

REABILITAÇÃO NO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: DO HOSPITAL À COMUNIDADE

ISABEL RAMIRES*

Serviço de Medicina Física e Reabilitação. Hospital de S. José. Lisboa

RESUMO

O campo de actuação da Reabilitação é aproveitar a capacidade máxima de funções de modo a permitir que o doente se adapte à vida de relação com o meio. A reabilitação deve ser iniciada de imediato, embora assumindo formas diferentes desde a fase aguda à fase de sequelas. Considera-se apropriado chamar o fisiatra logo que o quadro neurológico estabiliza. Enumeram-se as medidas de reabilitação na fase aguda e na de sequelas e descreve-se a constituição da equipa de reabilitação. Quanto ao local, onde reabilitar o doente? O grupo dos doentes que deambula deve fazer a sua reabilitação em ambulatório. Expoem-se resumidamente, a nossa experiência de apoio domiciliário a doentes. O grupo dos doentes que não marcha, os que apresentam um quadro eminentemente motor, com possibilidade de vir a fazer marcha, deve estar junto da sua família, com oferta de transporte aos centros de saúde e de reabilitação. O segundo grupo com possibilidade de fazer marcha num tempo razoável, sobretudo se tiver associados problemas múltiplos como deficiência da comunicação e outros, deve estar internado num serviço de reabilitação. O terceiro grupo é constituído pelos doentes vão ficar profundamente deficientes, e para os quais tem que ser encontrada uma solução para uma vida com um mínimo de dignidade em centros ou lares de retaguarda. Dentro de medidas a implantar podemos indicar: aquisição de transporte para os doentes se deslocarem, em ambulatório, aos serviços; incentivar iniciativas de instituições para apoio domiciliário; atribuir aos médicos de família inteira liberdade para enviar os seus doentes aos centros de reabilitação.

SUMMARY

Stroke Rehabilitation: From the Hospital to the Community

The field of action for rehabilitation is that of making use of the patient's maximum functional capacity with the purpose of adapting to life in relation to the environment. Rehabilitation must commence immediately, although it may be in different forms from the acute phase to sequelae. It is considered appropriate to call the physiatrist as soon as the neurologic condition has stabilised. A list is made of the measures to be taken for rehabilitation in the acute phase and sequelae, and the composition of the rehabilitation team is described. In what concerns location, where to rehabilitate the patient? The group of ambulatory patients should have their rehabilitation as out-patients. Our experience with house calls is briefly described. The group of patients who cannot walk, those that present an eminently motor condition, with the possibility of being able to walk, should be with their families, with transport provided to health and rehabilitation centres. The second group, with the capacity of walking within a reasonable time, especially if with multiple associated problems such as impaired communication, should be hospitalised in a rehabilitation department. The third group consists of severely handicapped patients, for whom a solution must be found that provides life with a minimum of dignity in centres or homes. From among the measures to be introduced, we point out following: acquisition of transport for patients who must travel, as out-patients, to the department; providing family doctors with complete freedom to refer their patients to rehabilitation centres.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a designação de uma patologia de etiologia diversa, que apresenta quadros com múltiplos sinais e sintomas, isolados ou em conjunto, quase sempre com uma aparência catastrófica para os doentes e seus familiares.

Por facilidade de exposição pode considerar-se, do ponto de vista funcional, que o AVC vai deixar nos sobreviventes incapacidades, temporárias ou permanentes, em três níveis fundamentais: 1-3,6

- nos cuidados de auto-preservação, como a alimentação, higiene, vestir, marchar, etc. Este conjunto é designado por Actividades da Vida Diária (AVD). Pode ser quantificado pela adopção das chamadas escalas de incapacidade. A mais usada é a escala de Barthel (ver apêndice), mas existem muitas outras.^{4,5}

- na relação com o núcleo humano mais próximo, em geral a família.

- na relação com a restante sociedade, sobretudo no

desempenho profissional e nas actividades de recreio.

É este o campo de actuação da Reabilitação – tornar a habilitar – aproveitar a capacidade máxima de funções de modo a permitir que o doente se adapte à vida de relação com o meio, se possível conseguindo a integração nos três níveis expostos anteriormente.

Permitam-nos que ao longo deste artigo façamos referência ao trabalho desenvolvido ao longo dos anos com doentes que sofreram um AVC.

Desta experiência não podemos deixar de referir a nossa preocupação para a não diminuição, todos os anos, do número de novos AVC. No quadro seguinte podemos observar dados referentes a dois registos, sistemáticos e prospectivos, de doentes internados por AVC no Serviço de Medicina do Hospital de S.José.**

Quadro 1

	Nº de doentes	Idade Média	
		homens	mulheres
Julho a Dez. 1992	101	65.7	72.2
« « 1996	98	65.0	70.9

Sem ter havido aumento da idade média, foi muito semelhante o número de doentes com um intervalo de 4 anos.^{13,14} Aqui uma chamada de atenção, sem querer estar a meter foice em seara alheia, para a prevenção primária. O que nunca é demasiado.

QUANDO INICIAR A REABILITAÇÃO?

A Reabilitação deve ser iniciada de imediato, embora assumindo formas diferentes desde a fase aguda à fase de sequelas.

Aconselhamos a que uma pessoa acometida por AVC seja transportada rapidamente ao hospital. A situação clínica do doente exige-o e as novas terapêuticas médicas, que se perspectivam, têm de ser administradas nas primeiras horas, e tudo indica que vão ter reflexos na melhoria do prognóstico funcional.

Considera-se apropriado chamar o fisiatra logo que o quadro neurológico estabiliza, o que acontece, em média às 48 horas nas isquémias e às 72 horas nas hemorragias parenquimatosas¹.

No entanto é desde a entrada no hospital que a Reabilitação começa. Não é supérfluo tornar a repetir o que já foi escrito repetidas vezes: o doente, quando não está **desligado** dele próprio, está com certeza atemorizado. Necessita de estar num ambiente calmo, sem o barulho habitual dos serviços de urgência ou a falta de atenção de quem tem muitos doentes para atender.

Provavelmente as unidades de *stroke* terão aqui grande mérito, e recolherão defensores, ao proporcionar condições apropriadas e dispor de pessoal treinado para conviver com estes doentes¹².

Justifica-se a discriminação positiva destes doentes com a criação de unidades especiais?

Em Portugal, devido ao número de doentes que sofre um AVC todos os anos, não há patologia que melhor justifique essas zonas de atendimento, quer pela quantidade, quer pelo impacto das sequelas que deixa nos que sobrevivem.

Mas deixemos o sonho e regressemos à fase aguda.

É vantajoso colocar o doente num ambiente onde os períodos de estimulação alternem com períodos de repouso, com grades protectoras na cama, cabeceira elevada a 30 graus (excepção para a trombose da vertebro-basilar), evitando **puxar pelas articulações ou deitá-lo sobre um ombro flácido**, pois corre o risco de luxação.

O doente em coma ou muito sonolento deve ser posicionado, sujeito a mudanças de decúbito com alternância de posição flexão-extensão dos quatro membros.

Mas se está lúcido deve ser colocado de modo a poder contactar com o meio que o envolve e não estar, de três em três horas, por vezes mais, voltado para o tecto ou imobilizado por uma montanha de almofadas. Deve ser entusiasmado a mover-se no leito e a socorrer-se dos membros não atingidos para ajudar os segmentos inactivos e atónicos. Apenas necessita de ajuda para colocar os membros paréticos em posições que evitem o aparecimento de retracções articulares e musculares.

Porque é importante a reabilitação?

A reabilitação vai essencialmente aproveitar a melhoria clínica determinada pela resolução da zona de **penumbra** das isquémias e pela reabsorção dos hematomas.

Tão importante como estes processos vai ser o prevenir a instalação de retracções músculo-esqueléticas, mantendo um terreno articular óptimo, para quando se der a recuperação neurológica.

Também algumas perturbações relacionadas com a doença vão ser aproveitadas. O exemplo mais típico é a espasticidade. Sinal de lesão do primeiro neurónio, até há bem pouco tempo esconjurada, a sua presença é benéfica na maioria dos casos. Vai permitir estabilizar o joelho de um membro inferior com movimentos activos escassos, ou fazer com que uma mão débil possa realizar alguma preensão, o que seria impossível com um tónus diminuído ou ausente.

Os medicamentos anti-espásticos e outras medidas, com relevo para as cirúrgicas, devem ser reservados para

contrariar posições que impeçam a posição sentada ou dificultem a higiene de zonas como as axilas.

A existência de zonas cerebrais que possam, quando estimuladas, substituir as que foram atingidas, pode ser uma explicação para a recuperação de funções que se pensava estarem perdidas devido à lesão, mas são ainda do domínio da hipótese.

QUAIS AS PERTURBAÇÕES EM QUE ACTUA A REABILITAÇÃO?

1. Em primeiro lugar na perturbação intelectual. É considerada pela maioria dos autores como o maior déficite que apresentam os doentes com AVC, afirmação com que estamos de acordo.^{1,6}

A regressão intelectual está muitas vezes dependente do território atingido pelo acidente, leva à alteração de funções como a orientação temporo-espacial, a memória, a atenção, a linguagem e o comportamento social entre outras.

Mesmo no doente com um quadro motor dominante a mudança na sua vida provocada pelo internamento hospitalar, a tristeza pela paralisia dos seus membros associada à interrogação pelo prognóstico vital e funcional, conduzem ou facilitam o aparecimento de depressões que a nosso ver constituem o inimigo número 1 da reabilitação. Estes doentes costumam reagir bem aos antidepressivos, sendo preferíveis às benzodiazepinas, que podem agravar a indiferença.^{1,9}

Nalguns doentes é como se tivesse ficado lesionado um **centro da vontade**. Não desempenham muitas tarefas para as quais possuem um teste muscular suficiente.

Toda a equipa que trata estes doentes deve contar com este problema e actuar consentaneamente desde o início. É condição essencial que o doente participe na sua reabilitação.

2. Os problemas motores constituem o quadro clínico dominante da maioria dos AVC. O estabelecimento é tão impressionante que a população o reconhece facilmente, apelidando-o de **ataque** ou **trombose**. Na literatura, e na comunidade anglo-saxónica, aparece como **stroke**.

A situação mais comum é a hemiparésia, com vários graus de força muscular, acompanhada de flacidez na fase aguda, evoluindo para espasticidade.

Por vezes, sobretudo nos idosos, adiciona-se a alterações degenerativas articulares pré-existentes

A recuperação da hemiparésia pode ser complicada se existirem concomitantemente problemas extra-piramidais, ataxia, hemianópsia, ou se o doente sofre, na altura do acidente, fractura esquelética, o que não constitui

episódio pouco frequente.

O aparecimento de uma algoneurodistrofia, situação de etiologia desconhecida desencadeada por disreflexia autonómica do simpático, caracterizada por dor excruciante, perturbações vaso-motoras e tróficas, obriga a um tratamento medicamentoso prolongado e a dificuldades acrescidas na fisioterapia.

3. O restantes problemas são, habitualmente, de menor importância que os descritos atrás mas não devem ser negligenciados.

Por exemplo os esfíncteres vesical e anal no AVC vulgar são de fácil reeducação, a menos que haja patologia anterior. A maioria dos doentes com AVC não terá necessidade, mesmo na fase aguda, de ser algaliado. Esta fica dependente da disponibilidade em meios humanos da instituição, sobretudo nas mulheres, porque nos homens haverá sempre recurso ao dispositivo urinário.

Também doenças, como diabetes e cardiopatias, de que o doente já era portador, e relembramos que a idade da maioria é avançada, têm que ser tidas em conta no programa de reabilitação, sobretudo no doseamento do esforço muscular.

É fundamental ter presente que a Reabilitação é única – há só um doente – e tudo está interligado. O sair de uma depressão melhora o trabalho muscular voluntário, e a melhoria da parésia fornece estímulos insubstituíveis para mais empenhamento do doente.

COMO INTERVÊM A REABILITAÇÃO?

A reabilitação é um mundo em que as interrogações e dúvidas são mais que as certezas, enquanto não existirem terapêuticas que vençam o acidente principal. Desde a primeira hora que todos são reabilitadores.¹⁵

Se o diagnóstico e tratamento medicamentoso são imprescindíveis desde o início, na maioria dos casos, este limitar-se-á à correcção de factores de riscos e ao estabelecimento de anti-agregação ou anti-coagulação.

São em muito menor número os doentes que vão necessitar de uma intervenção neurocirúrgica ou vascular e, mesmo aqui, as cicatrizes não dispensam actuação de uma equipa que intervenha nas diversas facetas do problema.

Formalmente, em quase todo o mundo, a solução que se encontrou, para optimização de todos os recursos com vista à reintegração dos doentes, foi a de uma equipa cuja actuação é coordenada por médicos que se especializaram neste campo – fisiatras – e que são os últimos responsáveis, perante o doente e seus familiares, por todo o percurso da reabilitação.

Para ser completa, devem fazer parte da equipa, sediada nos serviços de Medicina Física e Reabilitação (MFR), os seguintes elementos:

- enfermeiros de reabilitação – são os mais sensibilizados para os aspectos da reabilitação na fase aguda
 - fisioterapeutas – que trabalham no campo da recuperação motora
 - terapeutas ocupacionais – actuam dando um sentido útil ao movimento
- São muitas as técnicas defendidas para a intervenção destes técnicos, mas os diversos estudos não mostraram a vantagem de alguma em particular. Como o contacto com o doente vai ser diário, e durante um tempo prolongado, impõe-se o uso do bom senso e equilíbrio no entusiasmo do doente pelo seu processo de reabilitação, evitando criar falsas expectativas.
- terapeutas da fala – mesmo que não esteja provada a sua eficácia, a nossa impressão é que a sua actuação é um estímulo para que o doente ultrapasse limites que lhe impõem sentimentos como o medo ou a vergonha.¹² O ensino de uma linguagem alternativa à oral, que alguns não conseguirão recuperar, parece-nos de extremo benefício.
 - dependendo da organização hospitalar outros técnicos podem estar nos serviços, a exemplo dos assistentes sociais, dietistas, psicólogos, etc.

Infelizmente, no nosso país, os Serviços de MFR, além de mal apetrechados, não têm agregada uma enfermaria, apenas têm fisiatras e fisioterapeutas, o que constitui um arremedo de reabilitação, afirmação que assumimos com clareza.

QUAL O PROGNÓSTICO FUNCIONAL DOS DOENTES COM AVC?

Os dados da literatura, oriundos de várias fontes, mesmo de centros onde foram postos à disposição dos doentes os melhores meios de intervenção¹⁶, são relativamente coincidentes. Os únicos indicadores consistentes para estabelecer o prognóstico funcional foram a idade e o déficite inicial. Não se conseguiu estabelecer nenhuma relação com o tamanho, tipo e localização da lesão.^{1,7,8,16}

Da literatura publicada, em termos gerais pode verificar-se que:

- 80% dos doentes atingem o melhor nível funcional às 6 semanas

- 90% atingem-no às 12,5 semanas (3 meses). Não é de esperar melhoria funcional ou neurológica após 3 meses. Só 5% dos doentes farão algum progresso a partir desta altura.

Quando completam o programa de reabilitação, após uma média de 3 meses de internamento em reabilitação: 20% vão ficar com incapacidade severa, 8% com incapacidade moderada, 26% com pequena incapacidade e 46% ficam independentes. Uma percentagem próxima dos 50% retomará uma profissão, ou manterá as actividades habituais.

Esta visão global não invalida que, sempre que o doente aparente continuar a progredir, se mantenha o programa de reabilitação. Nesta, como em qualquer outra patologia, os números servem como pontos de referência, mas o doente é tratado individualmente.

Nos nossos doentes, aplicando o mesmo critério (índice de Barthel), após tempos de internamento num serviço de medicina que rondaram os 14 dias: 41.1% apresentavam, à saída, incapacidade severa; 22.7% incapacidade moderada; 28.1% pequena incapacidade; e só 8.1% estavam independentes em AVD.¹³

Os números ilustram o caminho que resta percorrer.

Na maioria dos casos o processo de reabilitação vai sofrer um hiato, numa altura em que é crucial continuar a insistir na reabilitação. Sabemos que nem sequer vão encontrar facilidades de acesso e transporte aos centros de reabilitação existentes.

ONDE REABILITAR O DOENTE?

Neste capítulo vamos esquecer os matizes que envolvem esta doença e colocar as questões num terreno muito prático. Têm que ser levados em conta muitos factores que envolvem, não só o que pretende o doente e a sua família, mas também a eficácia das decisões, porque custos bastante elevados vão ser suportados pela comunidade.

1. O grupo dos doentes que deambula, sozinho ou com ajuda, não nos oferece grande dúvida. Deve fazer a sua reabilitação em ambulatório, bem como a investigação subsequente e controle dos factores e indicadores de risco.

O nosso país está relativamente bem coberto por centros de reabilitação, onde através de acordos com o Estado, mesmos os mais desfavorecidos podem recorrer.

2. O grupo dos doentes que não marcha é o mais complicado, e podemos ainda subdividi-lo:

a) os que apresentam um quadro eminentemente motor, com possibilidade de vir a fazer marcha, devem

estar junto da sua família, com oferta de transporte aos centros de saúde e de reabilitação.

E porque não apoio domiciliário? Porque é caro e mantém o doente dentro da sua **concha**. O contacto com outras pessoas e o sair da sua casa vão interferir de uma forma positiva na sua reintegração.

Abrimos um parêntesis para expor, resumidamente, a nossa experiência de apoio domiciliário a doentes, que decorreu de 1989 a 1995. Foi o contributo do Serviço de MFR do Hospital de S. José para as iniciativas do Grupo de Estudo da Doença Vascular Cerebral (GEDVC).¹⁷

O apoio realizou-se com base numa fisiatra e numa fisioterapeuta. No primeiro ano tivemos o contributo de uma enfermeira especialista em saúde pública, que deixou de o fazer para ocupar um lugar de chefia.

Como é óbvio esta frente de trabalho ocupou mais tempo à fisioterapeuta, que preenchia nesta tarefa o seu horário da tarde, ultrapassado sistematicamente devido à dedicação e empenho desta técnica.

Para que beneficiasse deste apoio o doente tinha que preencher dois critérios: viver perto do hospital e não marchar mas ter potencial para vir a fazê-lo.

Apresentamos os dados de quatro anos, em que recolhemos os dados completos (1989 a 1993):

- Foram apoiados por esta frente de trabalho 45 doentes, (mais ou menos 12 doentes por ano). Número escasso se pensarmos que no serviço de medicina, já referido, são internados em média 200 novos doentes com AVC por ano. Com os critérios definidos não foi recusado nenhum doente.

- O tempo médio de internamento foi muito longo, 30 dias em média. Não foi cumprido o propósito de diminuir o internamento hospitalar. Foram várias as razões, mas a principal foi o estado clínico dos doentes.

- O tempo de apoio domiciliário, com uma média de 99 dias (3 meses), foi prolongado porque, dada a falta de resposta dos cuidados de saúde primários, não foi considerado lícito abandonar os doentes enquanto tivessem potencial de marcha.

- A fisioterapeuta tratou em média 3 doentes por tarde (mais de três horas). Em ambulatório uma fisioterapeuta trata mais doentes neste período.

O grande facto positivo foi que 90% dos doentes conseguiram deambular, independentes ou com ajuda técnica sem auxílio de 3ª pessoa.

Ficou mais barato tratar um doente na sua residência (14 contos/dia) do que em internamento (21 contos/dia). Estes custos não têm qualquer comparação com os verificados em ambulatório, que são muito menores.

Tivemos oportunidade de ver surgir, no princípio dos

anos 90, iniciativas da Misericórdia de Lisboa, no campo da ajuda em casa para alimentação e higiene.

Recentemente estabeleceu-se uma colaboração entre o Hospital dos Capuchos e a Junta de Freguesia de Penha de França para apoio domiciliário a doentes com AVC.

Depois de reflectir sobre a nossa experiência pensamos que o apoio domiciliário deve ser reservado para doentes com bom prognóstico para vir a fazer marcha, que vivam em casas de acesso tão difícil, em que o sofrimento causado pelas manobras de o tirar de casa se sobreponha às vantagens.

De qualquer maneira é lógico que o apoio domiciliário seja uma tarefa dos cuidados primários de saúde e não de um hospital central.

O apoio por parte do hospital deve limitar-se ao escasso número de doentes que ainda se encontra em investigação da sua doença – de que é exemplo um doente que vai esperar algumas semanas por uma angiografia, e que apenas está a ocupar uma cama.

b) Um segundo grupo com possibilidade de fazer marcha num tempo razoável, e sobretudo se tem associados problemas múltiplos como fracturas, deficiência da comunicação e outros, deve estar internado num serviço de reabilitação.

E não há forma de contornar esta situação. É assim em todo o mundo com que nos queremos comparar. O que este doente necessita não se pode oferecer em mais sítio nenhum, a não ser que tenha o estatuto de milionário.

c) Finalmente o terceiro grupo é constituído pelos doentes que mesmo nos melhores centros vão ficar profundamente deficientes e para os quais tem que ser encontrada uma solução para uma vida com um mínimo de dignidade em centros ou lares de retaguarda.

O QUE É IMPORTANTE FAZER?

Não se vislumbram, a nosso ver, mudanças no investimento em reabilitação.

Para quem tem que lidar directamente com estes doentes, e suas famílias, resta-lhe propor que sejam utilizados os recursos existentes. Porque até pequenas mudanças têm que estruturadas, pensadas em termos de orçamentos, e não serem deixadas ao acaso do voluntarismo, que constitui sempre uma solução precária e frágil.

Mas vamos insistindo. Dentro de medidas imediatas podemos inserir:

1. Investir na prevenção de novos AVC
2. Iniciar Reabilitação na fase aguda
3. Dar apoio às famílias.

Pelos nossos dados sabemos que as famílias vão receber mais de 60% dos doentes após alta hospitalar.¹³

Por serem as pessoas que, afectiva e materialmente, vão estar mais próximas do doente, seria interessante que fossem o alvo preferencial de formas definidas de suporte. Por exemplo através de gabinetes de apoio, que pudessem dar todas as informações, responder a todas as interrogações sobre a doença, e onde se iniciasse o encaminhamento antes da alta. Em nossa opinião a presença médica é, também aqui, fundamental. Invariavelmente, os doentes, e famílias, colocam inúmeras perguntas de ordem técnica, muitas vezes de resposta difícil. Qualquer indisposição é, de imediato, relacionada com o AVC ou com a possibilidade da sua **repetição**.

Aquisição de transporte para os doentes se deslocarem, em ambulatório, aos serviços de saúde.

Incentivar iniciativas de instituições que fornecem alimentação e higiene, na residência do doente, como é o caso da Misericórdia, ou de lavagem da roupa, como na Câmara de Almada.

Os médicos de família devem ter inteira liberdade para enviar os seus doentes aos centros de reabilitação, sem que lhes seja colocada qualquer carga burocrática.

As medidas a longo prazo: enfermarias de reabilitação, apoio domiciliário completo, centros de reconversão e reintegração profissional, exigem outra visão política da saúde e do país, o que ultrapassa o âmbito deste escrito.

E quando ouvirem o **Messias**, lembrem-se que Haendel o escreveu após ter recuperado de uma **apoplexia (AVC)**.

BIBLIOGRAFIA

1. W.B.SAUNDERS: Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation 1990
2. ADAMS V.: Principles of Neurology – Cerebrovascular Diseases – chap.34 - 1993 – McGraw Hill
3. HACHINSKY., MORRIS J: The Acute Stroke – 1985 – F.A.Davis

Company

4. DONALDSON S. ET AL: An Unified ADL Evaluation Form – Arch.Phys. Med.Reab. – Vol 54 – April 1973
5. LAINS J: MIF – Medida de Independência Funcional – tradução autorizada pela AMPRA
6. GARRISON et al: Rehabilitation of the Stroke Patient – Rehabilitation Med. – 1986 – Delise
7. GRESHAM GE: The Rehabilitation of the Stroke Survival – Stroke – 1991
8. WADE DT et al: Stroke: association with age, sex, and side of weakness – Arch.Phys.Med.Reab. – Vol.67 – August 1986
9. CUSHMAN L: Secondary Neuropsychiatric Complications in Stroke: Implications for Acute Care – Arch.Phys.Med.Rehab. - Vol.69 – Oct.1988
10. KATZ RT et al: Objective quantification of spastic hypertonia: correlation of clinical findings – Arch.Phys.Med.Rehab. – Vol.73 – April 1992
11. SMITH ME et al: Therapy impact on functional outcome in controlled trials of stroke rehabilitation – Arch.Phys.Med.Rehab. – Vol.63 – April 1982
12. Advances in Stroke Therapy – 1982 – Raven Press:
 - a. BLOWER P: The Stroke Units at Greenwich
 - b. AKHTAR A: Establishment of a Stroke Rehabilitation Unit
 - c. STEVENS RS: The Dover Stroke Rehabilitation Unit
 - d. MULLEY GP: Trials of Speech Therapy
 - e. MEADE TW: Controlled Trials in Remedial therapy
 - f. LANGTON-HEWER: The Bristol Stroke Unit
 - g. ORGOGOZO JM: A Stroke Unit in Bordeaux
 - h. WADE DT: Role of Domiciliary Care Services for Acute Stroke Patients
 - i. ISAACS B: The Continuing needs of Stroke Patients
 - j. LANGTON-HEWER R: Psychosocial Aspects of Stroke Rehabilitation
 - k. GRIFFITH VE: Lay Volunteers
13. PEREIRA G, OOM A, SANTOS G, PEREIRA E; LEAL F, CARVALHAL A, PRATTES L, RAMIRES I: Caracterização Funcional de Doentes Internados – aceite para publicação no Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa.
14. PEREIRA I, SANTOS A, GIRBAL A: RAMIRES I: O AVC no Serviço de Medicina – publicado em “poster” nas Sessão de Encerramento da Reuniões Clínicas dos Hospitais S.José e Desterro.1993 - Apresentado no “International Congress of Stroke – Veneza – 1994
15. La Palice, Tiago de Chabannes – capitão francês – n.1470, m.1525 na batalha de Pavia.
16. The Copenhagen Stroke Study – Arch.Phys.Med.Rehab. – Voll.76, May 1995 e subsequentes.
17. PRATTES L, PEREIRA G, GONÇALVES F, RAMIRES I: Domiciliary Support for Patients with Stroke – International Congress of Stroke Rehabilitation - Berlim – 1993

Apêndice

Escala de Barthel

– Alimentação – independente=10, com ajuda=5; - Banho sem ajuda=5; - Higiene (lavar cara, dentes, pentear) independente=5; - Vestir – independente=10, com ajuda=5; - Controlo de intestinos – sem problemas=10, problemas ocasionais=5; Controlo vesical – sem problemas=10, problemas ocasionais=5; - Ida à retrete – independente=10, com ajuda=5; - Transferência leito-cadeira – independente=15, ajuda mínima=10, sentar passivo=5; Marcha – independente em 50 metros=15, com ajuda em 50 metros=10, sozinho em cadeira de rodas 50 metros=5; - Escadas – independente=10, com ajuda=5.
 NOTA: <30=deficiência profunda; 30 a 60=deficiência severa; 60 a 85=deficiência moderada; 85 a 100=deficiência ligeira; 100=independente