

*Sessões Clínicas HFF - 22 de Março de 2012*

# REABILITAÇÃO NO AVC

## NORMAS ORIENTADORAS E PERCURSO NO HFF

**Filipe Bettencourt <sup>1</sup>, Liliete Damião <sup>2</sup>**

(<sup>1</sup> Interno de MFR, <sup>2</sup> Fisioterapeuta)

**Serviço de MFR – Diretor: Dr. Paulo Beckert**

**Leonor Prates<sup>1</sup>, Catarina Rosa<sup>2</sup>, João Morais<sup>2</sup>, Filomena Batista<sup>3</sup>, Anabela Alves<sup>4</sup>, Ana Silva<sup>5</sup>, David Patinha<sup>6</sup>, Catarina Castro <sup>5</sup>, Carla Vera-Cruz<sup>1</sup>**

(<sup>1</sup> Fisiatra, <sup>2</sup> Interno de MFR, <sup>3</sup> Fisioterapeuta, <sup>4</sup> Terapeuta da Fala, <sup>5</sup> Neuropsicóloga, <sup>6</sup> Terapeuta Ocupacional)

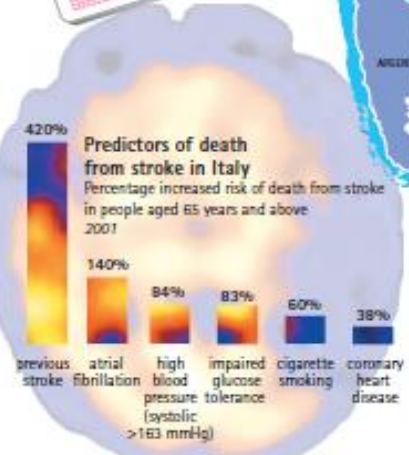
# Deaths from stroke



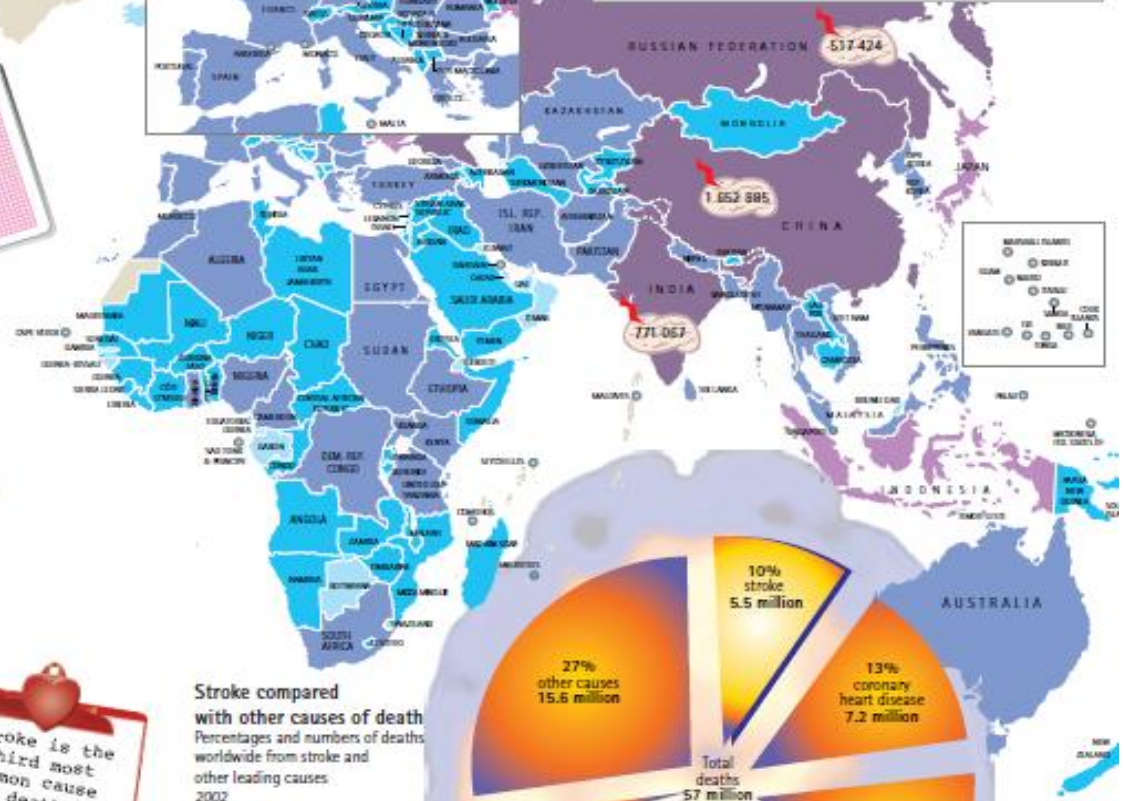
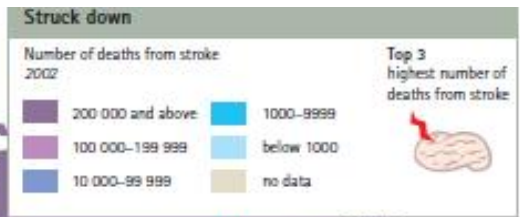
Stroke is the second leading cause of death above the age of 60 years, and the fifth leading cause in people aged 15 to 59 years old.

In the USA, someone dies of a stroke every three minutes.

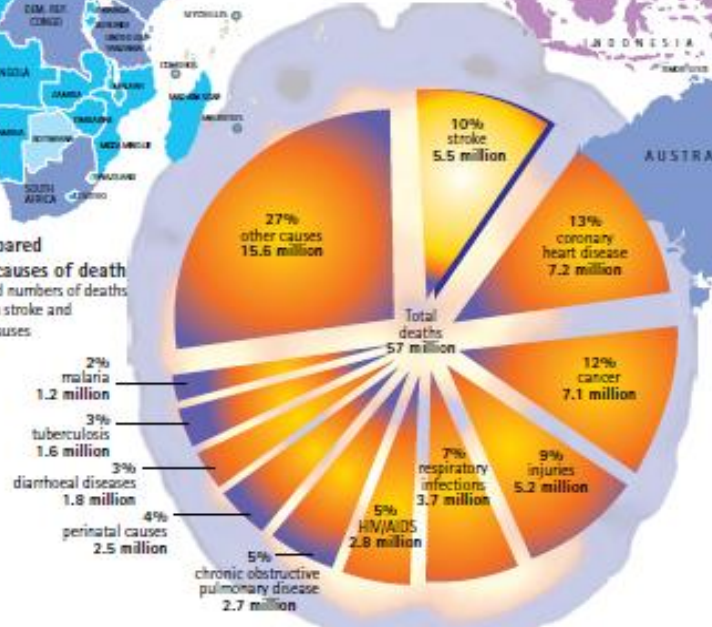
Worldwide, 3 million women and 2.5 million men die from stroke every year.



Stroke is the third most common cause of death in developed countries, exceeded only by coronary heart disease and cancer.



**Stroke compared with other causes of death**  
Percentages and numbers of deaths worldwide from stroke and other leading causes 2002





- ✓ Importante causa de morte e de incapacidade (19 562 óbitos por doença cerebro-vascular em 2002 – Fonte: INE.)
- ✓ Incidência anual média de 3 por 1000 habitantes (*Correia et al., 2004*)
- ✓ Prevalência de AVC de 8% (10,2% M e 6,6% F); destes doentes, 32% apresentavam uma incapacidade moderada e 19% uma incapacidade grave ou dependência total (*AVC em Portugal, 2009 Fonte: INE*)

## OBJETIVOS

- ✓ Défices (*minimizar*)
- ✓ Incapacidade funcional (*melhorar*)
- ✓ Limitação de atividades (*reduzir*)
- ✓ Restrição da participação social (*minimizar*)



## PLANO TERAPÊUTICO DE REABILITAÇÃO

- a) Diagnóstico lesional (Neurologia, Medicina, ECD...)
- b) Avaliação funcional e sua gravidade
- c) Potencial de reabilitação

## ESCALAS FUNCIONAIS

- Medida de independência funcional (MIF)<sup>1</sup>
- Índice de Barthel (IB)<sup>1</sup>
- Índice de Katz

## AVALIAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DOS DÉFICES

Motores / Sensoriais / Sensitivos / Linguagem / Cognitivos

**CIF** (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde)

*Bio-psico-social*

*Participação*

*Restrição*

## AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

- ✓ Stroke Impact Scale (SIS)



### Outras avaliações

- ✓ Espasticidade
  - ✓ Depressão
- Stroke Aphasia Depression Questionnaire (SADQ)
  - Signs of Depression Scale (SDSS)

## ESFÍNCTERES

- 0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)
- 5- Acidente ocasional (um / semana)
- 10- Contidente

## HIGIENE PESSOAL

- 0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais
- 5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

## USO DA SANITA

- 0- Dependente
- 5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho
- 10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

## ALIMENTAÇÃO

- 0- Incapaz
- 5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

## TRANSFERÊNCIAS

- 0- Incapaz - sem equilíbrio sentado
- 5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se
- 10- Ajuda menor (verbal ou física)
- 15- Independente

## MOBILIDADE

- 0- Imóvel
- 5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.
- 10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)
- 15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

## VESTIR

- 0- Dependente
- 5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda
- 10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

## BANHO

- 0- Dependente
- 5- Independente (ou no duche)

(...)

**TOTAL: (0 – 100)**

## INCAPACIDADE FUNCIONAL

- Classificação em três níveis, consoante a avaliação funcional realizada dentro dos primeiros **5-7 dias** (*Garraway et al. 1981,1985*)

### LIGEIRO

**MIF > 80**

**IB > 90**

### MODERADO

**80 > MIF > 40**

**90 > IB > 55**

### GRAVE

**MIF < 40**

**IB < 55**



**TRIAGEM DO DESTINO APÓS A ALTA HOSPITALAR**

## PLANO DE MFR – POTENCIAL DE REABILITAÇÃO

- Diagnóstico Lesional (consequente quadro clínico)
- Idade e Avaliação Funcional
- Condição física e comorbilidades
- Fatores negativos
- Fatores sociais e familiares



Alterações graves do tônus muscular  
Afasia, Disfagia  
Dor  
Heminegligência  
Anosognosia  
Incontinência de esfínteres  
Défices cognitivos importantes  
Défice nutricional  
Não integridade do revestimento cutâneo  
Disfunção emocional

## **DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS**

**Ultrapassar total ou parcialmente sequelas funcionais**

- ✓ Mensuráveis
- ✓ Atingíveis
- ✓ Realistas
- ✓ Tempo determinado

**De acordo com avaliação**

- ✓ Personalizado
- ✓ Contexto (local e meios)
- ✓ Modificáveis



**EQUIPA DE MFR**

**MULTI – INTER - TRANSDISCIPLINARIDADE**

Ass. Social

Dietista

Enfermeiros

Neuropsic.

**DOENTE**

Médico

Fisioterapeuta

**Família/cuidadores**

T. Fala

Auxiliares

T. Ocupacional



### **Critérios para admissão no programa de MFR:**

1. Estabilidade clínica e sem riscos descompensação CP
2. Existência de défices funcionais
3. Deterioração do estado funcional prévio
4. Capacidade de aprender e memorizar programas de MFR e motivação
5. Capacidade física para tolerar programa de MFR e participar ativamente

### **✓ QUANDO INICIAR INTERVENÇÃO?**

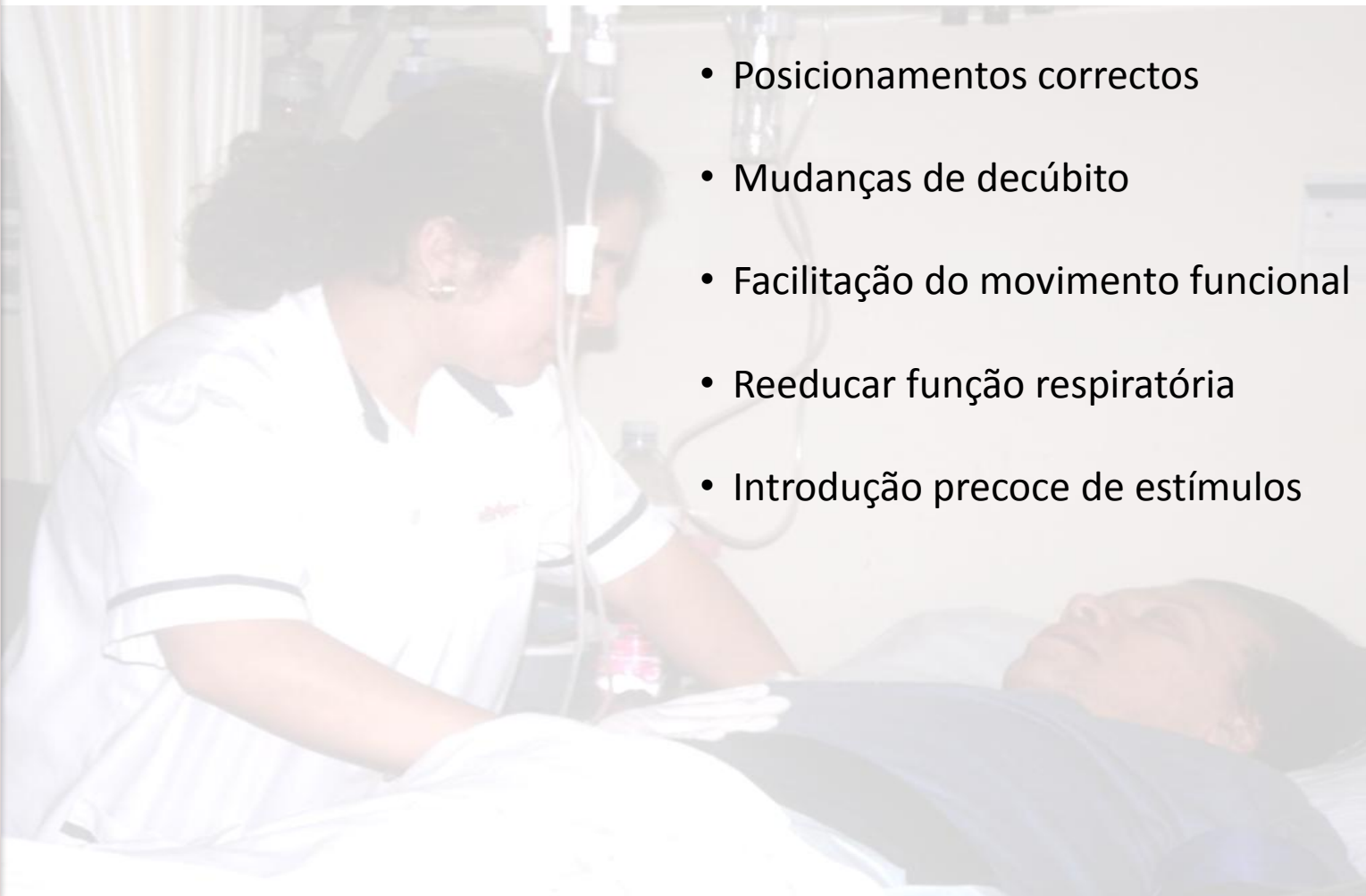
“o mais precocemente possível” – nível de evidência A\*

“nas primeiras 24 – 48 horas” – nível de evidência C\*

## INTERVENÇÃO DE FISIOTERAPIA (FT)

### Fase Inicial

- Posicionamentos correctos
- Mudanças de decúbito
- Facilitação do movimento funcional
- Reeducação função respiratória
- Introdução precoce de estímulos



## INTERVENÇÃO DE FISIOTERAPIA (FT)

- ✓ (Re)Avaliação
- ✓ Tratamento
- ✓ Ensino
- ✓ Orientação



## INTERVENÇÃO DE TERAPIA DA FALA (TF)

- ✓ Afasias
- ✓ Disartrias
- ✓ Disfagias



Diagnóstico diferencial

Intervenção mediante as perturbações  
e condições clínicas do doente

## INTERVENÇÃO FISIOTERAPIA (FT)



## OBJETIVOS

- Recuperação
- Aumento das capacidades físicas
- Independência funcional
- Qualidade de vida



## INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL (TO)

Reeducação funcional do membro (motora/sensitiva)

Treino de actividades de vida diária (AVD's)

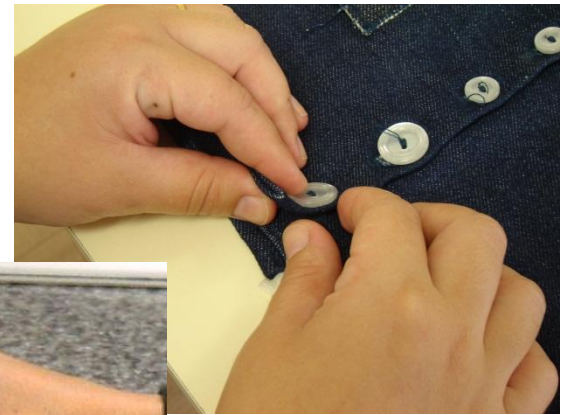


**AUTONOMIA vs INDEPENDENCIA FUNCIONAL**

## INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL (TO)

Abordar o doente com AVC direccionando sempre para as seguintes AVD'S:

- Higiene Pessoal (p.ex banho)
- Vestuário
- Alimentação



Abordar técnicas de **transferências** mais adequadas para o caso (banheira, cama/cadeira)

Referenciar a existência de **produtos de apoio** que possam facilitar a realização das AVD'S

Esclarecimento de **dúvidas**

## INTERVENÇÃO DE TERAPIA DA FALA (TF)

- ✓ Avaliar formalmente através de **baterias de testes** as perturbações de linguagem/fala e deglutição;
- ✓ Elaborar objetivos gerais e específicos para o tratamento individual;
- ✓ Estabelecer estratégias para a melhoria da comunicação e/ou deglutição



Melhoria do perfil funcional do doente.

## INTERVENÇÃO DE NEUROPSICOLOGIA

### Avaliação Neuropsicológica

- ✓ *Entrevista clínica*
- ✓ *Competências específicas*

- Orientação
- Memórias (verbal e visual)
- Linguagem
- Praxias
- Gnosias
- Cálculo
- Capacidade visuo-constructiva e visuo-espacial



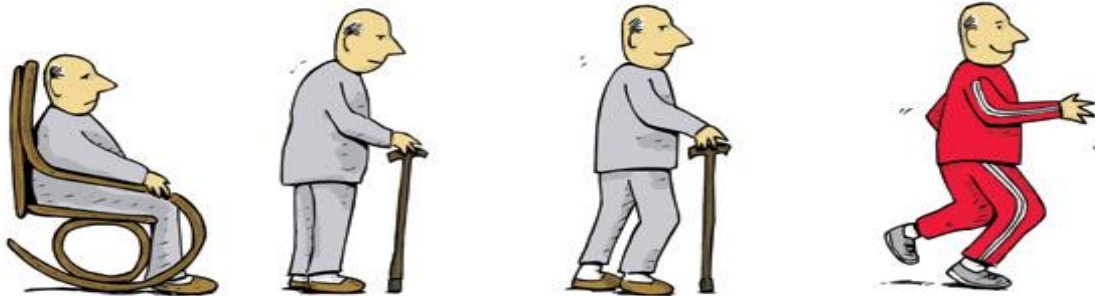
## INTERVENÇÃO DE NEUROPSICOLOGIA

A partir dos resultados da avaliação é traçado um programa de **TREINO COGNITIVO** adaptado a cada sujeito.

- Recuperação da função perdida
- Melhor aproveitamento das capacidades preservadas
- Desenvolvimento de estratégias compensatórias
- Aquisições de novas competências
- Adaptação às dificuldades persistentes

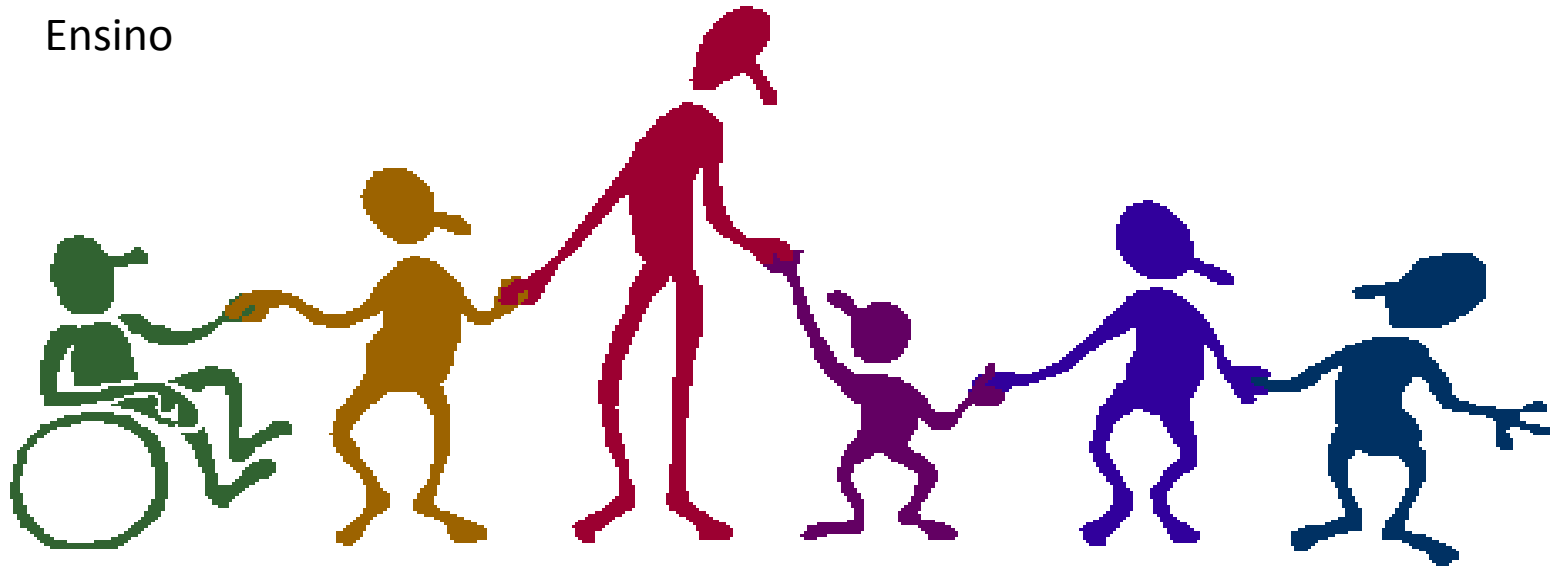


## REINTEGRAÇÃO SOCIAL E OCUPACIONAL !



## PREPARAR A ALTA HOSPITALAR

- Avaliar os factores sociais e familiares
- Envolver a família/cuidadores
- Ensino



**PORQUE VALORIZAMOS O REGRESSO AO DOMICÍLIO...**

## “IMPACTO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO PARA DOENTES APÓS AVC E CUIDADORES INFORMAIS NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO”

- Utentes melhor informados sobre o AVC têm demonstrado menores níveis de depressão e melhor recuperação funcional. A transição para o domicílio é caracterizada como emocionalmente forte (*Rittman et al, 2007*)
- Os familiares não se sentem preparados para lidar com as necessidades ao nível físico, cognitivo e emocional dos utentes pós-AVC (*Shyu et al., 2008; Cameron & Gignac, 2008*)
- Estudos demonstram que cerca de 93% dos utentes e 70% dos familiares afirmam ter recebido pouca ou nenhuma informação sobre a sua doença (*Cameron & Gignac, 2008*)

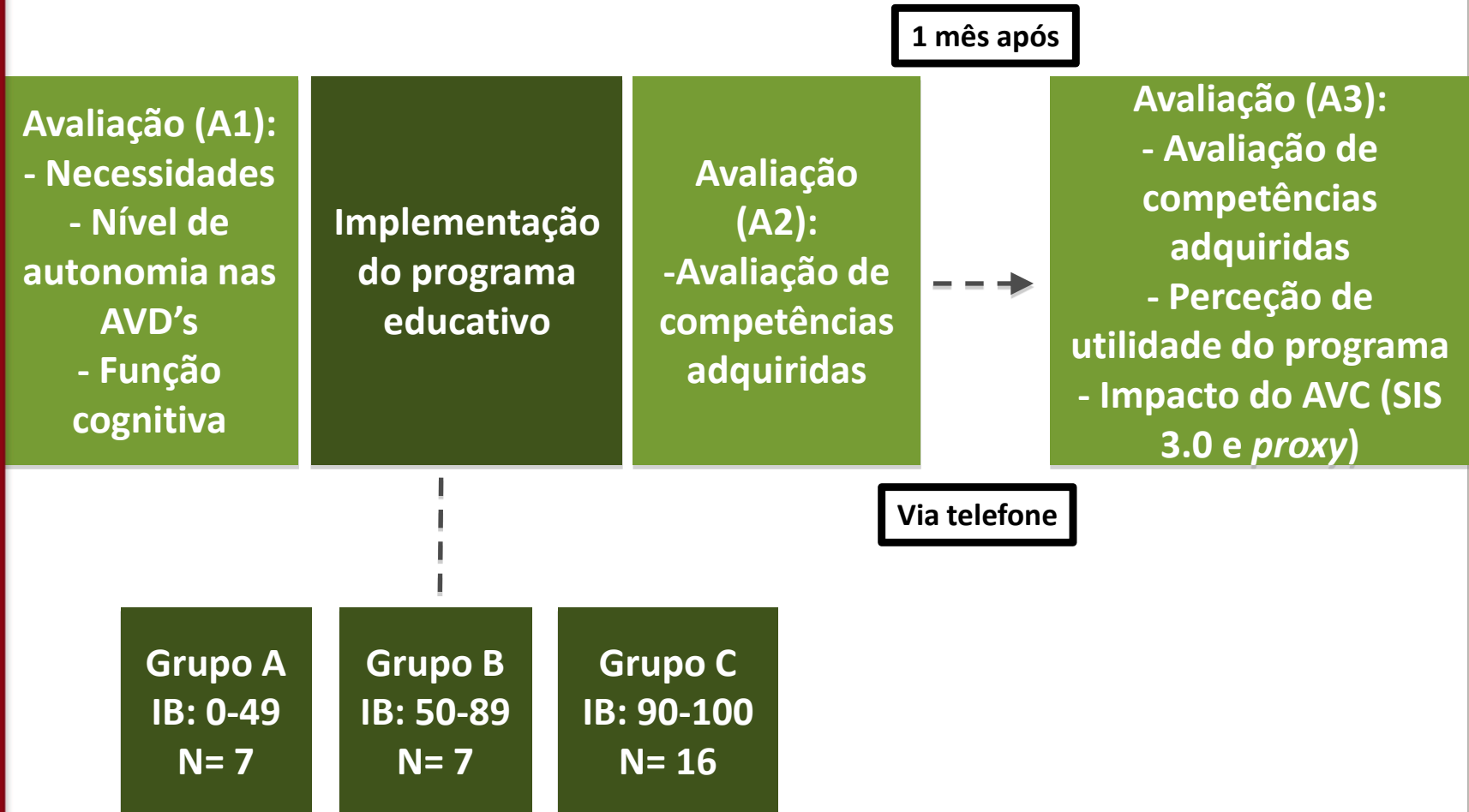
## “IMPACTO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO PARA DOENTES APÓS AVC E CUIDADORES INFORMAIS NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO”

### Objetivo:

Avaliar o impacto de um programa educativo interdisciplinar na aquisição de competências para lidar com as limitações funcionais pós-AVC



“IMPACTO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO PARA DOENTES APÓS AVC E CUIDADORES INFORMAIS NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO”



## “IMPACTO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO PARA DOENTES APÓS AVC E CUIDADORES INFORMAIS NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO”

Concluindo:

- ✓ Os resultados sugerem uma evolução positiva na percepção das competências desenvolvidas, mais evidente no pós-programa imediato.
- ✓ Destaca-se a importância da preparação da alta individualizada, respondendo às necessidades dos indivíduos e/ou cuidadores, de modo a capacitá-los para os desafios da adaptação pós-AVC.



## DEPOIS DA ALTA... QUE DESTINO...?

- Cuidados de MFR mais diferenciados
- Mau suporte social e familiar
- Prognóstico reservado



APLICABILIDADE  
ATÉ 30 DE ABRIL DE 2012

# NORMA DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco  
Henrique  
Moura George

Digitally signed by Francisco  
Henrique Moura George  
DN: c=PT, o=Ministério da Saúde,  
ou=Direção-Geral da Saúde,  
ou=Francisco Henrique Moura  
George  
Date: 2011.12.28 16:23:25 Z

111 anos  
1899-2011

Direção-Geral da Saúde  
www.dgs.pt



NÚMERO: 054/2011

DATA: 27/12/2011

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

PALAVRAS-CHAVE: Medicina Física e de Reabilitação

## 1. INTERNAMENTO DE REABILITAÇÃO

- ✓ Centro
- ✓ Serviço hospitalar

## 2. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

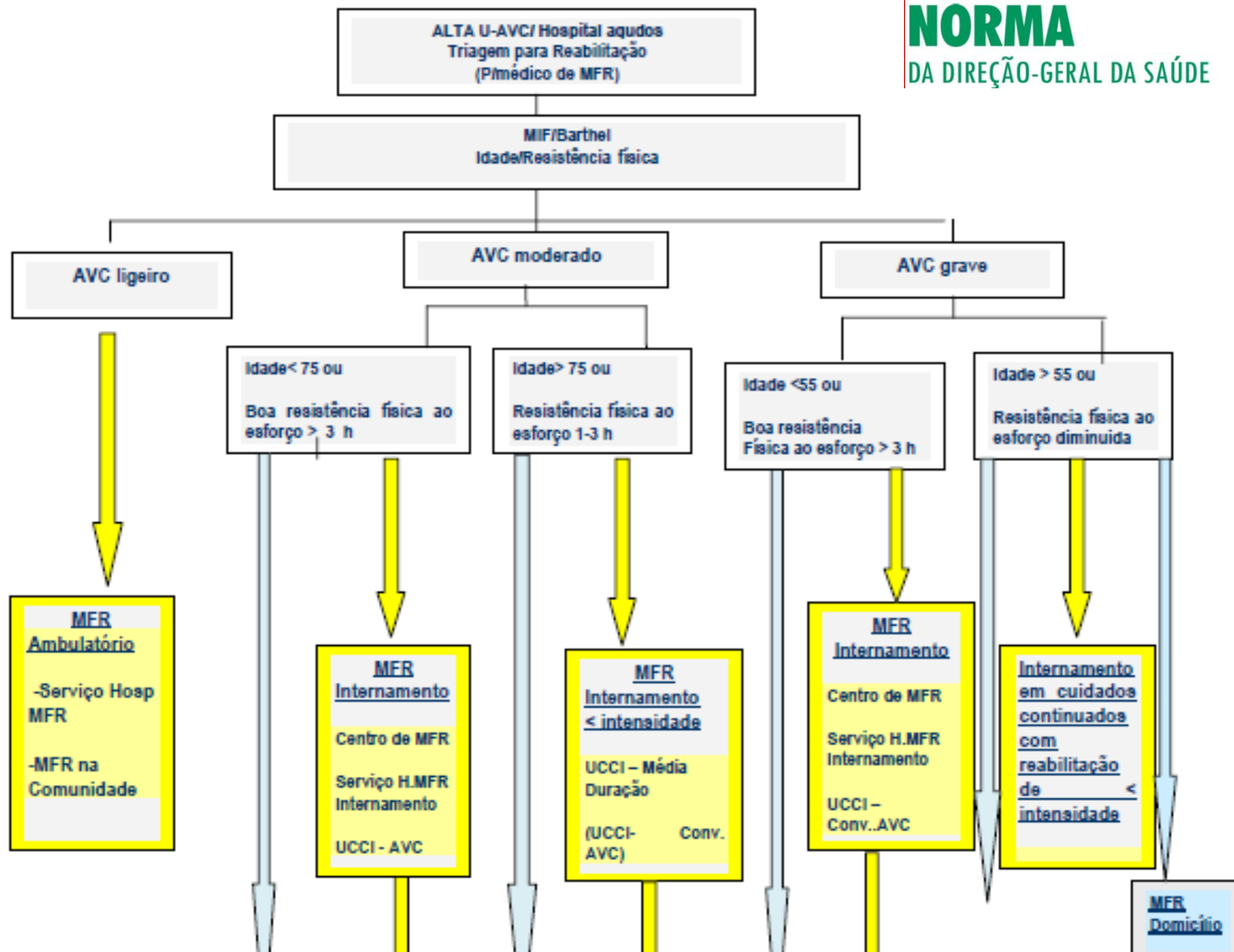
- ✓ Unidade de Convalescença (UC)
- ✓ Unidade de média duração e de reabilitação (UMDR)

## 3. LAR/ INSTITUIÇÃO

## 4. DOMICILIO

- ✓ Apoio domiciliário
- ✓ Ambulatório de MFR
  - Serviço hospitalar
  - Centro de MFR na área de residência

DESTINOS



## 1. INTERNAMENTO DE REABILITAÇÃO (HCC E CMRA)

- ✓ Défices funcionais significativos
- ✓ Necessidade de supervisão médica especializada
- ✓ Necessidade de assistência de enfermagem 24 horas por dia
- ✓ Capacidade para cumprir plano terapêutico de reabilitação intensivo ( $\geq 3$ h dia, 5 dias por semana)
- ✓ Capacidade de aprendizagem, motivação e colaboração

### Candidatos:

- AVC moderado e idade entre 55 e 75 anos
- AVC grave e idade inferior a 55 anos
- Boa condição física

A não evolução funcional em duas avaliações sucessivas (15 dias) determina a transferência para outro nível de cuidados de reabilitação.

## 2. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

✓ **UMDR**

✓ **UC**

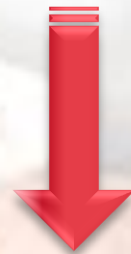
- Programas menos intensivo
- Dotado das diferentes valências
- Possível transferência para internamento especializado hospitalar ou em centro, se evolução favorável

### Candidatos:

- AVC moderado e idade superior a 75 anos
- AVC grave e idade superior a 55 anos

### 3. LAR/ INSTITUIÇÃO

- ✓ Doente incapaz de participar ativamente no programa de reabilitação
- ✓ Doente muito dependente



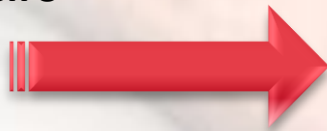
Plano terapêutico de ensino e adaptação de produtos de apoio  
Prevenção de complicações decorrentes dos défices motores e sensoriais

#### 4. DOMICÍLIO

- ✓ Doente incapaz de participar ativamente no programa de reabilitação
- ✓ Doente muito dependente
- ✓ **Condições no domicílio e família ou cuidadores capazes de o receberem.**

#### **APOIO DOMICILIÁRIO**

- ✓ OU doente com **AVC ligeiro**



#### **MFR EM AMBULATÓRIO**

Serviço Hospitalar

Centro na área de residência

## 5. AMBULATÓRIO NO SMFR

- ✓ Idade jovem / activa
- ✓ Necessidade de TO, TF, NP
- ✓ Proximidade



## ALTA DO PLANO TERAPÊUTICO DE REABILITAÇÃO



- ✓ Funcionalidade e independência similar ao *status* pré AVC
- ✓ Atingidos os objectivos funcionais realistas definidos inicialmente e actualizados regularmente, de acordo com a evolução da recuperação.
- ✓ Não há colaboração e não se prevê melhoria da situação clínica com intervenção terapêutica específica.
- ✓ Ausência de progressão na escala de avaliação funcional em duas avaliações, realizadas com intervalo de 60 dias.

## FASE DE SEQUELAS CRÓNICAS DO AVC

Ausência de progressão nas escalas de avaliação funcional.

Seguimento em **MGF**



- Perda funcional
- **Aumento da dor e espasticidade**
- **Necessidade de produtos de apoio**



Realização de ciclos de tratamento por períodos de tempo bem definidos, em **ambulatório**, sobretudo para treino de tarefas específicas.

- A intervenção de MFR permite minimizar os défices, melhorar a **funcionalidade** e facilitar a **integração** e **participação** socio-familiar e profissional (*ICF*)
- A reabilitação é um processo **contínuo** e individualizado, sendo estruturado para fornecer o máximo de intensidade nos **primeiros seis meses** após o AVC (*nível de evidência A, Clinical Guidelines for stroke management 2010, Melbourne, Austrália*)
- É recomendada a admissão de doentes numa **unidade de AVC**, sempre que exista, para receberem reabilitação coordenada e **multidisciplinar** (*Nível de evidência A – ESO 2008*)

- A **alta hospitalar precoce** de um doente com AVC é possível nos casos estáveis do ponto de vista clínico e com défices leves a moderados, desde que existam recursos especializados de reabilitação na comunidade (*classe de recomendação I, Nível de evidência A – ESO 2008*)
- **Informar, ensinar e aconselhar** é fundamental, ajudando as famílias/cuidadores a resolver os seus problemas, diminuindo o seu stress e ansiedade e aumentando assim a sua qualidade de vida (Mphil *et al.*, 2007).

**POR UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA !**



**MUITO OBRIGADO !**