

# NORMA

## DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

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  
**PARA:** Médicos do Sistema Nacional Saúde  
**CONTACTOS:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

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

### I – NORMA

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

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

## II - CRITÉRIOS

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

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

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

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

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

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

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

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

### III – AVALIAÇÃO

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

### IV – FUNDAMENTAÇÃO

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

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

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

apresentavam uma incapacidade moderada e 19% uma incapacidade grave ou dependência total.

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

### V – APOIO CIENTÍFICO

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

### SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo Designação

AVC acidente vascular cerebral

MFR medicina física e reabilitação

### BIBLIOGRAFIA

Acidente Vascular Cerebral, Itinerários Clínicos. Autoria: Direção Geral de Saúde 2010, Edição: Lidel, Edições Técnicas.

Canadian Stroke Network; Heart and Stroke Foundation of Canada. (ON): Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care Update 2010, Ottawa Available: [www.strokebestpractices.ca](http://www.strokebestpractices.ca).

Clinical Guidelines for Stroke Management 2010, National Stroke Foundation - Australian Government, [www.nhmrc.gov.au/publications](http://www.nhmrc.gov.au/publications).

Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient, Consensus Panel on the Stroke Rehabilitation System “Time is function” – Published by Heart and Stroke Foundation of Ontario, April 30, 2007. [www.heartandstroke.on.ca](http://www.heartandstroke.on.ca).

Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient Scientific Statement From the American Heart Association, [Elaine L. Miller](#), PhD, RN, CRRN, FAHA, Chair; [Laura Murray](#), PhD, CCC-SLP; [Lorie Richards](#), PhD, OTR/L, OT, FAHA; [Richard D. Zorowitz](#), MD, FAHA; [Tamilyn Bakas](#), PhD, RN, FAHA; [Patricia Clark](#), PhD, RN, FAHA; [Sandra A. Billinger](#), PhD, PT, FAHA; Stroke. 2010; 41: 2402-2448.

ESO– European Stroke Organization – Guidelines for Stroke Management – update January 2009. [www.eso-stroke.com](http://www.eso-stroke.com).

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

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

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

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

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

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

Kaplan e Caillet – Rehabilitation of Stroke - USA 2003.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

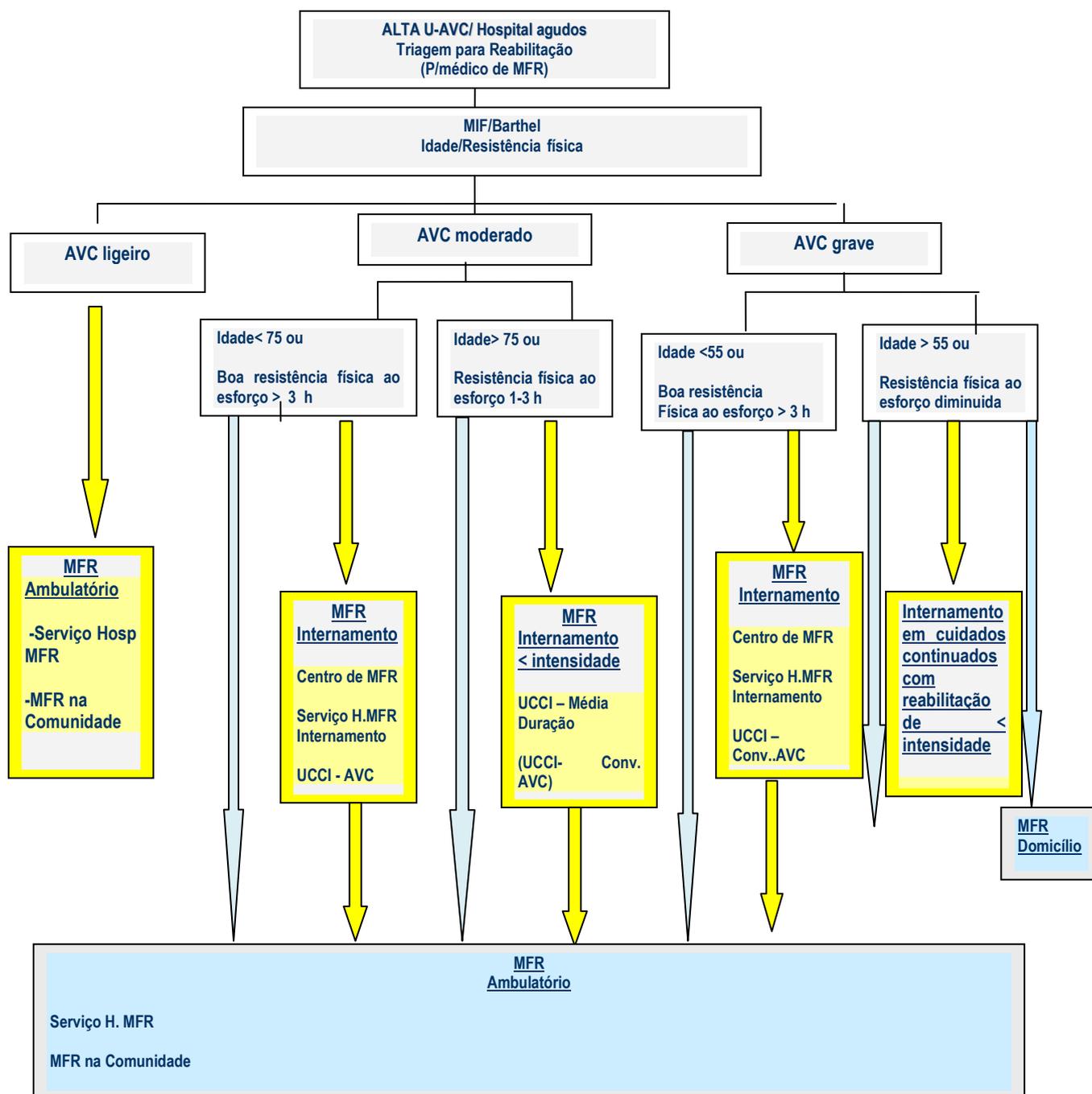
VA/DoD - Department of Veterans Affairs/ Department of Defense – Clinical Practice Guideline for the Management of Adult Stroke Rehabilitation Care, 2010 <http://www.healthquality.va.gov> or <http://www.qmo.amedd.army.mil>.

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



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

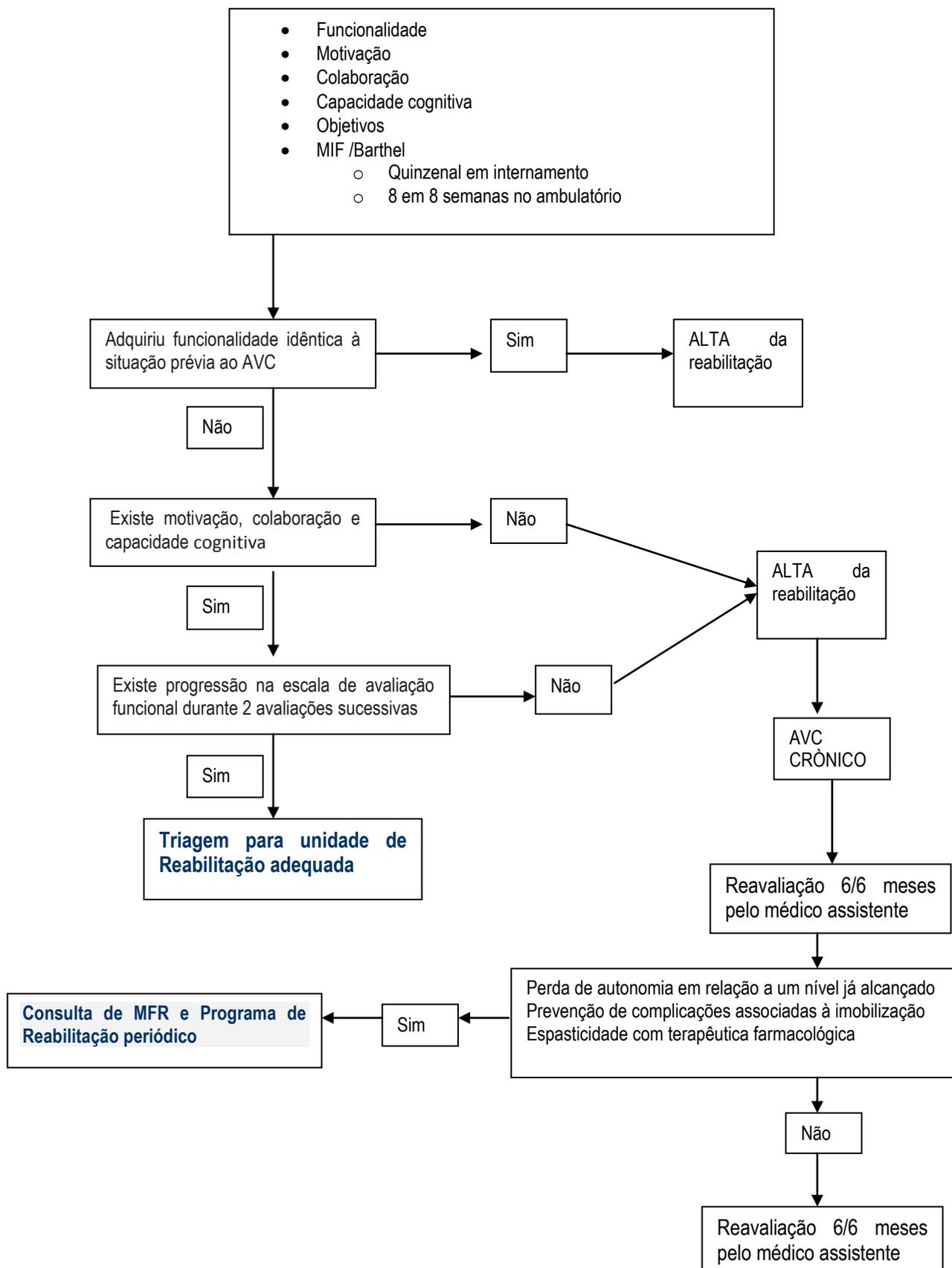
## Anexo I – Triagem no Internamento para MFR



Encaminhamento preferencial

Percurso alternativo dependente de suporte sócio-familiar e recursos existentes

## Anexo II – Reavaliação no internamento ou ambulatório em MFR



### Anexo III – Escala de Barthel e instruções

<b>1. Alimentação</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	

### Escala de Barthel – Instruções

#### GERAIS

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas\*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de “0” em todos os items, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

#### ESPECÍFICAS

##### Intestino (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então “incontinente” \*.

Ocasional \* = uma vez por semana.

##### Bexiga (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como “ continente”.

##### Higiene Pessoal (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

##### Alimentação

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa\*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho\*.

##### Transferências

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

##### Mobilidade

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

##### Vestir

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho\*

##### Escadas

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

##### Banho

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = “independente” se sem supervisão/sem auxílio\*.

\*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.

### Índice de Barthel – Instruções

#### Intestinos

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

#### Bexiga

- 0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização
- 5- Acidente ocasional (um/ dia)
- 10- Continente (há mais de 7 dias)

#### 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.)

#### Escadas

- 0- Incapaz
- 5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)
- 10- Independente no subir e descer

#### Banho

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

**TOTAL: (0 – 100)**

## Anexo IV – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº _____	<input type="text"/>
DIAGNÓSTICO _____					

### INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NIVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA										
	<b>Dependência modificada</b> 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (individuo >=75%) 3 Ajuda moderada (individuo >=50%) <b>Dependência completa</b> 2 Ajuda máxima (individuo >=25%) 1 Ajuda total (individuo <25%)	AJUDA										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">SEMANAS OU MESES</th> <th style="width: 10%;">ANTES</th> <th style="width: 10%;">1M</th> <th style="width: 10%;">4M</th> <th style="width: 10%;">12M</th> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M	DATA	_____	_____	_____	_____	
SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M								
DATA	_____	_____	_____	_____								
	<b>AUTO-CUIDADOS</b>											
	A. Alimentação	<input type="text"/>										
	B. Higiene pessoal	<input type="text"/>										
	C. Banho	<input type="text"/>										
	D. Vestir metade superior	<input type="text"/>										
	E. Vestir metade inferior	<input type="text"/>										
	F. Utilização da sanita	<input type="text"/>										
	<b>CONTROLO DOS ESFÍNCTERES</b>											
	G. Bexiga	<input type="text"/>										
	H. Intestino	<input type="text"/>										
	<b>MOBILIDADE</b>											
	<b>TRANSFERÊNCIAS</b>											
	I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	<input type="text"/>										
	J. Sanita	<input type="text"/>										
	K. Banheira, Duche	<input type="text"/>										
	<b>LOCOMOÇÃO</b>											
	L. Marcha/Cadeira de Rodas	<input type="text"/>										
	M. Escadas	<input type="text"/>										
	<b>COMUNICAÇÃO</b>											
	N. Compreensão	<input type="text"/>										
	O. Expressão	<input type="text"/>										
	<b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b>											
	P. Interação social	<input type="text"/>										
	Q. Resolução dos problemas	<input type="text"/>										
	R. Memória	<input type="text"/>										
	<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>										

**NOTA:** Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

### Instruções

NÍVEIS DE FUNÇÃO	Dependente - (com ajuda)				
	(é necessária outra pessoa para a supervisão ou ajuda física; sem esta, a actividade não se realiza)				
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA - o sujeito realiza, pelo menos, 50% do esforço		DEPENDÊNCIA COMPLETA - o sujeito realiza <50% do esforço		
	5 SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO	4 AJUDA MÍNIMA	3 AJUDA MODERADA	2 AJUDA MÁXIMA	1 AJUDA TOTAL
	g) Só necessita controle, presença, sugestão ou encorajamento, sem contacto físico ou h) Ajudante prepara objectos necessários ou coloca prótese ou ortótese (ajuda técnica)	i) Contacto táctil Sujeito realiza >=75% do esforço ou das tarefas	j) Contacto táctil Sujeito realiza >= 50% < 75% do esforço ou das tarefas	k) Sujeito realiza >= 25% < 50% do esforço ou das tarefas	l) Sujeito realiza < 25% do esforço ou das tarefas
<b>A</b>	g) OU h) ex <sup>o</sup> .: o ajudante abre recipiente, corta carne, barra manteiga, serve bebidas.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ou usa gastrostomia ou alimentação parentérica que não administra por si
<b>B</b> ALIMENTAÇÃO	g) OU h) ex <sup>o</sup> .: o ajudante coloca pasta na escova ou abre previamente produtos de maquilhagem	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
<b>C</b> HIGIENE PESSOAL	g) OU h) ex <sup>o</sup> .: o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
<b>D</b> BANHO	g) OU h) ex <sup>o</sup> .: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
<b>E</b> VESTIR METADE SUP.	g) OU h) ex <sup>o</sup> .: o ajudante prepara o vestuário ou coloca ortótese ou ajuda técnica	i) ...	j) ...	k) ...	l) ... ou não é vestido
<b>F</b> VESTIR METADE INF.	g) OU h) ex <sup>o</sup> .: o ajudante aplica ajuda técnica ou abre embalagens. Ou necessita de ajuda para colocar protecção menstrual	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
<b>G</b> UTILIZAÇÃO DA SANITA	g) OU h) ex <sup>o</sup> .: o ajudante coloca ou esvazia ou tem acidentes de incontinência (<=1x/mês)	i) para manutenção de coletor externo; ou acidente ocasional (<=1x/semana)	j) para manutenção de coletor externo; ou tem acidente ocasional (<=1x/dia)	k) molha-se quase diário; deve usar fralda haja ou não sonda ou coletor	l) molha-se quase diário; necessita sempre fralda haja ou não sonda ou coletor
<b>H</b> BEIÇA	g) OU h) ex <sup>o</sup> .: o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de estoma; pode ter acidente ocasional (<=1x/mês)	i) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<=1x/sem)	j) usa supositório ou clister ou ajuda técnica; ou pode ter acidente ocasional (<=1x/dia)	k) apesar da ajuda, está sujo quase diariamente haja ou não estoma.	l) apesar da ajuda, está sujo quase diário; necessita de fralda com ou sem estoma.
<b>I</b> INTESTINO	g) OU h) ex <sup>o</sup> .: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
<b>J</b> LEITOCADEIRA DE RODAS (CR)	g) OU h) ex <sup>o</sup> .: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
<b>K</b> SANITA	g) OU h) ex <sup>o</sup> .: o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais da CR, etc.	i) ...	j) ...	k) ...	l) ...
<b>L</b> BANHEIRA, DUCHE	5-Exceção: Sem Ajuda, deambula em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, c/ ou s/ auxiliar de marcha. 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com	i) -para percorrer >=45m	j) -para percorrer >=45m	k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR >=15m.
<b>M</b> MARCHA/ CAD. RODAS	5-Exceção: Sem Ajuda: em casa, sobe e desce 4 a 6 degraus, com ou sem auxiliar de marcha ou ajuda técnica. 5- g) para subir e descer 12-14 degraus	i) -para subir e descer 12-14 degraus	j) -para subir e descer 12-14 degraus	k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	l) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus; ou necessita ser transportado
<b>N</b> ESCADAS	«Compreende conversa ou texto de necessidades quotidianas básicas» >90% das vezes; precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetições, acentuação, pausas, orientação visual/ gestual)	«...» (ver atrás) em 75-90% das vezes	«...» (ver atrás) em 50-74% das vezes	«...» 25-49% das vezes; pode só compreender questões ou afirmações simples	«...» <25% x; ou, apesar da ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas
<b>O</b> COMPREENSÃO	Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >90% das vezes; necessita de ajuda <10% das vezes (ex <sup>o</sup> repetição frequente)	... (ver atrás) em 75-90% das vezes	... (ver atrás) em 50-74% das vezes	... 25-49% x; pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes	... <25% das vezes; ou não exprime as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda
<b>P</b> EXPRESSÃO	g) -Só sob situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação	Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes	Interage apropriadamente em 50-74% das vezes	Conduz-se apropriada/ em 25-49% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos	Conduz-se apropriada/ em <25% x. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos
<b>Q</b> INTERACÇÃO SOCIAL	g) -para resolver problemas de rotina, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	£ Resolve os problemas de rotina £, 75-90% das vezes	£..£ (ver atrás), em 50-74% das vezes	£..£ (ver atrás) 25-49% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança	£..£ (ver atrás) <=25% das vezes; pode necessitar de restrição de contactos por segurança
<b>R</b> RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	g) ex <sup>o</sup> .: sugestão ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares e <10% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <50% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra
<b>S</b> MEMÓRIA					

### Anexo IV – Bilhetes de Identidade dos Indicadores

<b>Designação</b>	<b>Percentagem de inscritos com diagnóstico de AVC</b>		
<b>Dimensão</b>	Transversal	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	AVC: Prescrição MFR	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem de inscritos
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Crítérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador;</li> <li>- Ter diagnóstico de AVC (K90) sinalizado como activo na sua lista de problemas.</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter inscrição no ACES, no período em análise.</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de AVC	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	<b>Custo médio de tratamentos de MFR por inscrito</b>		
<b>Dimensão</b>	Eficiência	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Norma</b>	AVC: Prescrição MFR	<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a capacidade de diagnóstico e terapêutica		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Custo médio
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES / ARS	<b>Fórmula</b>	A / B
		<b>Output</b>	Custor médio
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n+1	<b>Valor de referência</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	A definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Critérios de inclusão</b>	<p>Numerador: - Valor total de tratamentos de MFR facturados (todos os códigos área G - MFR, tabela SNS ou tabela convênções)</p> <p>Denominador: - Ter inscrição no ACES, no período em análise;</p>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	Valor total dos encargos com tratamentos de MFR a inscritos	SI USF/UCSP	€
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos	SI USF/UCSP	N.º de inscritos