocomocao	EvolucaoLocomocao	Correlation Coefficient	,067	,494	,392	,263	,390	1,000	,626**	-,116	,272
		Sig. (2-tailed)	,779	,027	,088	,263	,089		,003	,626	,246

	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EvolucaoComunicacao	Correlation Coefficient	,333	,361	,315	,009	,405	,626**	1,000	,460*	,389
	Sig. (2-tailed)	,152	,118	,176	,970	,077	,003		,041	,090
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EvolucaoCognicaoSocial	Correlation Coefficient	,246	,218	,084	-,209	,265	-,116	,460*	1,000	,295
	Sig. (2-tailed)	,296	,355	,724	,376	,258	,626	,041		,207
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20
EvolucaoTotal	Correlation Coefficient	,049	,219	,738**	,275	,585**	,272	,389	,295	1,000
	Sig. (2-tailed)	,838	,353	,000	,241	,007	,246	,090	,207	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

ANEXOS

Anexo I

Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

Escala De Medida De Independência Funcional (MIF)			
NÍVEIS DE FUNÇÃO	7 INDEPENDÊNCIA COMPLETA (em segurança, em tempo normal)	SEM AJUDA	
	6 INDEPENDÊNCIA MODIFICADA (ajuda técnica)	SEM AJUDA	
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$)	AJUDA	
	Dependência Completa 2 Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 Ajuda total (indivíduo $\geq 0\%$)	AJUDA	
DATA			
Auto-Cuidados	ADMIS	ALTA	ACOMP
A. Alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Higiene Pessoal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Banho (lavar o corpo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Vestir metade Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Vestir metade inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Utilização da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlo dos Esfíncteres			
G. Bexiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Intestino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilidade			
Transferências			
I. Leito, Cadeira de Rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Banheira, Duche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomoção			
L. Marcha/ Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicação			
N. Compreensão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O. Expressão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognição Social			
P. Interação social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q. Resolução dos problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. Memória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	TOTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>