

## REABILITAÇÃO DOMICILIÁRIA EM PESSOAS QUE SOFRERAM UM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

**Teresa Carvalho**

Faculdade Ciências da Saúde – UFP  
teresasbc@gmail.com

**Manuela Pontes**

Mestre Assistente  
Faculdade Ciências da Saúde – UFP  
mpontes@ufp.edu.pt

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO: CARVALHIDO, Teresa ; PONTES, Manuela - Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto : Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. 6 (2009) 140-150.

**RESUMO**

O objectivo deste estudo foi avaliar, através de um estudo de caso com experimentação e um estudo fenomenológico, a influência da aplicação de um programa de reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um AVC e a sua importância para a família/ cuidador. Caso esta existisse, pretendia-se conhecê-la pormenorizadamente ao nível de doze variáveis. Após a aplicação do programa, verificou-se uma melhoria em algumas das variáveis estudadas, demonstrando a importância deste programa para este grupo específico e para a sua família/ cuidador.

**PALAVRAS-CHAVE**

Acidente Vascular Cerebral; Reabilitação Domiciliária

**ABSTRACT**

The main goal of this study was to evaluate, using an experimentation case study and a phenomenological study, if there had been any influence by using of a home rehabilitation program for people that had had a stroke and its importance for the family\caregiver. If so, it was also our goal to know that influence with detail, using twelve variables. After the enforcement of the program, it was noticed an improvement in several variables, showing how important this program was for the population in specifically and for the family\caregiver's.

**KEYWORDS**

Stroke; Home Rehabilitation

## 1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a principal causa de mortalidade e morbilidade em Portugal e a 3ª causa nos países industrializados. A incidência do AVC aumenta com a idade e a população portuguesa está a atingir uma faixa etária muito elevada, logo é fundamental estudar os fenómenos que envolvem esta patologia para diminuir a sua incidência e evitar ou diminuir as sequelas deixadas por este. Para tal é fundamental a implementação de programas de reabilitação personalizada, que incluam a reabilitação domiciliária.

O presente estudo tem como objectivo avaliar a influência da aplicação de um programa de reabilitação domiciliária, em pessoas que sofreram um AVC e caso esta exista, conhecê-la pormenorizadamente. Para complementar o estudo pretendeu-se também conhecer a opinião da família ou cuidador da pessoa que sofreu um AVC, sobre a reabilitação domiciliária.

## 2. O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A Organização Mundial de Saúde designa o AVC como uma patologia diversa, que apresenta um quadro de instalação rápida, com sinais clínicos de disfunção cerebral focal ou global, com sintomas que duram pelo menos 24 horas ou provocam a morte, apresentando sempre uma aparência catastrófica para a pessoa e para a família.

A expressão Acidente Vascular Cerebral refere-se a um conjunto de sintomas de deficiência neurológica, que são resultado de lesões cerebrais provocadas por alterações da irrigação sanguínea. O AVC é, para todos os efeitos, uma manifestação de uma doença vascular cerebral. Os efeitos causados por este são variados e dependem da extensão e localização da lesão no tecido nervoso.

Os mecanismos de um AVC são vários, tais como: trombose de uma artéria, lacunas (pequenos enfartes profundos no cérebro), embolia, hematoma intra-craniano, hemorragia subaracnoideia e aneurismas ou malformações artério-venosas (Mohr, 1978 *cit. in* Mausner et al., 1990 *cit. in* Martins, 2002). Contudo o AVC pode dividir-se em dois tipos básicos: o hemorrágico e o isquémico.

Garrison et al. (*cit. in* Oliveira e Candelas, 2000) referem que a trombose cerebral é considerada a causa mais frequente de AVC, constituindo aproximadamente 40% de todas as patologias vasculares cerebrais de origem isquémica, daí que na população em geral, esta seja a mais conhecida e habitualmente tomada como ilustrativo do AVC. A causa mais frequente deste AVC é, como refere Schenk (*cit. in* Oliveira e Candelas, 2000), a arteriosclerose.

No ano de 2003, em Portugal verificaram-se 9 casos de A.V.C.'s por dia em cada 1000 habitantes, e em 2002 morreram 20 069 pessoas devido à mesma patologia. (World Health Organization: 2007)

## 2.1. ALTERAÇÕES RESULTANTES DE UM AVC

A principal característica de um AVC é o desenvolvimento de um deficit neurológico. As alterações que o doente apresenta podem ir de leves a graves, e até mesmo à morte. A hemiplegia é o sinal característico de um AVC.

Segundo Martins (2002), as alterações derivadas da lesão não têm a ver com o tipo de AVC, mas sim com a zona cerebral afectada. A localização da lesão é determinante nas manifestações que podem ocorrer no doente.

De forma resumida, os pacientes com AVC apresentam, numa primeira fase, perturbações da consciência que pode ir desde a sonolência até ao coma. Nas fases seguintes as manifestações dependem da artéria atingida e da extensão da lesão ocorrida.

## 2.2. PROCESSO DE REABILITAÇÃO NO AVC

Segundo Storm (*cit. in* Martins, 2002), a reabilitação consiste num processo único, contínuo, progressivo, global e precoce, não é apenas médico, social ou profissional, mas sempre complexo, interdisciplinar e efectuado na perspectiva do indivíduo. A reabilitação visa potenciar uma recuperação e reintegração do indivíduo, diminuindo a deficiência, incapacidades e desvantagens. O processo de reabilitação é único e pessoal e não termina no hospital, nem numa clínica. Termina quando o indivíduo se torna autónomo e independente no seu meio ambiente. O sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e o paciente.

O AVC deixa nos sobreviventes incapacidades que podem ser temporárias ou permanentes. Estas incapacidades são basicamente a nível das actividades da vida diária, como a alimentação, a eliminação, a higiene, o vestir, a mobilidade; na relação com a família e com a sociedade, sobretudo no campo profissional e na área de lazer. Segundo Adler et al (1999), dominar as actividades da vida diária é um passo importante no progresso do paciente para a sua independência.

A reabilitação em pessoas que sofreram um AVC é vital para as ajudar a readquirir a função física, psicossocial e profissional. Isto irá permitir aos pacientes que sejam participantes produtivos da vida familiar e comunitária.

A função óptima atingível para um paciente com AVC depende de vários factores, tais como o grau de recuperação neurológica, a prevenção de complicações secundárias, da capacidade individual de aprender novas habilidades, do tempo de espera da reabilitação após o surgimento do AVC e da perseverança em atingir os objectivos a curto e a longo prazos. Um profissional de saúde deve compreender as complexidades dos comprometimentos e incapacidades relacionadas com o AVC para aplicar uma adequada reabilitação ao paciente.

A reabilitação deve incidir ao nível das actividades da vida diária, na motricidade, como transferências, propulsão de cadeiras de rodas, equilíbrio e deambulação, na comunicação, na deglutição, nos deficits cognitivos e nas relações sociais. Este processo deve aproveitar a capacidade máxima das funções da pessoa, de modo a permitir que esta se adapte à vida de relação com o meio (Candelas, 2000).

Os objectivos funcionais são modificados com o passar do tempo, pois é necessário adaptá-los ao potencial do paciente, à medida que melhoram a recuperação neurológica, a estabilidade clínica, a tolerância e a habilidade. No início da reabilitação, os objectivos focalizam-se nas áreas de auto-cuidados básicos, na mobilidade, na comunicação e na cognição. Mais tarde, à medida que os pacientes começam a se integrarem na vida familiar e comunitária, são acrescentados objectivos psicossociais e profissionais mais complexos. A orientação à família também é um ponto crucial do processo da reabilitação, porque é ela a grande responsável pela integração do indivíduo no domicílio. (Sampaio *et al.*, 2005)

### 3. CUIDADO DOMICILIÁRIO

O domicílio é o local onde se encontra a família e é nela que os seus elementos se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente. Deve considerar-se o ambiente familiar como um componente importante para as pessoas em reabilitação, seja pelos aspectos físicos e materiais, como pelos lados afectivo e social, pois a família é uma das forças que influenciam o processo de saúde – doença dos indivíduos e o seu envolvimento pode traduzir-se numa mais-valia preciosa em todo o processo de reabilitação global do doente e na sua reintegração social e profissional. (Amaral, 2001)

Por vezes, a estrutura domiciliária física precisa de adaptações, mas estas têm de ser realizadas tendo em conta as necessidades do paciente e dos familiares. De acordo com Macedo (2003), as adaptações mais comuns no espaço domiciliário, especialmente para pessoas que sofreram um AVC, consistem na orientação para a construção de rampas, de forma a facilitar a locomoção; a colocação de apoios nas paredes e na casa de banho para aumentar a segurança e promover a independência da pessoa em recuperação e por vezes indicar o alargamento das portas para a passagem dos equipamentos de apoio à mobilidade do doente.

A família é constituída por elementos fulcrais na participação no cuidado domiciliário. Os profissionais de saúde devem considerar as implicações da doença, não apenas para o paciente, mas também para os seus familiares, pois o impacto desta afecta, consideravelmente, os membros da família. O profissional de saúde tem que confiar na família como prestadora de cuidados ao membro da família que se encontra doente. Contudo, é necessário que esta sinta o apoio e a parceria do referido profissional, pois esta também sente medo e possui dúvidas quanto aos cuidados a ter em relação ao familiar doente e às suas reacções inesperadas. (Lima, 2003)

O cuidado domiciliário traz imensas vantagens. Lacerda (2001) afirma que para o indivíduo a proximidade do ambiente familiar acelera o processo de recuperação e evita o deslocamento de familiares para o hospital. As vantagens para os hospitais relacionam-se com o aumento da oferta de vagas, devido à maior rotatividade de leitos. Para a família, o facto de poder estar constantemente com o seu familiar e poder tratá-lo com toda a atenção possível é uma mais-valia incalculável, muitas vezes até para os profissionais de saúde. Ainda se pode acrescentar como vantagens, o menor risco de infecções hospitalares e do stresse do internamento, para além do atendimento personalizado ser mais facilitado no ambiente familiar.

#### 4. METODOLOGIA

A questão fulcral que se pretende responder é: “Existe influência na aplicação de um programa de reabilitação domiciliária, em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral e residem no Concelho de Ponte da Barca?” Todavia, se existe esta influência, é fundamental conhecê-la pormenorizadamente. Além disto, para se esclarecer este problema, é necessário numa primeira fase identificar a população que sofreu um AVC no Concelho de Ponte da Barca e recebe apoio domiciliário do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca e saber quais as suas características, para o desenvolvimento de um programa de reabilitação domiciliária (PRD) adequado a cada pessoa. O PRD teve a duração de 10 semanas, em que se realizavam 90 minutos por dia de reabilitação, 4 dias por semana. O presente programa teve como principal objectivo desenvolver a autonomia e a independência da pessoa que sofreu um AVC. Este objectivo divide-se em objectivos específicos, tais como: incrementar a autonomia das actividades da vida diária; a destreza motriz; manter o estado trófico e vasomotor; desenvolver as actividades funcionais; diminuir a dor quando presente; atingir uma postura adequada; realizar a marcha e habilidades coordenativas. Para atingir estes objectivos, realizaram-se diversas actividades com objectivos operacionais específicos para cada utente, mediante a primeira avaliação e seguintes.

A família é um ponto fulcral na reabilitação, razão pela qual surge outra questão: “Qual a opinião da família da pessoa que sofreu um AVC, em relação à importância da reabilitação domiciliária para a pessoa com AVC e para os cuidadores?”

Para dar resposta ao problema de investigação, o estudo evoluiu em duas fases: inicialmente desenvolveu-se um estudo quantitativo, que começou pelo estudo exploratório para conhecer as características da população em estudo, ou seja, das pessoas que recebiam apoio domiciliário do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Ponte da Barca. Após a selecção da amostra, através da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, de entre os utentes com prescrição médica para a aplicação do estudo e de estes aceitarem livremente participar, realizou-se um estudo descritivo, mais propriamente um estudo de caso com experimentação, para estudar o efeito do programa de reabilitação domiciliária nas 5 pessoas que sofreram um AVC. Os critérios de inclusão foram: possuir sequelas de um AVC, tais como hemiplégia ou hemiparésia, disartria, apraxia e paralisia facial; receber apoio domiciliário do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca e residir no Concelho de Ponte da Barca e possuir autorização do seu médico de família. Por sua vez, os critérios de exclusão foram: possuir valores inferiores a 14 na Escala de Avaliação do Estado de Consciência, possuir alterações psiquiátricas.

Após o estudo quantitativo efectuou-se o estudo qualitativo, mais propriamente um estudo fenomenológico, tendo como finalidade conhecer a opinião dos familiares sobre a importância da reabilitação domiciliária. Este estudo concretizou-se junto da família dos participantes, e quando esta não existia, junto dos cuidadores.

O estudo exploratório realizou-se através da aplicação de um questionário por entrevista, face a face, às pessoas que recebiam apoio domiciliário do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca, no Concelho de Ponte da Barca.

O estudo de caso com experimentação realizou-se através da avaliação da autonomia nas actividades da vida diária; do controlo de esfíncteres; da destreza motriz; da sintomatologia (dor); do estado trófico e vasomotor; tónus muscular, da orientação espaço-temporal; das

actividades funcionais; do equilíbrio; da postura; da forma de deambulação e das habilidades coordenativas das pessoas que constituem a amostra, através de uma ficha de avaliação da autonomia e independência, devidamente pré-testada em utentes do mesmo Hospital. A ficha de avaliação consistia numa compilação de várias escalas, nomeadamente da escala de EVA, escala de Ashword, escala de espasmos musculares, avaliação goniométrica, avaliação postural, avaliação da coordenação, escala de equilíbrio de Berg e a escala de Medida de Independência Funcional (MIF). Através dos dados obtidos estabeleceu-se um programa de reabilitação domiciliária personalizado, aplicado durante 10 semanas, em que se realizavam 90 minutos por dia de reabilitação, 4 dias por semana. Após este tempo realizou-se uma nova avaliação às mesmas pessoas, para posteriormente analisar estatisticamente os resultados obtidos antes e depois da aplicação do programa de reabilitação.

Depois do programa de reabilitação domiciliária aplicou-se um inquérito por entrevista, face a face, aos familiares ou cuidadores, das que receberam a reabilitação. Os dados desta entrevista foram analisados através de uma análise de conteúdo, segundo Bardin (2008).

## 5. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 5 elementos, com idades compreendidas entre os 63 e os 85 anos, cuja média era de 77 anos ( $s \pm 8,414$ ), e o sexo mais frequente foi o feminino. Destas mesmas pessoas, 3 viviam acompanhadas, sendo a companhia mais frequente um filho, 2 doentes ainda habitavam sozinhos. Quanto ao tempo de ocorrência do AVC, duas pessoas sofreram o AVC há aproximadamente 4 meses atrás, uma pessoa entre 5 a 9 meses e duas pessoas entre 10 a 14 meses.

Relativamente à presença de dor, antes da aplicação do PRD, a maioria das pessoas da amostra sofria de dor ligeira constante durante o dia, sendo esta mais presente nos joelhos e costas. Com as mobilizações, alongamentos, massagens e alterações da postura, entre outras actividades do PRD, a dor foi diminuindo ao longo do tempo e após o referido programa, só uma pessoa da amostra continuou com a referida dor, mas de uma forma mais ténue. Segundo Kisner (2004), a mobilização é uma técnica de terapia manual que tem como principal objectivo mobilizar superfícies articulares de forma a atingir um determinado efeito terapêutico, podendo este ser de aumento das amplitudes articulares como a diminuição de dor, que foi o objectivo atingido.

Um outro parâmetro que se pretendeu causar alterações foi a orientação espaço-temporal. Antes da aplicação do PRD, 3 pessoas encontravam-se orientadas no tempo e no espaço e as restantes possuíam algum tipo de desorientação. Após o PRD, os mesmos 3 doentes continuaram orientados, tanto no espaço como no tempo. Relativamente aos que possuíam algum tipo de desorientação, as alterações verificadas não foram muito notórias. A única alteração verificada referiu-se à orientação no espaço, pois um dos elementos da amostra mostrou-se orientado em relação ao espaço.

Quanto ao tónus muscular, as alterações foram notórias, pois houve mesmo um caso em que o tónus muscular voltou ao normal. Quanto aos outros elementos da amostra, as alterações em relação ao tónus muscular também foram visíveis, pois a hipotonia ficou reduzida após o PRD. As zonas corporais com maior relevância na alteração do tónus muscular foram o braço e o antebraço; as com menor relevância foram os pés.

Ao nível do controlo de esfíncteres não se verificou qualquer tipo de alteração, antes e depois do PRD. Acreditou-se que esta variável não sofreu alterações, porque o referido programa não possuía actividades específicas para este fim, contudo esta variável foi contemplada devido a ser um dos parâmetros da MIF.

Relativamente ao controlo do movimento, verificou-se que a totalidade da amostra possuía o controlo do movimento do pescoço antes e após o PRD. Em contrapartida, a articulação radiocubital, o punho e o tornozelo eram as zonas corporais que possuíam maior dificuldade no controlo do movimento. Contudo, após o PRD todos os elementos da amostra encontravam-se com o controlo do movimento bom ou normal, de todas as articulações corporais. Estas alterações foram notórias, porque o tónus muscular também sofreu grandes alterações, o que permitiu melhorar o controlo do movimento.

Quanto à coordenação, inicialmente a totalidade da amostra realizou normalmente a tarefa de levar o dedo ao nariz e abrir e fechar as mãos. Contudo, nenhum dos elementos da amostra conseguiu levar o calcanhar ao joelho e efectuar a supinação/ pronação de ambas as mãos ao mesmo tempo. Após o PRD, todas as pessoas realizavam a tarefa de supinação/ pronação de ambas as mãos, mas nem toda a amostra conseguiu levar o calcanhar ao joelho. Esta coordenação foi conseguida, porque segundo Bandy (2003) isto acontece quando há um aumento do controlo de movimento e o tónus muscular se aproxima do normal.

**Tabela 1.** Evolução da coordenação dos participantes, antes e depois do programa de reabilitação domiciliária

	Antes PRD	Depois PRD
Coordenação Dedo-nariz	5	5
Coordenação Calcanhar-joelho	0	3
Coordenação Supinação-pronação	0	5
Coordenação Abrir/fechar a mão	5	5

Quanto às actividades funcionais, devido à melhoria do tónus muscular, do controlo de movimento e da coordenação, estas tiveram uma evolução muito evidente. Inicialmente apenas uma actividade funcional – passar da posição de pé para a de sentado –, foi realizada por todos os elementos da amostra. Após o PRD e com o treino das actividades funcionais todas as pessoas realizavam as actividades funcionais propostas, apesar de algumas destas serem realizadas de forma sofrível.

Inicialmente um dos utentes da amostra estava acamado, dois usavam o andarrilho e os restantes utilizavam a bengala. Após as 10 semanas de reabilitação, todos os utentes deambulavam, sendo que três usavam uma bengala e dois, andarrilho.

As actividades da vida diária dos doentes participantes no estudo tiveram também uma evolução muito favorável. Como o tónus muscular se aproximou do normal, a coordenação e o controlo do movimento melhoraram e as actividades funcionais também, a probabilidade de aquelas terem uma evolução positiva era muito favorável, e foi o que se observou.

Um outro parâmetro que também teve uma evolução muito notória e que contribuiu para a evolução de muitas outras variáveis em estudo foi o equilíbrio, pois segundo Bandy (2003), o equilíbrio é essencial para os indivíduos se movimentarem no seu meio ambiente e realizarem com êxito as actividades da vida diária. Este foi estudado de duas formas, o estático e

o dinâmico, e ambas evoluíram bastante, havendo mesmo 3 elementos da amostra em que o equilíbrio atingiu o estado normal.

**Tabela 2.** Evolução do equilíbrio dos participantes, antes e depois do programa de reabilitação domiciliária

	Antes PRD	Depois PRD
Equilíbrio Sentado - estático	4	5
Equilíbrio Sentado - dinâmico	3	5
Equilíbrio de Pé - estático	4	5
Equilíbrio de Pé - dinâmico	1	3

A nível da postura, inicialmente, todos os elementos da amostra não possuíam a postura adequada, mas nenhum deles possuía uma postura que os incapacitasse de realizar qualquer tipo de tarefa. Após o programa de reabilitação, alguns dos indivíduos da amostra sofreram alterações positivas na postura, porém nenhum deles atingiu a postura correcta. Estas aquisições de postura permitiram-lhes um maior controlo no desenvolvimento da marcha e da realização das actividades funcionais e da vida diária, estando em conformidade com as afirmações de Moffat e Vickery (2002).

Todas as evoluções anteriormente descritas promoveram uma maior autonomia e independência à pessoa que sofreu o AVC. Contudo, a implementação do programa de reabilitação domiciliária também trouxe algumas vantagens aos familiares, como a diminuição do trabalho que tinham com o familiar doente, a diminuição das preocupações com os mesmos e o aumento da liberdade, indo de encontro às teorias de Chalifour (2008). Isto pôde-se verificar quando se perguntou aos familiares ou ao cuidador, qual a sua opinião sobre a reabilitação domiciliária, pois todos responderam a favor desta, afirmando que só trouxe vantagens e benefícios, tanto para as famílias como para quem sofreu o AVC. Todas as famílias disseram que notavam uma evolução favorável no familiar doente e que aprenderam algumas técnicas que lhes permitiram promover uma vida melhor para os seus familiares doentes e para elas próprias.

## 6. CONCLUSÃO

O AVC consiste num processo patológico que envolve os vasos sanguíneos cerebrais e pode ser causado por trombose, embolia ou hemorragia. Cada uma destas etiologias possui um mecanismo diferente, porém o resultado é similar, sendo este a isquémia final ou hipoxia de uma área focal do cérebro. O AVC pode ser dividido em dois subgrupos: o AVC isquémico e o AVC hemorrágico, cada um com as suas características específicas.

Como resposta à pergunta: “Existe influência na aplicação de um programa de reabilitação domiciliária, em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral e residem no Concelho de Ponte da Barca?”, através da análise dos resultados pode afirmar-se que esta influência existiu, pois o programa de reabilitação domiciliária teve uma influência significativa e positiva nas pessoas que se submeteram ao programa de reabilitação domiciliária, a vários níveis. Relativamente a todas as variáveis em estudo, apenas ao nível do controlo de esfíncteres não se conseguiu causar qualquer tipo de alteração, pois no programa de reabilitação não existiam actividades que promovessem directamente a reabilitação desta variável. Uma outra variável que não sofreu grandes alterações, foi a orientação espaço-temporal, pois não foi possível visualizar, uma evolução evidente neste parâmetro. Contudo, em 10 das 12 vari-

áveis em estudo, as alterações foram muito visíveis, pois o tónus muscular aproximou-se do normal, as actividades da vida diária e as funcionais começaram a ser realizadas, o equilíbrio melhorou, as dores diminuíram, o controlo de movimento e a coordenação aperfeiçoou-se, o estado trófico e vasomotor atingiu a normalidade e a forma de deslocação passou a ser a marcha para todos os elementos da amostra, tornando-os mais activos, autónomos e independentes.

Quanto às famílias ou aos cuidadores, todos tiveram uma opinião favorável sobre a reabilitação domiciliária, afirmando que esta ofereceu uma vida melhor ao familiar doente e elas próprias ficaram com uma vida mais facilitada. Isto verificou-se, porque a liberdade das famílias aumentou, as preocupações e o trabalho que tinham com o familiar doente diminuiu.

Nesta etapa, de análise conclusiva de todo o percurso de investigação realizado, constata-se que ainda muito se tem de investigar sobre a reabilitação domiciliária, pois existem muitas pessoas que após terem sofrido um AVC ficam confinadas ao seu domicílio, condicionando, inevitavelmente, a vida dos seus familiares. Outra razão para fomentar a continuidade dos estudos sobre a reabilitação domiciliária prende-se com os limites do próprio estudo – amostra muito pequena, o que fez com que a validade externa seja nula. Seria importante realizar o mesmo tipo de investigação com uma amostra que desse a possibilidade de validar o estudo externamente; um estudo experimental que torne possível a validação dos resultados, a correlação das variáveis e a extrapolação dos resultados, para que a utilidade social fosse uma realidade da qual possam usufruir todos os diminuídos pela doença e incapacidade.

## BIBLIOGRAFIA

- ADLER, S.; BECKERS, D.; BUCK, M.** (1999). *PNF – Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva*. Brasil, Editora Manole Ltda.
- AMARAL, N.** (2001). Assistência Domiciliar a Saúde (*Home Health Care*): Sua história e sua relevância para o Sistema de Saúde Atual. *Revista Neurociências*, vol.9, nº3, pp.111-117.
- BARDIN, L.** (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70 Lda.
- BANDY, W.; SANDERS, B.** (2003). *Exercícios Terapêuticos – Técnicas para intervenção*. Brasil, Guanabara Koogan.
- CANDELAS, M.; OLIVEIRA, C.** (2000). A independência funcional dos doentes com acidente vascular cerebral: estudo de alguns factores que a influenciam, *Revista Investigação em Enfermagem*, nº2 – Agosto, pp. 11-21.
- CHALIFOUR, J.** (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da Relação de Ajuda*. Loures, Lusodidacta.
- JOHNSTONE, M.** (1979). *Restauração da Função Motora no Paciente Hemiplégico*. Brasil, Editora Manole Ltda.
- KISNER, C.; COLBY, L.** (2004). *Exercícios Terapêuticos, Fundamentos e Técnicas*. Brasil: Editora Manole, 5ª edição.
- LACERDA; M.** (2000) *Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivência do cuidado da enfermeira*. Florianópolis, Tese da Universidade Federal de Santa Catarina.
- LIMA, C.** (2003). *A mulher acometida de acidente vascular cerebral – Cuidados de enfermagem no processo de reabilitação*. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará.
- MACEDO, E.** (2003). *Cuidado Domiciliar na Atenção Primária*. Centro de Ciências da Saúde Universidade Estadual Vale do Acarajú, Sobral.
- MARTINS, M.** (2002). *Uma crise acidental na família – O doente com AVC*. Coimbra, Formasau.

**MOFFAT, M.; VICKERY, S.** (2002). *Manual de Manutenção e Reeducação Postural*. Porto Alegre: Artmed Editora.

**SAMPAIO, R.; MANCINI, M.; GONÇALVES, G.; BITTENCOURT, N.; MIRANDA, A.; FONSECA, S.** (2005). Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 9(2), 129-136.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION.** (2007). Acedido em 28 de Março de 2007, em: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/en/cvd\\_atlas\\_29\\_world\\_data\\_table.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_29_world_data_table.pdf).