



Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

## **Avaliação dos cuidados de Fisioterapia domiciliária em idosos vítimas de AVC**

Sophie Geraldine Jacob

Trabalho de natureza profissional no âmbito da área das Tecnologias de Diagnóstico e Terapêutica, apresentado ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do título de especialista

Julho, 2020



## RESUMO

**Introdução:** Atualmente, cerca de 80% das pessoas com mais de 65 anos sofrem, pelo menos, de uma doença crónica. Seja de natureza física, mental ou de ambas, a doença crónica é uma das maiores causas de incapacidade, significando a perda de independência e muitas vezes da própria autonomia. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, tendo sido apontado pela Direção Geral de Saúde como a principal causa de incapacidade para idosos em Portugal. A (in)capacidade funcional é um dos *outcomes* mais importantes após um AVC, sendo a sua avaliação das mais complexas, pois envolve a conjugação de vários fatores. A fisioterapia tem um papel fundamental no processo de reabilitação, sendo que grande parte da recuperação funcional pode ser atribuída à prática efetiva da fisioterapia. A intervenção domiciliária deve dar uma resposta útil perante o aumento significativo de solicitações por parte dos utentes, o aumento da esperança média de vida, o aumento de utentes com patologias crónicas e a necessidade de diminuição dos dias de internamento hospitalar. Contudo, em Portugal não existe uma uniformização nos serviços públicos de saúde sobre os cuidados específicos de fisioterapia domiciliária, à exceção da carteira de serviços dos fisioterapeutas englobados nos Cuidados de Saúde Primários. **Objetivos:** O objetivo geral desta investigação correspondeu à avaliação da capacidade funcional, durante um período de dez semanas, dos utentes com sequelas de AVC submetidos a um programa de fisioterapia domiciliária através da sua integração em Equipas de Cuidados Continuados Integrados. **Materiais e Métodos:** A amostra foi constituída por 46 idosos com sequelas de AVC, que se encontravam integrados nas ECCIs da ULS Guarda (exceto concelho Vila Nova de Foz Côa). Cada utente foi submetido a dois momentos de avaliação, com intervalo de dez semanas e correspondente a um total de 20 sessões de fisioterapia domiciliária, com periodicidade de 2 sessões por semana. Em cada momento de avaliação foi avaliada a capacidade funcional dos utentes através da aplicação do *Índice de Barthel (IB)* e da *Motor Assessment Scale (MAS)*, sendo que na primeira avaliação foi ainda aplicado um questionário de caracterização. **Resultados:** Dos 46 utentes incluídos no estudo 28 eram do sexo masculino e 18 do feminino, e 41,3% apresentavam idades entre 75-84anos. O tipo de AVC mais frequente foi o Isquémico (60,9%), sendo a lesão do hemisfério esquerdo a predominante (56,5%). Na maioria dos casos o cuidador é o cônjuge (60,9%) com idade média de 62,98. Relativamente à avaliação da capacidade funcional, os resultados apontam para um aumento de 10,17 pontos na média da *MAS* (média em t0 = 15,24 e em t1 = 25,41) e de 21,41 pontos na média do *IB* (média em t0 = 40,11 e em t1=61,52), sugerindo uma melhoria na funcionalidade, que se evidenciou significativa após a

realização de 20 sessões de fisioterapia domiciliária ( $p=0,001$  para a MAS e  $p=0,001$  para a IB).

**Conclusão:** A realização de um programa de 20 sessões de fisioterapia domiciliária evidenciou uma melhoria significativa na capacidade funcional em idosos vítimas de AVC, quando medida pelo Índice de Barthel ( $p=0,001$ ) e pela *Motor Assessment Scale* ( $p=0,001$ ).

**Palavras Chave:** Acidente Vascular Cerebral, Funcionalidade, Fisioterapia domiciliária.

## ABSTRACT

**Introduction:** These days, about 80% of people over 65 are dealing with at least one chronic disease. Either being physical, mental or even both in nature, chronic illness is one of the major causes for incapacity, translating into loss of independence and even self-sustenance. The Cerebral Vascular Stroke (Stroke) is one of the major reasons for morbidity and mortality throughout the world having also been pointed out, by the Health National Agency, as the main cause for Portugal's elders incapacity. The functional (in) capacity is one of the most important outcomes of a stroke, as well as one of the more complex ones to diagnose since it depends of vast number of conditionings. Physical therapy plays an essential role in the rehabilitation process considering that large part of patient's recovery can be directly linked to physical therapy. Physical therapy sessions held at the patients' home should present itself as a feasible solution to the increasing requests made by people suffering of chronic pathologies and the need to decrease the number of hospitalization days. However, Portugal does not possess a universal public health care service when it comes to physical therapy sessions held at home. This only happens for the group of registered physical therapists included in the Primary Health Care System. **Main Goal:** This investigation's main goal is related to the assessment of functional capability, throughout a ten weeks period, of some stroke patients who agreed to undergo a physical therapy program from their homes, accomplished thanks to the integration in Continued Integrated Care Teams. **Materials and Methods:** This study group was made of 46 elders who had suffered a stroke and were integrated in the ULA Guarda ECCIs. Each patient underwent two separate evaluation periods corresponding to 20 home physical therapy sessions held two times per week. At each evaluation moment the patients' functioning capability was assessed through applying the Barthel Index (IB) and the Motor Assessment Scale (MAS), having, during the first assessment, also been applied a characterizing questionnaire. **Results:** Of the 46 patients included in the study 28 were male and 18 were female, being that 41,3% of these had between 75-84 years old. The most common type of stroke verified of the Ischemic (60,9% of cases) despite the more predominant one being the injury to the left side of the brain (56.5%). In most cases the main care taker is the patient's spouse (60.9%) with an approximate age of 62.98 years old. Regarding the functioning capability results showed to an increase of 10.17 points in the MAS average (average in t0 = 15.24 and in t1 = 25.41) and of 21.41 points in the IB average (average in t0 = 40.11 and in t1 = 61.52), thus suggesting an improvement in function visible after the 20 physical therapy sessions held at home ( $p = 0.001$  to MAS and  $p = 0.0001$  to IB). **Conclusion:** The holding of a 20 physical therapy session program

held at home displayed a significant improvement in patients, who suffered a stroke, functional skills when measured by the Barthel Index ( $p = 0.001$ ) and by the Motor Assessment Scale ( $p = 0.001$ ).

**Key words:** Cerebral Vascular Stroke, Function, Home Physical Therapy.

# ÍNDICE

RESUMO .....	III
ABSTRACT .....	V
1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS .....	13
3. MATERIAIS E MÉTODOS.....	15
3.1 – Desenho do estudo.....	15
3.2 - População e amostra do estudo .....	15
3.3 – Definição das variáveis .....	16
3.4 – Instrumentos de recolha de dados.....	16
3.5 – Método de recolha de dados .....	16
3.5.1 – Testes preliminares.....	16
3.5.2 – Antes dos procedimentos .....	17
3.5.3 – Procedimentos .....	17
3.6 – Questões éticas .....	17
3.7 – Análise estatística .....	18
4. RESULTADOS .....	19
4.1 – Caracterização da amostra .....	19
4.2 – Apresentação e análise dos resultados.....	19
5. DISCUSSÃO .....	27
6. CONCLUSÃO.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	33

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0 .....	19
<b>Tabela 2</b> – Comparação de médias do IB entre t1 e t0 .....	20
<b>Tabela 3</b> – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0, por sexo.....	20
<b>Tabela 4</b> – Comparação de médias do IB entre t1 e t0, por sexo.....	20
<b>Tabela 5</b> – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0, por idades.....	21
<b>Tabela 6</b> – Comparação de médias do IB entre t1 e t0, por idades.....	22
<b>Tabela 7</b> - Comparações das médias da MAS entre pares de médias em t1, para grupos idade.....	21
<b>Tabela 8</b> – Comparações das médias do IB entre pares de médias em t1, para grupos de idade ....	22
<b>Tabela 9</b> – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0, por tipo de AVC.....	23
<b>Tabela 10</b> – Comparação de médias do IB entre t1 e t0, por tipo de AVC .....	23
<b>Tabela 11</b> – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0, por parentesco do cuidador.....	24
<b>Tabela 12</b> – Comparação de médias do IB entre t1 e t0, por parentesco do cuidador .....	24
<b>Tabela 13</b> – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0, por condições habitacionais.....	25
<b>Tabela 14</b> – Comparação de médias do IB entre t1 e t0, por condições habitacionais.....	25
<b>Tabela 15</b> – Comparação de cada item da MAS entre t0 e t1 .....	26
<b>Tabela 16</b> – Comparação de cada item do IB entre t0 e t1 .....	26

## ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
IB	Índice de Barthel
MAS	Motor Assessment Scale
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TP	Teste paramétrico
TNP	Teste não paramétrico
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UMCCI	Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

## 1. INTRODUÇÃO

No ano de 2018 existia, em Portugal, uma população idosa estimada de 2 228 750 pessoas, representando 21,7% da população, verificando-se uma distribuição geográfica caracterizada por um maior envelhecimento do interior face ao litoral. No mesmo ano, o índice de envelhecimento possuía um rácio de 157,4 % e o índice de longevidade traduzia-se numa proporção de 48,4 %, sendo que uma pessoa com mais de 65 anos tinha em média, uma esperança de vida, de mais 19,6 anos. [1]

Numa tentativa de uniformização de critérios, nomeia-se idoso qualquer indivíduo com 65 ou mais anos de idade, independentemente do género e estado de saúde. Ser idoso, é uma fase da vida caracterizada pela diminuição das reservas funcionais e da capacidade do organismo para se adaptar às mudanças bruscas, tornando-o mais suscetível. [2]

A patologia mais comum das doenças cérebro-cárdio vasculares é o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que no ano de 2015 representaram 10,8% do total de mortes no país, dos 29,8% óbitos registados. [3] A definição tradicional de AVC é clínica e baseada no início repentino após um episódio agudo de disfunção cerebral de perda da função neurológica focal, devido a enfarte ou hemorragia na parte relevante do cérebro, retina ou medula espinhal. Pode ser duradoura por mais de 24 horas sendo detetável através da imagem (TAC ou Ressonância magnética) ou autópsia de uma hemorragia relevante para os sintomas. [4]

A noção de funcionalidade, ou capacidade funcional, *“está relacionada com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, como tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio. A sua perturbação é consequência de situações patológicas”*. [5]

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice. Em relação à funcionalidade, o idoso experimenta um aumento progressivo das limitações para as atividades da vida diária, o que afeta a sua independência e a sua autonomia.

A (in)capacidade funcional é um dos *outcomes* mais importantes após um Acidente Vascular Cerebral, sendo a sua avaliação das mais complexas, pois envolve a conjugação de vários fatores. [6, 7] A maioria dos trabalhos, nesta área, tem explorado a incapacidade após AVC, através da medição das limitações nas atividades da vida diária e na capacidade física, quase sempre num período de tempo relativamente curto após a lesão [8].

Após a estabilização da situação clínica, muitos sobreviventes do AVC são encaminhados para cuidados de reabilitação, sendo esta prática comum e amplamente aceite. [9] No contexto da reabilitação, uma abordagem efetuada por uma equipa multidisciplinar, que realize avaliações e intervenções de modo coordenado e com conhecimento da complexidade da incapacidade decorrente de um AVC, obtém melhores resultados. [10, 11]

A reabilitação do utente neurológico passa por quatro etapas distintas, que se podem sobrepor ou até transpor, sendo elas a fase aguda, a fase intermédia, a fase da alta e a fase da reintegração. [12]

É na fase final que os objetivos a longo prazo se tornam reais, procurando que o paciente se possa mover do modo mais normal possível, promovendo o uso da simetria e alcançando o máximo de autonomia. Os objetivos a longo prazo refletem-se na incapacidade residual, na funcionalidade e no estado geral do paciente. [13] A fase final, ou reintegração, é a fase mais difícil do processo de reabilitação, sendo que muitos dos sobreviventes de AVC não retornam à sua vida normal devido à falta de habilidades sociais e emocionais. [14]

Os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários desempenham na fase final do processo de reabilitação um papel crucial no controlo das necessidades de cada paciente, e incentivam a sua participação efetiva na comunidade e no exercício das atividades.

Entende-se por visita domiciliária, segundo a Unidade Missão para os Cuidados de Saúde Primários, as consultas realizadas por qualquer membro da equipa de saúde ou apoio social, no domicílio dos doentes. [15]

A Fisioterapia no domicílio é uma prática clínica que se vem exercendo desde há muitos anos, contudo a sua integração como modalidade assistencial numa perspetiva institucionalizada e estruturada, fazendo parte integrante dos diferentes departamentos de saúde nas administrações públicas da Península Ibérica é relativamente recente, tendo sido Espanha a pioneira no ano 2000, através do Concierto Marco para a Reabilitação. [16]

Como aponta a Organização Mundial de Saúde este tipo de atendimento surgiu da necessidade de harmonizar e personalizar a assistência oferecida a cada utente e envolva a família no seu processo de reabilitação, no domicílio. Uma maior sensibilização da comunidade sobre os benefícios dos cuidados domiciliários, da sociedade científica e dos responsáveis políticos para este tipo de prestação de cuidados de saúde permitirá um desenvolvimento cada vez mais uniforme no mapa europeu dos recursos de saúde. [17]

Em Portugal não existe uniformização nos serviços públicos de saúde sobre os cuidados específicos de fisioterapia domiciliária, à exceção da carteira de serviços dos fisioterapeutas englobados nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Deste modo, e atendendo ao Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro, no qual são criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), nas cinco unidades funcionais possíveis nos ACES, os Fisioterapeutas fazem parte de duas, nomeadamente, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e a Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). [18]

Também a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) veio dar resposta aos cuidados de saúde no âmbito da fisioterapia domiciliária, através da oferta integrada de cuidados multidisciplinares e da criação das equipas de cuidados continuados integrados (ECCI). [19]

A Fisioterapia domiciliária deve dar uma resposta útil, inovadora, eficiente e equitativa perante o aumento significativo de solicitações por parte dos utentes, o aumento da esperança média de vida, o aumento de utentes com patologias crónicas e a diminuição dos dias de internamento hospitalar, utilizando para tal modelos de gestão orientados para a excelência, satisfação dos utentes, bem como processos de medição e avaliação dos resultados dependendo dos objetivos propostos e do grau de capacidade funcional de cada utente. [20]

Atualmente existem muitos poucos estudos ao nível da Península Ibérica que revelem dados objetivos, baseados na evidência científica sobre a efetividade dos tratamentos prestados pelos serviços de fisioterapia e/ou reabilitação domiciliária. Ao nível internacional as investigações efetuadas revelam controvérsia, deixando o campo em aberto. Demonstrou-se que a prestação de serviços adequados, através de intervenções específicas para idosos é efetiva na redução da mortalidade e na melhoria da funcionalidade do utente, assim como na melhoria da sua localização, traduzindo-se numa diminuição da utilização dos recursos hospitalares, instituições e clínicos. [21]

A pertinência deste estudo justifica-se por um lado, pela falta de uniformização no que respeita a fisioterapia domiciliária oferecida pelo Serviço Nacional de Saúde, e por outro pela carência de investigação sobre o tema que permita potenciar os programas de fisioterapia domiciliária praticados pelas ECCIs. Assim, propomo-nos avaliar a capacidade funcional dos idosos vítimas de AVC e integrados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Uma reflexão sobre um tema que nos tem acompanhado ao longo do percurso profissional enquanto Fisioterapeuta num Centro de Saúde, ao qual pretendemos agora dar valor científico. Uma reflexão que pretende dar uma contribuição para a compreensão da dimensão e da importância da Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários.



## 2. OBJETIVOS

O objetivo geral desta investigação correspondeu à avaliação da capacidade funcional, durante um período de dez semanas, dos utentes com diagnóstico de AVC submetidos a um programa de fisioterapia domiciliária, através da sua integração em Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Pretendeu-se, ainda, com esta investigação alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar o estado funcional dos utentes, no momento correspondente à sua integração (t0) nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, do Distrito da Guarda;
- Avaliar o estado funcional dos utentes, após dez semanas de integração (t1) nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, do Distrito da Guarda;
- Determinar a evolução funcional dos utentes entre os dois momentos de avaliação (t0 e t1);
- Relacionar a evolução funcional de cada utente com as suas características individuais e condições socioeconómicas.

No seguimento dos objetivos definidos elaboraram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese Experimental (h1) -O programa de fisioterapia domiciliária permite alcançar ganhos na capacidade funcional dos utentes que sofreram AVC.

Hipótese Nula (h0) - O programa de fisioterapia domiciliária não permite alcançar ganhos na capacidade funcional dos utentes que sofreram AVC.



### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 - Tipo e Desenho do estudo

Foi desenvolvido um estudo experimental não controlado para avaliação da capacidade funcional dos utentes com diagnóstico de AVC submetidos, durante um período de dez semanas, a um programa de fisioterapia domiciliária.

Cada utente foi submetido a dois momentos de avaliação, com intervalo de 10 semanas e correspondente a um total de 20 sessões de fisioterapia domiciliária, com periodicidade de 2 sessões por semana. O primeiro momento de avaliação, designado de t0, antes do início das sessões de fisioterapia domiciliária; e, o segundo momento de avaliação, t1, no final das 20 sessões de fisioterapia domiciliária.

Em cada momento de avaliação foi avaliada a capacidade funcional dos utentes, através da aplicação dos dois instrumentos de recolha de dados, sendo que na primeira avaliação foi ainda aplicado um questionário de caracterização de cada utente.

#### 3.2 - População e Amostra do estudo

A população, deste estudo, correspondeu aos utentes integrados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados da área de abrangência da ULS Guarda (exceto concelho de Vila Nova de Foz Côa), ou seja, utentes inscritos nos Centros de Saúde de Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Meda, Pinhel, Seia, Sabugal e Trancoso.

Os critérios utilizados, nesta investigação para seleção da amostra, foram semelhantes aos utilizados noutros estudos de objetivos idênticos. [22, 23]

Deste modo os critérios de inclusão foram:

- Idade superior a 65 anos;
- Diagnóstico clínico de Acidente Vascular Cerebral (de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde);
- Pontuação do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) igual ou superior a 17 (ou a 15 em situações de analfabetismo) de modo a aclarar a inexistência de disfunções cognitivas severas.

Os critérios de exclusão corresponderam a:

- Presença de patologia cardíaca severa que impedisse a realização de algumas atividades terapêuticas (avaliado pela equipa clínica de cada ECCI).
- Utente vítima de mais do que um AVC.

A amostra foi selecionada por conveniência, num total de 46 idosos, de entre os utentes integrados nas ECCI da ULS Guarda (exceto concelho de Vila Nova de Foz Côa).

### **3.3 - Definição das variáveis**

As variáveis definidas para esta investigação foram de três tipos:

- Dependentes - Pontuação na Motor Assessment Scale (MAS) e Pontuação no Índice de Barthel (IB).
- Independentes - Programa de Fisioterapia domiciliária.
- Caracterização - Características individuais dos utentes (género, idade, estado civil, nível de escolaridade e profissão), condição Clínica dos utentes e caracterização sociofamiliar dos utentes

### **3.4 - Instrumentos de recolha de dados**

A avaliação da *performance* cognitiva dos utentes, efetuada inicialmente para garantir a inclusão dos utentes no estudo, foi realizada através da *Mini-Mental State Examination* desenvolvido por Folstein e colaboradores em 1975.

Para avaliar a capacidade funcional dos utentes após AVC foi utilizada a Escala de Avaliação Motora (originalmente designada por *Motor Assessment Scale - MAS*) e o Índice de Barthel (IB), tendo sido concedida autorização por parte dos autores das versões portuguesas para a sua utilização nesta investigação.

A seleção destes dois instrumentos, para avaliação da capacidade funcional, teve por base diversas investigações, nacionais e internacionais, cujo objetivo geral era semelhante ao do presente trabalho. [22, 24, 25] Bem como o questionário de caracterização do utente desenvolvido, que pretendeu registar dados acerca das características individuais dos utentes, da condição clínica e da caracterização sociofamiliar. [26, 27]

### **3.5 - Método de recolha de dados**

#### Testes preliminares

O Pré-teste teve como objetivo, verificar se as questões estavam devidamente formuladas e se havia dúvidas quanto ao seu preenchimento, possibilitando também à autora do estudo o envolvimento e o conhecimento da população alvo. Deste modo, foram selecionadas 4 utentes e aplicados os instrumentos de avaliação, não tendo sido registada qualquer dificuldade ou duvida durante o preenchimento dos mesmos.

### Antes dos procedimentos

A recolha de dados foi efetuada por uma equipa constituída pela investigadora com a colaboração de seis fisioterapeutas previamente treinados. Para o efeito, foi realizado um encontro de preparação, onde:

- Foram apresentados os instrumentos de recolha de dados;
- Se analisaram os protocolos a aplicar e se providenciou a entrega de um guia de avaliação, com a informação referente ao Mini-Mental State Examination (MMSE), Índice de Barthel (IB) e *Motor Assessment Scale* (MAS);
- Foi realizada a aplicação dos instrumentos de recolha de dados a um utente para treino dos avaliadores;
- Foi entregue aos fisioterapeutas avaliadores todo o conjunto de protocolos necessários a prossecução do estudo.

### Procedimentos

O programa de fisioterapia domiciliária foi administrado por sete fisioterapeutas, correspondentes aos fisioterapeutas das ECCIs da ULS Guara (exceto concelho de Vila Nova de Foz Côa), sendo que cada fisioterapeuta exerce a sua atividade nestas equipas, e em contexto domiciliário, há pelo menos 4 anos.

Os utentes incluídos no estudo beneficiaram de 20 sessões de fisioterapia domiciliária, de aproximadamente 50 a 60 minutos, durante 10 semanas, com periodicidade de 2 sessões por semana. A intervenção efetuada, durante as sessões, baseou-se no conceito de Terapia pelo Movimento, incluindo procedimentos como a facilitação motora, o controlo postural, o treino de atividades funcionais, o treino de AVD's, o treino proprioceptivo, o treino de equilíbrio e de marcha, e o ensino ao utente/cuidados. Salienta-se, ainda, que o tipo de intervenção implementado neste estudo vai ao encontro do já efetuado pelas ECCIs e padronizado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados, pelo que, a inclusão do utente neste estudo em nada alterou o Plano Individual Terapêutico do mesmo.

### **3.6 - Questões éticas**

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde da Guarda - EPE, e todos os participantes deram o seu consentimento informado, através da assinatura de um documento.

### **3.7 - Análise Estatística**

Os dados foram analisados com recurso à utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0 para Windows. A interpretação dos resultados foi realizada com base no nível de significância de  $\alpha=0,05$  com intervalo de confiança de 95%. Para um  $\alpha$  significativo ( $\leq 0,05$ ) rejeitou-se a hipótese nula ( $h_0$ ), isto é, o programa de fisioterapia domiciliária permite alcançar ganhos na capacidade funcional dos utentes que sofreram AVC. Os testes de estatísticos utilizados foram:

- a) Estatística descritiva: medidas de tendência central como a média, desvio padrão, mínimo e o máximo
- b) Estatística Inferencial: avaliou-se a normalidade dos dados pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov e a homogeneidade das variâncias pelo Teste de Levene. Na presença de uma distribuição normal e da homogeneidade utilizaram-se Testes Paramétricos (TP), em caso contrário Testes Não Paramétricos (TNP). Para avaliar as diferenças entre  $t_0$  e  $t_1$  recorreu-se ao Paired-Sample Test (TP) ou ao Teste de Wilcoxon (TNP).

## 4. RESULTADOS

### 4.1- Caracterização da amostra

Na amostra predominaram os indivíduos de sexo masculino (60,9%), com idades compreendidas entre os 75 e 84 anos (41,3%), de estado civil casado (65,2%), sem escolaridade (32,6%) e com profissão relacionada com a agricultura (32,6%). No que respeita a condição clínica, o tipo de AVC mais frequente correspondeu ao Isquémico (60,9%), sendo a lesão cerebral do hemisfério esquerdo a predominante com 56,5%, e o ano da lesão mais comum divide-se entre 2010 e 2011 (23,9% e 21,7% respetivamente).

### 4.2 – Apresentação e análise dos resultados

Para verificar a normalidade da distribuição da Pontuação Final da *Motor Assessment Scale* e do Índice de Barthel, em t0 e t1, recorreu-se ao Teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo o valor de  $p$  para a MAS inferior a 0,05 e para o IB superior a 0,05, motivo pelo qual se efetuaram Testes Paramétricos no primeiro caso e Não-Paramétricos no segundo.

De modo a verificar a existência de diferenças significativas na Pontuação Final da MAS, entre os dois momentos de avaliação realizou-se, o Paired Sample Test. O valor observado para  $p$  para estas variáveis foi de 0,001, demonstrando assim a existência de diferenças significativas na capacidade funcional dos utentes antes e após a realização do programa de fisioterapia domiciliária [Tabela 1].

**Tabela 1** – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0, Paired Sample Test (n=46)

n=46	Média	Desvio Padrão	$P$
MAS t0	15,40	11,37	0,001 (*)
MAS t1	25,41	12,31	

(\*)  $p \leq 0,05$

Analogamente, a Tabela 2 mostra os resultados obtidos para a Pontuação Final do Índice Barthel no Teste de Wilcoxon, sendo o valor  $p$  de 0,001, demonstrando, assim, a existência de diferenças significativas na capacidade funcional dos utentes antes e após a realização do programa de fisioterapia domiciliária.

**Tabela 2** – Comparação de médias do IB entre t1 e t0, Teste de Wilcoxon (n=46)

n=46	Média	Desvio Padrão	P
IB t0	40,10	26,12	0,001 (*)
IB t1	61,52	26,47	

(\*) p≤0,05

Os resultados que a seguir se apresentam referem-se à identificação das variáveis da ficha de caracterização, que mais se poderiam relacionar com a evolução da capacidade funcional registada nos utentes, sendo elas: sexo, idade, tipo de AVC, hemicorpo afetado, grau de parentesco do cuidador e as condições habitacionais. De modo a averiguar a normalidade da distribuição das variáveis acima mencionadas, recorreu-se ao Teste de Kolmogorov-Smirnov, sendo que todas apresentavam uma distribuição não normal.

Na Tabela 3 e na Tabela 4 encontra-se a comparação de médias em t0 e em t1, para a MAS e o IB, respetivamente, consoante o sexo.

**Tabela 3** – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0, por sexo, Paired Sample Test (Masculino n=28, Feminino n=18)

N	MAS	Média	Desvio padrão	P
Masculino (n=28)	t0	17,64	10,15	0,001 (*)
	t1	27,07	10,70	
Feminino (n=18)	t0	11,50	12,28	0,001 (*)
	t1	22,83	14,42	

(\*) p≤0,05

**Tabela 4** – Comparação de médias do IB entre t1 e t0, por sexo, Wilcoxon Test (Masculino n=28, Feminino n=18)

N	IB	Média	Desvio padrão	P
Masculino (n=28)	t0	43,57	25,45	0,001 (*)
	t1	73,21	23,77	
Feminino (n=18)	t0	34,72	26,97	0,001 (*)
	t1	58,84	28,42	

(\*) p≤0,05

As Tabelas 3 e 4 demonstram que em ambos os sexos se registaram diferenças com elevada significância ( $p=0,001$ ) para a MAS e para o IB, traduzindo numa melhoria da capacidade funcional entre os dois momentos de avaliação. Foram efetuados testes para comparação de médias entre grupo masculino e feminino, testes *post-hoc*, não tendo sido encontradas diferenças significativas na MAS ou no IB entre sexos.

Procurou-se também conhecer a evolução da funcionalidade perante a idade dos participantes, para isso foram construídos três grupos (entre 65 e 74anos, entre 75 e 84 anos e mais de 85 anos). As Tabelas 5 e 6 resumem os resultados observados para a MAS e o IB, respetivamente, sendo que, para cada um dos grupos estabelecidos por idade registaram-se diferenças significativas entre t0 e t1, quer na MAS quer no IB.

**Tabela 5** – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0, por idades, Paired Sample Test

<b>N</b>	<b>MAS</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>P</b>
[65-74] (n=14)	t0	20,14	12,26	0,001 (*)
	t1	35,50	9,99	
[75-84] (n=19)	t0	14,89	9,99	0,001 (*)
	t1	23,37	11,84	
≥ 85 (n=13)	t0	10,46	10,70	0,001 (*)
	t1	20,76	12,71	

(\*)  $p \leq 0,05$

**Tabela 6** – Comparação de médias do IB entre t1 e t0, por idades, Wilcoxon Test.

<b>N</b>	<b>IB</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>P</b>
[65-74] (n=14)	t0	55,36	25,07	0,001 (*)
	t1	80,00	18,19	
[75-84] (n=19)	t0	35,00	24,89	0,001(*)
	t1	57,90	22,87	
≥ 85 (n=13)	t0	31,15	23,47	0,003 (*)
	t1	46,92	25,89	

(\*)  $p \leq 0,05$

Quando efetuadas comparações múltiplas entre os três grupos de idades, através dos testes *post-hoc*, apenas se registam diferenças significativas entre o grupo dos 65-74 anos e mais

de 85 anos, como descreve a Tabela 7, indicando deste modo que o primeiro grupo teve uma evolução na capacidade funcional mais positiva que o grupo de idade mais avançada.

**Tabela 7** – Comparações das médias da MAS, determinadas por comparações post-hoc Bonferroni entre pares de médias em t1, para os grupos de idades.

<b>N</b>		<b>Dif. Média</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>P</b>
[65-74] (n=14)	75-84 (n=19)	5,25	3,85	0,538
	>85 (n=13)	11,73	4,46	0,035 (*)

(\*)  $p \leq 0,05$

Quando efetuadas comparações múltiplas entre os três grupos de idades, através dos testes *post-hoc*, obtiveram-se diferenças significativas para o grupo dos 65-74 anos no IB em t1, como descreve a Tabela 8, realçando mais uma vez que o grupo com menos idade alcançou sempre resultados mais significativos na funcionalidade, quando comparados com grupos de idade mais avançada.

**Tabela 8** – Comparações das médias do IB, determinadas por comparações post-hoc Bonferroni entre pares de médias em t1, para os grupos de idades.

<b>N</b>		<b>Dif. Média</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>P</b>
[65-74] (n=14)	75-84 (n=19)	22,10	7,86	0,022 (*)
	>85 (n=13)	33,08	8,59	0,001 (*)

(\*)  $p \leq 0,05$

No que concerne a condição clínica também se observaram diferenças na evolução funcional consoante o tipo de AVC ou o hemisfério afetado.

Os dados relativos ao tipo de AVC encontram-se traduzidos nas Tabelas 9 e 10. Como se pode observar, o tipo de AVC não definido não revelou uma evolução funcional significativa através da MAS ou do IB, para um  $p \leq 5\%$ , entre t0 e t1.

**Tabela 9** – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0, por tipo de AVC, Paired Sample Test.

<b>N</b>	<b>MAS</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>P</b>
Isquêmico (n=28)	t0	15,57	11,63	0,001 (*)
	t1	25,86	13,03	
Hemorrágico (n=14)	t0	13,64	10,10	0,001 (*)
	t1	21,87	11,30	
Não Definido (n=4)	t0	18,50	15,28	0,073
	t1	34,75	4,11	

(\*)  $p \leq 0,05$ **Tabela 10** – Comparação de médias do IB entre t1 e t0, por tipo de AVC, Wilcoxon Test.

<b>N</b>	<b>IB</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>P</b>
Isquêmico (n=28)	t0	39,28	26,55	0,001 (*)
	t1	61,79	24,77	
Hemorrágico (n=14)	t0	35,71	24,95	0,001 (*)
	t1	54,28	26,37	
Não Definido (n=4)	t0	61,25	22,50	0,068
	t1	85,00	14,71	

(\*)  $p \leq 0,05$ 

Foram ainda efetuados testes para comparação de médias entre os diferentes tipos de AVC, testes *post-hoc*, não tendo sido encontradas diferenças significativas na MAS ou no IB entre os mesmos.

Independentemente do hemisfério afetado, os resultados evidenciam uma evolução funcional significativa ( $p = 0,001$ ) quer na MAB quer no IB. Foram ainda realizados testes para comparação de médias entre o hemisfério afetado através dos testes *post-hoc*, não tendo sido encontradas diferenças significativas na MAS ou no IB entre os mesmos.

Quanto à variável Data do AVC, foram criados três grupos (1= AVC há 1 ano, 2 = AVC há 2 anos e 3 = AVC há mais de três anos). Realizaram-se correlações entre os grupos e a evolução funcional medida através da MAB e do IB, não tendo sido encontradas correlações com valor estatístico significativo.

As condições sócio-familiares como o grau de parentesco do cuidador e as condições habitacionais foram similarmente estudadas e relacionadas com as pontuações da Motor Assessment Scale e do Índice de Barthel.

As Tabelas 11 e 12 resumem os resultados encontrados quanto ao grau de parentesco do cuidador e as médias da MAS e o IB, respetivamente. Sendo que, apenas na condição do cuidador ser o cônjuge ou os filhos, se registam diferenças significativas na capacidade funcional através da MAS ( $p=0,001$ ) ou do IB ( $p=0,001$  para o cônjuge e  $p=0,002$  para os filhos).

**Tabela 11** – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0, por parentesco do cuidador, Paired Sample Test.

<i>N</i>	MAS	Média	Desvio padrão	<i>P</i>
Cônjuge ( <i>n</i> =28)	t0	18,53	9,52	0,001 (*)
	t1	29,00	9,96	
Filhos ( <i>n</i> =13)	t0	8,31	11,26	0,001 (*)
	t1	17,46	12,94	

(\*)  $p \leq 0,05$

**Tabela 12** – Comparação de médias do IB entre t1 e t0, por parentesco do cuidador, Wilcoxon Test.

<i>N</i>	IB	Média	Desvio padrão	<i>P</i>
Cônjuge ( <i>n</i> =28)	t0	48,57	19,67	0,001 (*)
	t1	71,43	18,60	
Filhos ( <i>n</i> =13)	t0	25,00	27,16	0,002 (*)
	t1	43,08	23,94	

(\*)  $p \leq 0,05$

As condições habitacionais e a sua relação com as pontuações da MAS e do IB podem ser observadas nas Tabelas 13 e 14.

**Tabela 13** – Comparação de médias da MAS entre t1 e t0, por condições habitacionais, Paired Sample Test .

<b>N</b>	<b>MAS</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>P</b>
Sem barreiras (n=7)	t0	9,29	12,35	0,008 (*)
	t1	19,43	14,30	
Barreiras que ultrapassa (n=27)	t0	19,44	10,55	0,001 (*)
	t1	29,51	10,53	
Barreiras que não ultrapassa (n=11)	t0	9,45	8,89	0,003 (*)
	t1	20,24	12,30	

(\*)  $p \leq 0,05$

**Tabela 14** – Comparação de médias do IB entre t1 e t0, por condições habitacionais, Wilcoxon Test

<b>N</b>	<b>IB</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>P</b>
Sem barreiras (n=7)	t0	29,29	30,06	0,027 (*)
	t1	46,43	30,37	
Barreiras que ultrapassa (n=27)	t0	50,74	21,96	0,001 (*)
	t1	72,78	20,44	
Barreiras que não ultrapassa (n=11)	t0	23,64	22,37	0,003 (*)
	t1	45,91	20,95	

(\*)  $p \leq 0,05$

Independentemente da presença de barreiras arquitetónicas observa-se uma melhoria significativa, quer para a MAS quer para o IB, entre os dois momentos de avaliação. Contudo o grupo que apresenta uma melhoria da funcionalidade com maior valor estatístico, em ambas as escalas, corresponde ao grupo de utente que referiu presença de barreiras que ultrapassa, com um  $p=0,001$ .

Quando analisados os dados da MAS, relativamente à comparação da pontuação de cada item, antes e após a realização do programa de fisioterapia domiciliária, obtêm-se no *Paired Sample Test* valores de  $p \leq 0,05$  nas 8 tarefas avaliadas, concluindo assim que a

capacidade funcional dos utentes evoluiu de modo muito significativo (valor de  $p = 0,001$ ) entre  $t_0$  e  $t_1$  nos utentes incluídos nas ECCL, tabela 15. No que concerne os 10 itens do Índice de Barthel foi também aplicado o *Paired Sample Test* para comparar a pontuação de cada um antes e após a realização do programa de fisioterapia domiciliária, sendo que também neste caso os valores de  $p$  são inferiores a 0,05, tabela 16.

**Tabela 15** – Paired Sample Test para comparação de cada item da MAS entre  $t_1$  e  $t_0$ .

$n=46$	Diferença médias	Desvio Padrão	Erro Padrão	$P$
Passagem Decúbito Dorsal- Lateral ( $t_0 - t_1$ )	-1,39	1,27	0,19	0,001 (*)
Passagem Decúbito Dorsal – Sentado ( $t_0 - t_1$ )	-1,37	0,88	0,13	0,001 (*)
Equilíbrio ( $t_0 - t_1$ )	-1,37	1,10	0,16	0,001 (*)
Sentado – Pé ( $t_0 - t_1$ )	-1,52	1,15	0,17	0,001 (*)
Marcha ( $t_0 - t_1$ )	-1,24	1,02	0,15	0,001 (*)
M. Superior ( $t_0 - t_1$ )	-1,26	1,22	0,18	0,001 (*)
Mão ( $t_0 - t_1$ )	-1,13	1,41	0,21	0,001 (*)
Destreza Manual ( $t_0 - t_1$ )	-0,89	1,23	0,18	0,001 (*)

(\*)  $p \leq 0,05$

**Tabela 25** – Paired Sample Test para comparação de cada item do IB entre  $t_1$  e  $t_0$ .

$n=46$	Diferença médias	Desvio Padrão	Erro Padrão	$P$
Alimentação ( $t_0 - t_1$ )	-1,85	2,66	0,39	0,001 (*)
Transferências ( $t_0 - t_1$ )	-4,46	3,53	0,52	0,001 (*)
Higiene ( $t_0 - t_1$ )	-0,98	2,01	0,30	0,002 (*)
WC ( $t_0 - t_1$ )	-1,74	2,41	0,36	0,001 (*)
Banho ( $t_0 - t_1$ )	-0,98	2,01	0,30	0,002 (*)
Mobilidade ( $t_0 - t_1$ )	-4,02	3,59	0,53	0,001 (*)
Escadas ( $t_0 - t_1$ )	-3,04	3,07	0,45	0,001 (*)
Vestir ( $t_0 - t_1$ )	-2,07	2,49	0,37	0,001 (*)
Cont.Intestinal ( $t_0 - t_1$ )	-1,20	2,62	0,39	0,003 (*)
Cont.Urinário ( $t_0 - t_1$ )	1,09	2,09	0,31	0,001 (*)

(\*)  $p \leq 0,05$

## 5. DISCUSSÃO

No presente estudo foram incluídos utentes com diagnóstico de AVC e integrados nas ECCIs da área de abrangência da ULS Guarda (exceto concelho Vila Nova de Foz Côa), que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão, e que aceitaram participar no estudo.

A distribuição por sexo (60,9% Homens e 39,1% Mulheres) e a idade dos utentes (41,3% com idades entre 75-84anos) corresponde ao esperado, uma vez que, os homens apresentam uma maior incidência de AVC e a idade ser fator de risco para esta patologia. [28]

Relativamente ao estado civil os utentes casados (65,2%) representavam a percentagem mais elevada, seguido dos solteiros (30,2%), estando os viúvos e os divorciados em menor expressão. No que respeita à escolaridade, 32,6% dos utentes da amostra não frequentou qualquer nível de ensino e 19,3% detinham menos do 1º ciclo de ensino básico. Estes dados referentes ao estado civil e ao nível de escolaridade são concordantes com os registados nos censos 2011, nos quais 19% da população refere não ter qualquer nível de escolaridade, e o estado civil de casado representa a maior percentagem da população com 47% seguido dos solteiros com 40%. [29]

Quanto ao tipo de Acidente Vascular Cerebral encontramos uma forte predominância do AVC isquémico (60,9%), como referenciado pela literatura consultada que aponta para 85% dos casos como isquémicos, e apenas 15 a 20% como hemorrágicos. [30]

A condição sociofamiliar dos participantes indica-nos que na maioria dos casos o cuidador é o cônjuge (60,9%) ou outro familiar (32,6%), a idade média do cuidador é de  $62,98 \pm 12,89$  anos, e em 58,7% dos casos existiam barreiras arquitetónicas na habitação. Os dados recolhidos, num estudo semelhante, relatam também que 78,6% dos utentes vítimas de AVC tinham como cuidador um familiar, e em 57,1% dos casos os utentes descreviam presença de barreiras arquitetónicas no domicílio. [22]

Assim sendo, o grupo de pacientes incluídos no nosso estudo possui características semelhantes às da população dos utentes com AVC conforme as características pessoais, condição clínica e condição sociofamiliar. Salienta-se ainda que, o perfil mais frequente de utentes integrados na RNCCI, em 2011, apresentava as seguintes características: predominância do sexo feminino, idade superior a 65 anos, baixa escolaridade, reside com a família natural e apresenta dependência. [31] O que muito se assemelha ao perfil dos utentes incluídos neste estudo, à exceção do sexo.

Relativamente à avaliação da capacidade funcional dos utentes incluídos neste estudo, os resultados apontam para um aumento de 10,17 pontos na média da *Motor Assessment Scale* (média em t0 = 15,24 e em t1 = 25,41) e de 21,41 pontos na média do Índice de Barthel (média em t0 = 40,11 e em t1=61,52), sugerindo uma melhoria na funcionalidade, que se evidenciou significativa após a realização de 20 sessões de fisioterapia domiciliária ( $p=0,001$  para a MAS e  $p=0,001$  para a IB).

Como afirmado pela Associação Espanhola de Medicina Geriátrica a prestação de serviços domiciliários adequados através de intervenções específicas para idosos é efetiva na redução da mortalidade e na melhoria da funcionalidade, caminhando os resultados do presente estudo ao encontro da afirmação atrás mencionada. [21]

Alguns autores nacionais e internacionais encontraram, também, melhorias significativas na funcionalidade após programas de fisioterapia e/ou reabilitação domiciliária, embora o número de investigações neste campo seja reduzido. [32, 33]

Como já mencionado anteriormente, a evolução funcional dos participantes foi diferente por sexo, idade e tipo de AVC.

No que respeita a idade é unânime que o avançar da idade influencia negativamente a recuperação funcional, sendo esta uma variável pertencente aos fatores pessoais identificados na Classificação Internacional da Funcionalidade.[ 26, 34, 35] No presente estudo os três grupos definidos consoante a idade (65-74anos, 75-84anos e >85) obtiveram uma evolução significativa ( $p \leq 0.05$ ) na capacidade funcional entre t0 e t1 quer para a MAS quer para o IB. Contudo, quando efetuadas comparações múltiplas entre os três grupos de idades, as diferenças mais significativas surgem entre o grupo dos 65-74 anos e mais de 85 anos, com  $p=0,035$  na MAS e  $p=0.001$  no IB. Indicando deste modo que o grupo mais jovem obteve uma evolução na capacidade funcional mais acentuada que o grupo de idade mais avançada.

O tipo de AVC parece também estar relacionado com melhorias na funcionalidade, sendo que os hemorrágicos apresentam geralmente resultados funcionais inferiores. [22, 35] No presente estudo, quer os Isquémicos quer os Hemorrágicos revelaram diferenças significativas na funcionalidade entre t0 e t1, com um valor de  $p=0,001$  na MAS e no IB.

As relações estudadas entre o grau de parentesco do cuidador ou as condições habitacionais e a evolução funcional dos utentes demonstraram diferentes resultados.

No que respeita ao grau de parentesco do cuidador, apenas foram obtidos resultados com significado estatístico, para cuidadores de família direta, cónjuge ( $p=0,001$  na MAS e  $p=0,001$  no IB) ou filhos ( $p= 0,001$ na MAS e  $p=0,002$  no IB). O número de utentes da amostra, cujo cuidador é um familiar direto, corresponde a 41, representando assim 89,2% da amostra, sendo os familiares os fornecedores de grande parte dos cuidados de longa duração a utentes pós AVC,

implicando muitas vezes mudanças radicais nas suas vidas. [35] A equipa de reabilitação deve envolver a família, no processo de reabilitação de modo a favorecer a integração e obter melhor prognóstico. Também os resultados de um estudo nacional indicam melhores resultados funcionais, medidos através do Índice de Barthel, em utentes cujo cuidador é o cônjuge. As mesmas autoras referem que elevados níveis de suporte familiar e físico estão associados a uma progressiva melhoria na recuperação funcional. [22]

Quanto às condições habitacionais, independentemente do tipo de barreiras arquitetónicas (sem barreiras, com barreiras que ultrapassa ou com barreiras que não ultrapassa) foram alcançadas melhorias da funcionalidade com valor significativo, contudo quer na MAS quer no IB, os resultados apresentam maior valor estatístico quando o utente ultrapassa as barreiras ( $p=0,001$ ). Este resultado vai ao encontro de outros, que revelam que os fatores ambientais, como as barreiras existentes no meio físico, desempenham um papel importante no perfil da funcionalidade dos utentes pós AVC. [26]

Em síntese, os resultados da presente investigação assemelham-se às conclusões publicadas pela Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados, quanto à evolução da autonomia física, onde 22% dos utentes melhoraram significativamente com a sua admissão nesta tipologia, com  $p \leq 0,005$ . [36]

Contudo, independentemente dos resultados motivadores para estas Equipas, existe uma baixa taxa de ocupação em todas as regiões, sendo o Alentejo que melhor taxa de ocupação apresenta com 60%, e o Centro a mais baixa com 29%. Atendendo ao número de lugares disponíveis deveria existir por parte das regiões uma sensibilização para a disponibilidade dos cuidados domiciliários, principalmente quando as recomendações internacionais e estudos sobre a preferência dos utentes aponta este tipo de respostas como prioritário. [31]

De igual modo, é possível encontrar nas recomendações para a melhoria contínua do trabalho desenvolvido nas várias equipas da RNCCI, referência à manutenção da mobilidade funcional, onde esta última é citada como o principal objetivo dos cuidados a prestar nos vários serviços da rede, sendo definidas várias orientações gerais e específicas, para toda a equipa multidisciplinar, com vista a alcançar a máxima capacidade funcional do utente. [36]

Como em qualquer estudo, as limitações devem ser identificadas de modo a permitir melhorar trabalhos futuros.

Em primeiro lugar o tamanho da amostra e os critérios de inclusão selecionados, como a pontuação do *Mini-Mental State Examination* superior a 17 (15 em situações de analfabetismo), não permitem a generalização dos resultados para a totalidade da população idosa e vítima de AVC.

---

O desenho de estudo utilizado poderá ser encarado como uma limitação. Efetivamente, a inexistência de grupo de controlo corresponde a uma limitação inevitável. Sendo que os utentes foram selecionados por estarem integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados, não seria ético, no nosso parecer, privar os mesmos do tipo de cuidados oferecidos por esta rede. Além do que, como já mencionado anteriormente os valores destas equipas prestadoras de cuidados centram-se na manutenção da mobilidade funcional.

A existência de vários avaliadores poderá constituir outra limitação do estudo, porém a extensa área geográfica e o elevado número de ECCI abrangidos impediram a redução do número de fisioterapeutas. Deste modo procurou-se combater esta limitação com um encontro de preparação entre os diferentes avaliadores de modo a estabelecer o protocolo a utilizar.

Finalmente, e como consequência de todo o trabalho desenvolvido, permitimo-nos avançar algumas questões:

- O número de idosos integrados na RNCCI, entre 2008 e 2011, evoluiu de 80% para 85,4%, acarretando uma maior probabilidade de doenças crónicas e incapacidade. [31] O conhecimento desta realidade deverá estar na base de uma mudança na abordagem do utente por parte dos profissionais, procurando os mesmos adequar os cuidados à especificidade deste grupo etário, em sintonia com os valores traçados pela Rede Nacional de Cuidados Continuados.
- É determinante a adoção de instrumentos de medida específicos da própria condição ou patologia na prática clínica das ECCI, que permitam avaliar e medir a evolução dos seus utentes, e por consequência o impacto das ECCI em termos de funcionalidade, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde.
- Estudos futuros deviam centrar-se na análise da efetividade da fisioterapia domiciliária discriminando o que se objetiva e o pacote de cuidados prestados, de modo a evidenciar o papel dos Fisioterapeutas nos Cuidados de Saúde Primários.

A realização deste trabalho permitiu ainda refletir sobre a prática do Fisioterapeuta nas ECCIs, e o papel indispensável das mesmas equipas dentro da própria Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Além da melhoria na funcionalidade dos utentes observada neste trabalho, não nos podemos esquecer que os profissionais destas equipas facilitam a integração do utente na comunidade e articulam-se de um modo mais próximo com o cuidador, podendo ser este um dos caminhos a seguir pelos cuidados de saúde.

## 6. CONCLUSÃO

Do trabalho desenvolvido e agora apresentado parece-nos que podemos considerar que a fisioterapia domiciliária induz uma melhoria na funcionalidade em utentes idosos e vítimas de AVC. A realização de um programa de 20 sessões de fisioterapia domiciliária evidenciou uma melhoria significativa na capacidade funcional em idosos vítimas de AVC, quando medida pelo Índice de Barthel ( $p=0,001$ ) e pela *Motor Assessment Scale* ( $p=0,001$ ), confirmando assim a hipótese experimental.

---

---

---

**BIBLIOGRAFIA**

1. PORDATA. Base de Dados de Portugal Contemporâneo [Internet]. Lisboa: Base de Dados de Portugal Contemporâneo – Indicadores [cited 2020 Apr]. Available from: <https://www.pordata.pt/Home>
2. Organização Mundial de Saúde [OMS]. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001. Genebra: OMS.
3. INE. Portal do Instituto Nacional de Estatística [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2020 [cited 2020 Mai]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=281091494&DE%20STAUQUESmodo=2&xlang=pt&fbclid=IwAR3KiyE-byrhR\\_9qAeLhzHaUE4willDTXi7mt6\\_yxtCD46UBE4ocaYOMQQ](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=281091494&DE%20STAUQUESmodo=2&xlang=pt&fbclid=IwAR3KiyE-byrhR_9qAeLhzHaUE4willDTXi7mt6_yxtCD46UBE4ocaYOMQQ).
4. Hankey, Graeme J. Stroke. *Lancet*. 2017; 389(10069): 641–54.
5. Paúl, C. e Fonseca, A. Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados, 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores; 2005: 115p.
6. Finch, L., Higgins, J., Wood-Dauphinee, S. e Mayo, N. A measure of physical functioning to define stroke recovery at 3 months. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009;90: 1584-1595.
7. Organização Mundial de Saúde [OMS]. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Deliberação n.º10/2003, publicada no Diário da República n.º5 de 7 de Janeiro de 2003. IIª Série. 2003. [cited 2011 Dez]. Available from: <http://www.dgs.pt/>
8. Wieland, D. e Hirth, V. Comprehensive Geriatrics Assessment. *Cancer Control*. 2003; 10(6):454-452.
9. Page, S., Gater, D. e Bach, P. Reconsidering the motor recovery plateau in stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2004;85: 1377-1381.
10. Organização Mundial de Saúde [OMS]. STEPS Stroke Manual: the WHO STEPwise approach to stroke surveillance. 2006. Genebra: OMS.
11. Strasser, D., Falconer, J., Herrin, J., Browen, S., Stevens, A. e Uomoto, J. Team functioning and patient outcomes in stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005; 86:403-409.
12. Royal College of Physicians, [RCP]. National Clinical Guideline for Stroke. Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party. 2008.
13. Strokes, M. Physical Management in Neurological Rehabilitation, 2ª ed. 2004. Edinburgh: Elsevier Limited.

14. Logan, P., Gladman, J., Avery, A., Walker, M., Dyas, J. e Groom, L. Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *Br Med J.* 2004; 329: 1372-1377.
15. Unidade Missão para os Cuidados de Saúde Primários, [UMCSP]. Carteira de Serviços. 2007. Lisboa: UMCSP.
16. CMR Carrasco. Concierto para rehabilitación domiciliaria del Hospital. Real Decreto 2/2000, de 16 de junio. 2000. Madrid. [cited 2011 Nov]. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/01/02/pdfs/B00078-00078.pdf>
17. Organização Mundial de Saúde [OMS]. Septima conferencia mundial sobre o envelhecimento organizada pela Federação Internacional sobre o Envelhecimento. 2004. Genebra. [cited 2011 Nov]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr60/es/>
18. Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho. Diário da Republica nº 109/2006 – I Série A. Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa
19. Decreto-lei n.º nº28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da Republica nº 38/2008 – I Série A. Lisboa.
20. López, R., Góngora, D., Matamoros, C., Coutinho, M., Miranda, A. e Brito, C. Los servicios de fisioterapia domiciliaria en el sistema sanitario público de la Península Ibérica. *Fisioterapia y Kinesiología*, 2009. 2(1):46-57.
21. Associação Espanhola de Medicina Geriátrica. Prevención de la dependencia en las personas mayores. (2006). Madrid: Semeg.
22. Sá, C., Margarido, I., Pereira, M. e Pereira, C. Um ano após AVC – Que recuperação? Um estudo longitudinal prospectivo. *EssFisionline*. 2007;3(3):8-16.
23. Moita, S. Evolução Funcional do utente com AVC nos primeiros seis meses após a lesão no Distrito de Évora. Monografia em Fisioterapia. Escola Superior de Saúde de Setúbal - Instituto Politécnico de Setúbal. 2006. [cited 2011 Nov]. Available from <http://www.profala.com/artfisio60.htm>
24. Langhammer, B e Lindmark, B. Functional exercise and physical fitness post stroke: the importance of exercise maintenance for motor control and physical fitness after stroke. *Stroke research and treatment*. 2012: ID 864835
25. Nunes, S., Pereira, C. e Silva, M. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros meses após lesão. *EssFisionline*. 2005; 1(3):3-20.
26. Costa, R. Factores preditores do estado de saúde em indivíduos Vítimas de AVC. Tese de Doutoramento em Tecnologias da Saúde. Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2009. Aveiro. 257pp

27. Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. e Pinto, C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idoso não institucionalizados. *Qualidade de vida*, 2007; 25(2):59-66.
28. Correia, M., Silva, M., Matos, I., Magalhães, R., Lopes, J., Ferro, J. e Silva, C. Prospective community-based study of stroke in Northern Portugal: incidence and case fatality in rural and urban populations. *Stroke*, 2004; 35(9):2048-53.
29. INE. Portal do Instituto Nacional de Estatística [Internet]. Censos 2011 - Resultados provisórios. Lisboa: INE
30. Worp, H e Gijn, J. Acute Ischemia Stroke. *The New England Journal of Medicine*. 2007; 357(6): 572-579.
31. Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados, [UMCCI]. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados. 2012. Lisboa: UMCCI.
32. Lin, J., Hsich, C., Lo, S., Chai, H. e Liao, L. Preliminary study of the effect of low-intensity home based physical therapy in chronic stroke patients. *Kaohsiung J Med Sci*. 2004; 20(1):18-23.
33. Carvalhido, T. e Pontes, M. Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram acidente vascular cerebral. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando*
34. Direcção Geral da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 2004. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
35. Silva, E. Reabilitação após AVC. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2010. [cited Mai 2012] Available from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52151/2/Reabilitao%20aps%20o%20AVC.pdf>
36. Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados, [UMCCI]. Manual do Prestador. 2011. Lisboa: UMCCI.