

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA

Jéssica Mariana de Aquino Miranda

**PROPOSTA DE PROTOCOLO HOSPITALAR DE MOBILIZAÇÃO
PRECOCE PARA INDIVÍDUOS COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL AGUDO INTERNADOS NA U-AVC/UFU**

UBERLÂNDIA
2020

Jéssica Mariana de Aquino Miranda

**PROPOSTA DE PROTOCOLO HOSPITALAR DE MOBILIZAÇÃO
PRECOCE PARA INDIVÍDUOS COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL AGUDO INTERNADOS NA U-AVC/UFU**

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para a conclusão da mesma

Orientadora: Me. Jullyanna Sabryna Morais Shinosaki

Co-orientadora: Me. Viviany Mendes Borges

UBERLÂNDIA
2020



Hospital de Clínicas
de Uberlândia

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE (UNI E MULTIPROFISSIONAL) – PRAPS/FAMED/UFU
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – COREMU/UFU

APÊNDICE IV

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

Às 09 horas do dia 21 de maio de 2020, online por videoconferência, reuniu-se em sessão pública, a Comissão Julgadora para a defesa do Trabalho de Conclusão de Residência TCR : **“PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL AGUDO”** de autoria da residente **Jéssica Mariana de Aquino Miranda**. A **Me. Jullyana Sabrynsna Morais Shinosaki**, presidente da comissão e orientadora da residente, médica coordenadora da U-AVC/ HC-UFU convidou para compor a Comissão Julgadora os membros titulares: **Profa. Dra. Camilla Zamfolini Hallal**, fisioterapeuta, docente permanente da Universidade Federal de Uberlândia, **Profa. Dra. Lilian de Fátima Dornelas**, fisioterapeuta, docente visitante da Universidade Federal de Uberlândia. A Comissão teve por suplente: **Me. Daniela Cristina Silveira de Oliveira**, fisioterapeuta do setor de Clínica Médica do HC-UFU. Iniciando os trabalhos, a Sra Presidente concedeu a palavra à residente por 15 minutos, para exposição de seu trabalho, tendo 5 minutos de acréscimo. A seguir, a Sra Presidente concedeu a palavra, pela ordem, sucessivamente, às Sras. Examinadoras, que passaram a arguir a residente por, no máximo, 10 minutos cada, tendo sido assegurado a eles igual tempo para resposta. Terminada a arguição que se desenvolveu dentro dos termos regulamentais a Comissão, em sessão secreta, emitiu o parecer final.

Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou o (a) residente:

Aprovado Reprovado

com as seguintes recomendações: atendeu o trabalho de acordo com os requisitos do banco pa-
ra depósito no repositório

Nada mais havendo a tratar, encerraram-se os trabalhos às 11 horas e 30 minutos. Na forma regulamentar, foi lavrada a presente ata que depois de lida e considerada em conformidade, foi assinada pelos membros da Comissão.

Me. Jullyana Sabrynsna Morais Shinosaki Jullyana S.M. Shinosaki

Profa. Dra. Camilla Zamfolini Hallal Camilla Zamfolini Hallal

Profa. Dra. Lilian de Fátima Dornelas Lilian de Fátima Dornelas

Me. Daniela Cristina Silveira de Oliveira Daniela Cristina Silveira de Oliveira

RESUMO

INTRODUÇÃO: A imobilidade e o mau posicionamento no leito geram efeitos deletérios funcionais e complicações clínicas para o indivíduo pós-AVC, como pneumonia, trombose venosa profunda, perda muscular, limitação articular e disfunções dos sistemas cardiovascular e respiratório. **OBJETIVO:** propor um protocolo de atendimento fisioterapêutico para a U-AVC/HC-UFU nas primeiras 72h do AVC, além de material complementar, como folders e quadros de parede que facilitassem a implantação do mesmo. **METODOLOGIA:** foi realizada uma revisão sistemática da literatura para elaboração do protocolo. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** foram selecionados 9 artigos, e neles identificados pontos-chave que constituíssem a estrutura do protocolo, além de dados para nortear as diretrizes propostas, como: tempo para iniciar a mobilização, critérios para a mobilização e tipo e frequência da terapia. **CONCLUSÃO:** a partir da revisão da literatura, foi possível elaborar um protocolo contendo fluxograma de atendimento fisioterapêutico, ficha de avaliação padrão, guias práticos para os cuidadores e régua de mobilização para a equipe multiprofissional.

1. Introdução

O acidente vascular cerebral (AVC) é um déficit neurológico atribuído a uma lesão focal aguda do sistema nervoso central (SNC) de origem vascular, classificado em isquêmico (AVCi) e hemorrágico (AVCh) (BONITA, 1992) (SACCO et al, 2013). O AVCi é uma lesão focal encefálica, medular ou retiniana por obstrução arterial evidenciada em imagem com distribuição vascular definida, responsável por cerca de 80% dos casos de AVC. O AVCh pode ser dividido em hemorragia intraparenquimatosa (HIP) ou subaracnoide (HSA), respectivamente, quando ocorre ruptura de uma artéria por hipertensão arterial ou por aneurisma (BENJAMIN et al., 2019) (SACCO et al, 2013).

O AVC tem alta incidência no mundo; aproximadamente 610.000 pessoas são alvo de um novo evento nos Estados Unidos da América (BENJAMIN et al., 2019). No Brasil, a incidência é de 138,91/100.000 habitantes (SANTANA et al., 2018). Estudos mostram que um a cada quatro homens e uma a cada cinco mulheres serão acometidos por um AVC durante a vida (BONITA, 1992) (A WOLFE, 2000) (BENJAMIN et al., 2019).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da doença podem ser divididos em dois grupos: modificáveis e não modificáveis. Os principais não modificáveis são idade, hereditariedade, etnia e sexo, e os modificáveis são obesidade, diabetes, dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, etilismo e sedentarismo (BENJAMIN et al., 2019).

Os sinais e sintomas apresentados dependem, essencialmente, do tipo de AVC, área e da extensão da injúria cerebral. Podem ser: afasia, hemiparesia, hemi- hipoestesia, desvio da rima labial, negligência tátil e/ou visual, hemianopsia homônima, desvio do olhar conjugado, disartria e ataxia (ADAMS et al., 2003).

O diagnóstico baseia-se na história, quadro clínico e exames de imagem, sendo essencial a tomografia computadorizada (TC), e em várias ocasiões a ressonância nuclear magnética (RNM), pois os achados de imagem incluem o tamanho, a localização e a distribuição vascular do infarto, bem como presença ou não de sangramento (ADAMS et al., 2003).

A A mortalidade em pacientes com AVC tem diminuído nas últimas décadas, porém a taxa de pacientes acometidos por AVC tem aumentando. Essa

diminuição da fatalidade deve-se ao maior controle dos fatores de risco e à qualificação dos serviços de atendimento. Porém, o AVC é uma das principais causas de incapacidade a longo prazo, afetando negativamente o desempenho de atividades de vida diária e podendo contribuir para o aumento de novos eventos cardiovasculares (BILLINGER et al., 2014). Nota-se, então, que existe um aumento de pacientes com sequelas de AVC, sendo primordial a atenção multidisciplinar precoce para que estes aumentem a sua chance de retorno ao convívio social e retomem às suas atividades diárias com maior funcionalidade (BONITA, 1992) (LOTUFO et al., 2017).

No Brasil, de 2.231.000 acometidos pelo AVC, 568.000 têm incapacidade grave (BENSENOR et al., 2015). No âmbito mundial, aproximadamente 40% têm acometimentos funcionais, sendo até 30% graves (BILLINGE et al., 2014). Quando do retorno ao trabalho, as principais dificuldades relatadas são fadiga, dificuldades de locomoção, dor, tremor, dormência, disartria, alterações visuais e problemas psicológicos e cognitivos (BALASOORIYA-SMEEKENS; BATEMAN; MANT; SIMONI, 2016). Porém, pacientes que recebem uma assistência de qualidade, especialmente com uma equipe multidisciplinar, têm seu nível de incapacidade reduzido (UTIDA; BATISTON; SOUZA, 2016). A reinserção do paciente na comunidade e no seu convívio social deve abranger reabilitação precoce e orientações para os pacientes e familiares (WOOD; CONNELLY; MALY, 2010).

As definições de fase aguda e subaguda variam entre os autores, e ainda há alguns que classificam as primeiras 24 horas como fase hiperaguda (WINSTEIN et al., 2016). Nas primeiras 24 horas, principalmente, toda a equipe multiprofissional deve estar atenta aos sinais vitais do paciente, distúrbios respiratórios, arritmias, hipertensão, febre, piora do estado geral e/ ou aparecimento de novos sintomas neurológicos, seguindo um protocolo de atendimento tanto para os que recebem terapia de reperfusão quanto para os que recebem tratamento conservador (REEVES et al., 2010).

Passadas as primeiras 24 horas, sabe-se que a imobilidade é uma das maiores fontes geradoras de morte em pacientes que tiveram o primeiro AVC (BAMFORD et al., 1990). Também é entendido que a mobilização precoce traz grandes benefícios para o paciente. O exercício tem objetivos profilático (WINSTEIN et al., 2016), de melhora da aptidão cardiovascular e de evitar perda muscular

(BILLINGE et al., 2014). Porém, ainda existem controvérsias sobre qual momento seria seguro e benéfico para se iniciar esta terapia (REUTER et al., 2016) (BERNHARDT et al., 2006) (LANGHORNE et al., 2017) (BERNHARDT et al., 2008) (POLLOCK et al., 2014).

A imobilização no leito pode resultar em pneumonia, trombose venosa profunda, redução da massa muscular, limitação de articulações e disfunções do sistema cardiovascular e cardiorrespiratório, que acabam por limitar a continuidade da reabilitação. Porém, ainda não está claro na literatura se a mobilização dentro das 24h do ictus poderia contribuir para a diminuição do fluxo sanguíneo cerebral em função da labilidade pressórica da fase hiperaguda (XU et al., 2017).

A Unidade de Acidente Vascular Cerebral (U-AVC) é, de acordo com a Portaria nº 800/2015, um local cujo funcionamento aconteça por meio de protocolos destinados a oferecer diagnóstico rápido, terapias de reperfusão (TR), assistência multiprofissional especializada, reabilitação precoce e investigação etiológica, reduzindo, assim, a morbi-mortalidade da doença (MINISTERIO DA SAUDE, 2010) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) (ROHWEDER et al., 2015) (INDREDAVIK et al., 1999) (LANGHORNE et al., 1993) (REEVES et al., 2010) (REUTER et al., 2016).

A criação da U-AVC tipo II do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (U-AVC/HC-UFU), com 5 leitos e previsão de média de internação de 72h, ocorreu em outubro/2018, após dois anos de funcionamento do Protocolo de atendimento ao AVCi agudo do HC-UFU (disponível na INTRANET do HC-UFU). Ele estabeleceu diretrizes para o atendimento clínico intra-hospitalar e definiu um fluxograma de atendimento no município. O número de trombólises (TR disponível no SUS) passou de 5 para 44 no primeiro ano do protocolo, e então para 96 no primeiro ano da U-AVC. A existência de uma equipe multidisciplinar trouxe a necessidade de se adicionar ao protocolo geral de atendimento um protocolo específico para atendimentos da fisioterapia. A partir da vivência na U-AVC, e considerando que os protocolos são eficazes e desejáveis (GRIMSHAW; RUSSELL, 1993), foi feita uma revisão da literatura para a busca de diretrizes e estudos clínicos que nortegassem a abordagem fisioterapêutica nas primeiras 72h do ictus.

Assim, o objetivo deste trabalho foi criar uma proposta de protocolo de atendimento fisioterapêutico para a U-AVC/HC-UFU na fase aguda da doença, além de material complementar, como folders e quadros de parede que facilitassem a implantação do mesmo.

2. Metodologia

Foi feita uma revisão sistemática da literatura sobre a reabilitação na fase aguda do AVC. As seguintes bases de dados eletrônicas foram pesquisadas: National Library of Medicine (PubMed), Medical Subject Headings, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Physiotherapy Evidence Database (PEDro) e Science Direct. Foram utilizados os seguintes descritores: acute stroke, early mobilization e early rehabilitation. Todos estes descritores foram pesquisados no corpo do texto, tentando englobar o máximo de artigos possíveis.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: intervenção em população com idade maior que 18 anos; ensaio clínico controlado, podendo ser prospectivo, randomizado, multicêntrico, duplo cego ou não; publicação nos últimos cinco anos. Os critérios de exclusão foram: estudos não aplicados em humanos e reabilitação iniciada após 72 horas do ictus.

A seleção de artigos foi realizada por um avaliador em três etapas: (1) identificação e pré-seleção por meio da leitura dos títulos (os que se encaixaram nos critérios de elegibilidade e os que deixaram dúvidas foram selecionados); (2) eliminação dos duplicados e exclusão dos que não atendiam aos critérios de inclusão por meio da leitura dos resumos; (3) seleção final dos artigos por meio da leitura completa dos mesmos.

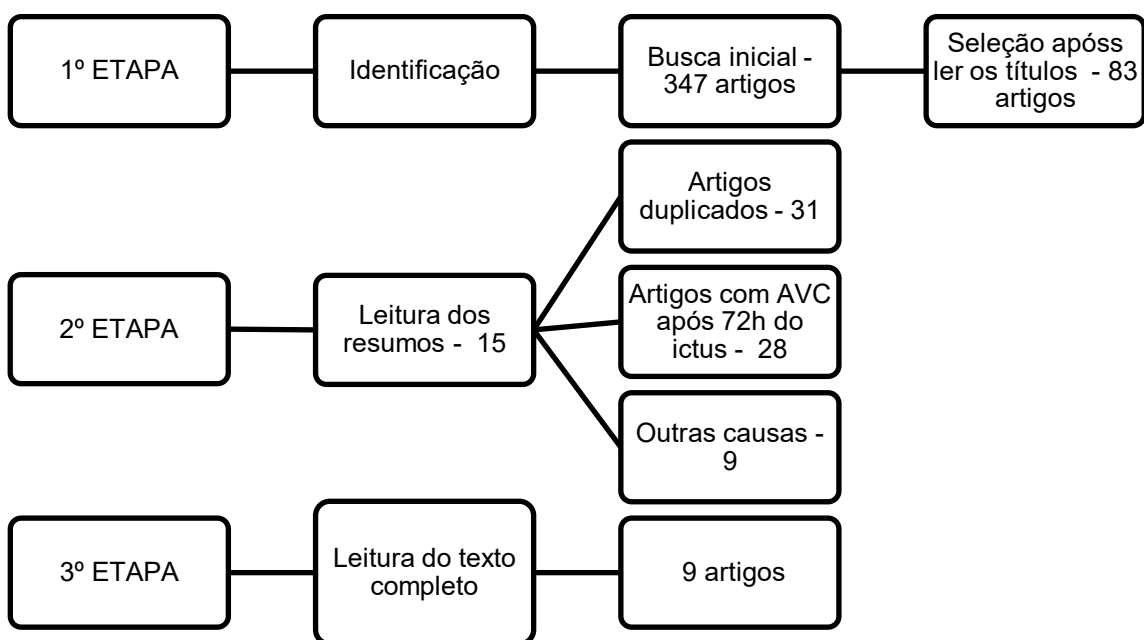
Após a revisão da literatura, foram escolhidos pontos-chave identificados nos artigos com base nas dúvidas e dificuldades encontradas durante a vivência do estágio na Unidade para direcionar a estrutura de um protocolo de atendimento fisioterapêutico a ser aplicado na reabilitação dos pacientes da U-AVC/HC-UFU nas primeiras 72 horas do ictus.

3. Resultados e discussão

3.1. RESUMO DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Inicialmente, foram selecionados 347 artigos. Após a leitura dos resumos, 15 artigos foram elegíveis; após a leitura do texto completo, restaram 9 artigos. O Fluxograma 1 detalha o passo-a-passo da seleção, e a tabela 1 resume os principais achados dos artigos selecionados.

Fluxograma 1 – Seleção dos artigos por etapas



Criado pela autora

Tabela 1 – Artigos selecionados, n da amostra, intervenção e resultados

Artigo	Autor	Tipo de estudo	N	Intervenção	Resultados
1. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): randomised controlled trial	Bernhardt , 2015	Ensaio clínico pragmático, de grupo paralelo, único cego, multicêntrico, internacional e randomizado	2104	Iniciam nas primeiras 24 horas e tem como principal objetivo as atividades sentado, em pé e deambulação. Sendo no mínimo três sessões adicionais fora da cama. O período de intervenção durou 14 dias ou até a alta. E se dividiu em grupo controle e grupo intervenção.	Embora a taxa de letalidade aos três meses tenha sido maior no grupo de mobilização muito precoce, nenhuma diferença significativa foi registrada entre os grupos.
2. Very Early Mobilization in Stroke Patients Treated with Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator	Arnold, 2015	Estudo prospectivo	18	Dentro de 24 horas após o início do tratamento com rtPA por via intravenosa. A mobilização foi definida como os seguintes procedimentos de reabilitação: fazer o paciente (1) levantar para sentar na cama a partir da posição supina; (2) sentar a beira leito; (3) transferir da cama para uma cadeira de cabeceira; e (4) deambular.	A mobilização precoce após rtPA IV tem o potencial de reduzir o tempo de internação e UTI, reduzir os custos gerais do hospital e iniciar um processo de reabilitação pós-AVC mais agressivo e anterior.
3. Prespecified dose-response analysis for A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT)	Bernhardt , 2016	Ensaio clínico pragmático, de grupo paralelo, único cego, multicêntrico, internacional e randomizado	2104	Iniciam nas primeiras 24 horas e tem como principal objetivo as atividades sentado, em pé e deambulação. Sendo no mínimo três sessões adicionais fora da cama. O período de intervenção durou 14 dias ou até a alta. E se dividiu em grupo controle e grupo intervenção	Mobilização mais curta e frequente logo após o AVC agudo está associada a maiores chances de resultados favoráveis aos 3 meses

4. Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a single-blind, randomized controlled trail.	Chippala, 2016	Ensaio controlado, randomizado, único cego.	86	Todos os participantes receberam 45 minutos de tratamento padrão uma vez por dia durante sete dias. Além disso, o grupo de intervenção realizou uma mobilização muito precoce, consistindo em atividades precoces e frequentes fora da cama, iniciadas 24 horas após o início do AVC por 5 a 30 minutos pelo menos duas vezes por dia, durante sete dias.	Os resultados indicam que uma mobilização muito precoce, além do tratamento padrão, pode ser eficaz na melhoria do estado funcional após o AVC agudo.
5. Early Mobilization After Stroke Is Not Associated With Cognitive Outcome Findings From AVERT	Cumming, 2018	Estudo controlado e randomizado	2104	Iniciam nas primeiras 24 horas e tem como principal objetivo as atividades sentado, em pé e deambulação. Sendo no mínimo três sessões adicionais fora da cama. O período de intervenção durou 14 dias ou até a alta. E se dividiu em grupo controle e grupo intervenção.	A exposição a mobilizações mais precoces e frequentes no estágio agudo do AVC não influencia o resultado cognitivo em três meses.
6. Early Sitting in Ischemic Stroke Patients (SEVEL): A Randomized Controlled Trial.	Herisson, 2016	Prospectivo multicêntrico	138	Dois grupos sendo o primeiro pacientes sentados fora da cama o mais cedo possível, mas no máximo um dia após o início do AVC, enquanto o outro grupo sentado progressivamente: sentado fora da cama no terceiro dia após o início do AVC.	Sentar antes de 24 horas não traz nenhum benefício e/ou malefício extremo.
7. A Very Early Rehabilitation Trial after stroke (AVERT): a Phase III, multicentre, randomised controlled trial	Langhorn e, 2017	Pragmático, prospectivo, de grupo paralelo, multicêntrico, internacional, com avaliação cega dos resultados e intenção de tratar a análise	2104	Iniciam nas primeiras 24 horas e tem como principal objetivo as atividades sentado, em pé e deambulação. Sendo no mínimo três sessões adicionais fora da cama.. O período de intervenção durou 14 dias ou até a alta. E se dividiu em grupo controle e grupo intervenção.	A mobilização antes de 24 horas, mais frequente e com doses mais altas foi associada a um resultado pior do que o grupo controle.

8. Early mobilization in ischemic stroke: a pilot randomized trial of safety and feasibility in a public hospital in Brasil	Polleto, 2015	Este ensaio clínico randomizado, controlado e único-cego	36	Grupo intervenção: sentar-se na cama em uma cadeira ou em pé (sempre e o mais rápido possível) e realizar treinamento funcional e reaprendizagem motora, de acordo com o conceito de Bobath. Os pacientes e suas famílias receberam um manual desenvolvido para o estudo, com orientações sobre posicionamento na cama e mudança de postura para uso em casa após a alta.	Mobilização precoce após acidente vascular cerebral isquêmico agudo é segura e viável.
9. Standard early rehabilitation and lower limb transcutaneous nerve or neuromuscular electrical stimulation in acute stroke patients: a randomized controlled pilot study.	Yen 2019	Estudo piloto controlado, randomizado, cego por avaliador.	42	Adição de estimulação nervosa transcutânea nos membros inferiores ou estimulação elétrica neuromuscular à reabilitação precoce padrão em pacientes com AVC agudo. Dentro de 24 horas após o acidente vascular cerebral. estimulação transcutânea do nervo + reabilitação precoce padrão, estimulação elétrica neuromuscular + reabilitação precoce padrão ou apenas reabilitação precoce padrão	Duas semanas de estimulação transcutânea do nervo adicionadas à reabilitação precoce padrão melhoraram a estabilidade postural e a marcha em pacientes com AVC agudo.

Criado pela autora

3.2 QUANDO INICIAR A MOBILIZAÇÃO DO PACIENTE AGUDO

A literatura vem buscando amplamente responder a esta questão, porém ainda não existe um consenso a respeito do melhor momento para se iniciar a terapia. Estudos menores mostraram benefício da terapia antes mesmo das 24 horas do ictus. Arnold et al. (2015) avaliaram a eficácia da mobilização pós-AVC

com cerca de 19,4 horas após o uso do trombolítico, e notaram que a mobilização tem o potencial de reduzir o tempo de internação e reduzir custos gerais. Chippala e Sharma (2015) avaliaram a eficácia da mobilização em 18 horas, em média, pós-ictus, e os resultados também foram benéficos para a funcionalidade do paciente. Poletto et al. (2015) realizaram mobilização nas primeiras 48 horas pós-ictus e concluíram que a mobilização precoce após o AVC é segura e viável.

Outras pesquisas mostram que não encontraram diferença estatística entre a mobilização nas primeiras 24h do ictus e a fisioterapia convencional após as 24 horas. Cumming et al. (2018) avaliaram a resposta da mobilização aguda em relação ao nível cognitivo e não acharam benefício significativo em relação ao grupo controle. Herisson et al. (2016) tiveram como objetivo sentar o paciente fora do leito o mais rápido possível, e mostram que sedestar o paciente antes de 24 horas não trouxe nenhum benefício e/ou malefício extremo.

O maior estudo realizado até o momento foi o Very Early Rehabilitation Trial (AVERT), que foi um trabalho multicêntrico realizado pela professora Julie Bernhardt e dividido em três fases, sendo a fase I um ensaio clínico randomizado, a fase II de segurança e viabilidade, e a fase III um estudo internacional e multicêntrico. Este estudo mostrou que o grupo intervenção que iniciou a mobilização dentro das 24 horas do ictus e com “doses” maiores de atividades fora do leito teve reduzidas as chances de um desfecho favorável nos primeiros três meses quando comparado com o grupo controle, que teve “doses” mais baixas de atividades e que iniciou a terapia, em média, 22,5 horas pós-ictus (LANGHORNE et al., 2017).

O que pode justificar estes efeitos não favoráveis é o fluxo cerebral. Pacientes que sofreram AVC apresentam uma autorregulação de fluxo cerebral prejudicada ou uma hiper-reatividade vasomotora, principalmente no hemisfério afetado. Sendo assim, dependem diretamente da pressão arterial sistêmica para uma boa perfusão no tecido de penumbra. Hipotetiza-se que posições eretas possam diminuir/ dificultar o fluxo cerebral nas primeiras 24 horas, de forma a prejudicar a área de penumbra (OLAVARRÍA et al., 2014) (PANAYIOTOU et al., 1999).

3.3. CRITÉRIOS DE SEGURANÇA PARA A MOBILIZAÇÃO

Antes de se iniciar qualquer mobilização precoce em algum paciente crítico é preciso atenção aos sinais de segurança, e estes mesmos servem para interrupção dos exercícios. A pressão sistólica deverá estar entre 110-220 mmHg, saturação de maior ou igual 92% mesmo se necessário suporte de O₂, frequência cardíaca entre 40-110 bpm e temperatura < 38,5°C (LANGHORNE et al., 2017). Além disto, deve-se observar a estabilidade hemodinâmica (não deverá estar com altas doses de drogas vasoativas e/ ou em ascensão) e o nível de consciência (capaz de obedecer pelo menos um comando indicado pelo terapeuta). A hemoglobina deve estar maior do que 7g/dl, e a contagem de plaquetas maior do que 50.000 (CONCEIÇÃO et al., 2017).

Além dos critérios para iniciar a terapia, existem os critérios para interrompê-la, mostrados na tabela 2. Além destes, se o paciente apresentar sudorese ou alguma queixa como cansaço excessivo, náuseas, dor de cabeça e/ou nistagmo, a mobilização deverá ser suspensa e o paciente reavaliado quando novamente for mobilizado. (LANGHORNE et al., 2017).

Tabela 2 – Critérios de segurança para mobilização

Critérios de segurança para mobilização precoce	
Pressão arterial sistólica (PAS)	< 110 ou > 220 ou variação de 20 mmHg
Frequência cardíaca (FC)	< 40 ou > 110 ou variação de 40 bpm
Droga vasoativa	Dose em ascensão ou altas doses
SpO ₂	< 92% com suporte de O ₂ ou em queda
Temperatura	> 38,5° C
Hemoglobina	< 7 g/dL
Plaquetas	< 50.000 unid/mm ³

Criado pela autora com base nos autores: CONCEIÇÃO et al., 2017 e LANGHORNE et al., 2017

3.4.TIPO E FREQUÊNCIA DAS TÉCNICAS TERAPÊUTICAS

A maioria dos artigos encontrados apresenta abordagens que priorizem a retirada do paciente do leito o mais precocemente possível, e poucos associam com outro conceito ou técnica. Apenas dois abordam outras técnicas: a eletroestimulação (YEN et al., 2019) e a associação com o conceito Bobath.

Yen et al. (2019) realizaram a eletroestimulação neuromuscular em membros inferiores em conjunto com a reabilitação precoce, e em duas semanas mostrou que a associação destas duas técnicas melhorou a estabilidade postural e a marcha em pacientes com AVC agudo.

Poletto et al. (2015) utilizaram do conceito de Bobath para treinamento funcional e reaprendizagem motora em conjunto com a abordagem precoce dentro de 48 horas pós-AVC e evidenciaram que a técnica é segura e viável.

Além de ainda não existir um consenso sobre a melhor técnica empregada, não existe consenso sobre a “dose” e o tempo de terapia. O que se sabe é que menor tempo de duração da sessão e com maior frequência no dia é mais favorável (LANGHORNE et al., 2017). Mesmo não sendo um consenso, a maioria dos artigos coloca a duração de 15 a 45 minutos de sessão, dividido em uma, duas ou três vezes ao dia (BERNHARDT et al, 2016) (HERISSON, 2016). Porém Bernhardt, 2019 como dito anteriormente iniciou um trabalho multicêntrico para responder esta resposta com maior eficácia, analisando a frequência, duração, intensidade e tipo de trabalho terapia com melhor eficácia.

3.5.CRITÉRIOS PARA DIRECIONAMENTO DO TIPO DE ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA (CORRELAÇÃO ESCALA DE FUNCIONALIDADE X RECURSOS FISIOTERAPÊUTICOS)

A maioria dos estudos utilizam da escala National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (ANEXO A) para medida da gravidade do AVC. Esta escala é um instrumento validado que fornece avaliação padronizada dos sinais e sintomas que acometem o paciente. É composta por 11 itens: nível de consciência, movimentos oculares, teste de campo visual, paralisia facial, função motora de membro superior, função motora de membro inferior, ataxia apendicular, sensorial, linguagem, disartria e extinção. Seu score varia de 0 a 42, sendo que quanto maior a pontuação, maior a gravidade; um NIHSS maior que 15 indica um AVC grave e com pior prognóstico. É uma escala de alta confiabilidade e fácil aplicabilidade, mas com variações inter-observador (WARDLAW; MURRAY; BERGE; ZOPPO, 2009) (GOLDSTEIN; SAMSA, 1997) (KWAH; DIONG, 2014).

Em relação ao acompanhamento da evolução do paciente e o grau de dependência, já é validada e usada mundialmente a escala Modified Rankin Scale (mRS) (ANEXO B), com 6 níveis de função, sendo 0 nenhuma limitação e 6, morte (BRODERICK; ADEOYE; ELM, 2017) (DEWILDE et al., 2017). A escala de mRS foi

criada não apenas para a evolução do paciente, mas também para quantificar sua funcionalidade previamente ao AVC (QUINN et al., 2017).

O Índice de Barthel (ANEXO C) avalia as atividades de vida diária (AVDs) baseado em 10 níveis de atividade (alimentação, banho, atividades rotineiras, vestir-se, sistema intestinal, sistema urinário, uso de banheiro, transferência, mobilidade em superfície planas, escadas), que pontuam de 0-100 quanto maior a pontuação maior independência em realizar as AVDs (SHAH; VANCLAY; COOPER, 1989)

As três escalas apresentadas acima já foram validadas no Brasil, obtendo uma alta confiabilidade (CINCURA et al., 2008).

Dos artigos selecionados nesta revisão, todos utilizaram a NIHSS para gravidade da injúria cerebral e a mRS para acompanhar a evolução do paciente, exceto Yen, 2019, que não utilizou a mRS para acompanhamento a longo prazo. O índice de Barthel foi bastante utilizado como a principal escala de avaliação das atividades de vida diária.

Os artigos selecionados utilizaram a escala mRs para retirada do paciente do leito, sendo que um mRs maior que 3 não foi indicativo de retirada do leito. Porém, nenhum artigo trouxe qual melhor tratamento fisioterapêutico para pacientes com mRS maior que 3 (BERNHARDT et al, 2016) (HERISSON, 2016) (LANGHORNE et al., 2017). Sabe-se que quanto maior a pontuação do NIHSS e menor do índice de Barthel maior o grau de dependência e acometimento deste paciente, porém nenhum artigo encontrado nesta revisão os usa como corte para início ou para definição de técnica para mobilização.

4.PROPOSTA DE ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA

Reunindo o estágio na Unidade com a revisão acima exposta, foi elaborada uma proposta de protocolo de abordagem fisioterapêutica dos pacientes da U-AVC/HC-UFU (APÊNDICE A).

5. DIFICULDADES E ADAPTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO

Inicialmente, prevemos algumas questões físicas e de recursos humanos dificultadoras para a implementação deste protocolo. Não há uma equipe contínua e horizontal de fisioterapia, e a equipe de enfermagem, suporte para a mobilização, muitas vezes está em número reduzido e não está horizontalmente na U-AVC. Porém, a expectativa é de que esta situação se regularize a partir do credenciamento da Unidade pelo Ministério da Saúde.

Diante desta dificuldade, todas as profissões devem, desde o início, participar do cuidado e otimizar a mobilização, orientando o paciente e seus familiares. Por isso, também foram criados *folders* (FIGURA 3 / FIGURA 4 - APÊNDICE A) de orientações para ser entregues desde a admissão do paciente para que o familiar seja incluso no cuidado desde o início.

Não há, na Unidade, poltronas de sedestação, porém a maca é um ponto forte, pois facilita a sedestação no leito e à beira-leito por ser eletrônica e de fácil manuseio. Dependendo do nível de consciência do paciente, ele mesmo pode ser ensinado e executar a sedestação.

Tentando envolver todos os profissionais e familiares nos cuidados, também foi criada uma régua de mobilização (FIGURA 2- APÊNDICE A) que permite a visualização do grau de mobilidade do paciente. Esta poder ser expandida para outros setores do cuidado subagudo e crônico dos pacientes pós-AVC. E por fim, também em apresentamos o fluxograma de atendimento (FLUXOGRAMA 1 - APÊNDICE A) e a avaliação diária (FIGURA 1 - APÊNDICE A), estes dois são objetivos, claros e de rápida visualização.

6. CONCLUSÃO

Sendo assim, com a revisão bibliográfica, foi possível criar um protocolo de atendimento fisioterapêutico contendo fluxograma de atendimento, ficha de avaliação padrão, guias práticos para familiares e régua de mobilização para os profissionais de saúde da Unidade, todos apresentados no apêndice A.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, Harold P et al.. Guidelines for the Early Management of Patients With Ischemic Stroke. **Stroke**, v. 34, n. 4, p. 1056-1083, abr. 2003. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/01.str.0000064841.47697.22>.
- ARNOLD, Scott M. et al.. Very Early Mobilization in Stroke Patients Treated with Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator. **Journal Of Stroke And Cerebrovascular Diseases**, v. 24, n. 6, p. 1168-1173, jun. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.01.007>.
- BALASOORIYA-SMEEKENS, Chantal; BATEMAN, Andrew; MANT, Jonathan; SIMONI, Anna de. Barriers and facilitators to staying in work after stroke: insight from an online forum. : insight from an online forum. **Bmj Open**, v. 6, n. 4, p. 1-12, abr. 2016. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009974>.
- BAMFORD, Jet al. The frequency, causes and timing of death within 30 days of a first stroke: the oxfordshire community stroke project.. : the Oxfordshire Community Stroke Project.. **Journal Of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, v. 53, n. 10, p. 824-829, 1 out. 1990. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.53.10.824>.
- BENJAMIN, Emelia J et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2019 Update: a report from the american heart association. : A Report From the American Heart Association. **Circulation**, v. 139, n. 10, p. 56-528, 5 mar. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000659>.
- BENSENOR, Isabela M. et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: national health survey - 2013. : National Health Survey - 2013. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 73, n. 9, p. 746-750, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20150115>.
- BERNHARDT, Julie et al. A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). **International Journal Of Stroke**, v. 1, n. 3, p. 169-171, ago. 2006. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1747-4949.2006.00044.x>.
- BERNHARDT, Julie et al. A Very Early Rehabilitation Trial for Stroke (AVERT). **Stroke**, v. 39, n. 2, p. 390-396, fev. 2008. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.107.492363>.
- BERNHARDT, Julie et al. Prespecified dose-response analysis for A Very Early Rehabilitation Trial (AVERT). **Neurology**, v. 86, n. 23, p. 2138-2145, 17 fev. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1212/wnl.0000000000002459>.
- BERNHARDT, Julie. Efficacy and safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled trial. : a randomised controlled trial. **The Lancet**, v. 386, n. 9988, p. 46-55, jul. 2015. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)60690-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)60690-0)

BILLINGER, Sandra A .. Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. **Stroke**, v. 45, n. 8, p. 2532-2553, ago. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/str.0000000000000022>

BONITA, Ruth. Epidemiology of stroke. **The Lancet**, v. 339, n. 8789, p. 342-344, fev. 1992. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(92\)91658-u](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(92)91658-u) .

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA N° 800 [Internet]. 17 DE JUNHO. 2015. Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0800_17_06_2015.html

BRODERICK, Joseph P.; ADEOYE, Opeolu; ELM, Jordan. Evolution of the Modified Rankin Scale and Its Use in Future Stroke Trials. **Stroke**, v. 48, n. 7, p. 2007-2012, jul. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
<http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.117.017866>.

CHIPPALA, Purusotham; SHARMA, Raghava. Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: a single-blind, randomized controlled trail. : a single-blind, randomized controlled trail. **Clinical Rehabilitation**, v. 30, n. 7, p. 669-675, 21 jul. 2015. SAGE Publications.
<http://dx.doi.org/10.1177/0269215515596054>.

CINCURA, Carolina et al. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, Modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: the role of cultural adaptation and structured interviewing. : The Role of Cultural Adaptation and Structured Interviewing. **Cerebrovascular Diseases**, v. 27, n. 2, p. 119-122, 28 nov. 2008. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000177918>.

CONCEIÇÃO, Thais Martins Albanaz da et al Safety criteria to start early mobilization in intensive care units. Systematic review. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 4, p. 509-519, 2017. GN1 Genesis Network.
<http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170076>.

CUMMING, Toby Bet al. Early Mobilization After Stroke Is Not Associated With Cognitive Outcome. **Stroke**, v. 49, n. 9, p. 2147-2154, set. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.118.022217>.

DEWILDE, Sarah et al. Modified Rankin scale as a determinant of direct medical costs after stroke. **International Journal Of Stroke**, v. 12, n. 4, p. 392-400, 6 fev. 2017. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1747493017691984>.

GOLDSTEIN, Larry B.; SAMSA, Gregory P.. Reliability of the National Institutes of Health Stroke Scale. **Stroke**, v. 28, n. 2, p. 307-310, fev. 1997. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/01.str.28.2.307>.

GRIMSHAW, J.m.; RUSSELL, I.t.. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. : a systematic review of rigorous evaluations. **The Lancet**, v. 342, n. 8883, p. 1317-1322, nov. 1993. Elsevier BV.
[http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92244-n](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(93)92244-n).

HERISSON, Fanny et al. Early Sitting in Ischemic Stroke Patients (SEVEL): a randomized controlled trial. : A Randomized Controlled Trial. **Plos One**, v. 11, n. 3, p.

1-13, 29 mar. 2016. Public Library of Science (PLoS).
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0149466>.

INDREDAVIK, B. et al. L.. Treatment in a Combined Acute and Rehabilitation Stroke Unit. **Stroke**, v. 30, n. 5, p. 917-923, maio 1999. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/01.str.30.5.917>.

KWAH, Li Khim; DIONG, Joanna. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS). **Journal Of Physiotherapy**, v. 60, n. 1, p. 61, mar. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2013.12.012>.

LANGHORNE, P, et al. Do stroke units save lives? **The Lancet**, v. 342, n. 8868, p. 395-398, ago. 1993. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)92813-9](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(93)92813-9).

LANGHORNE, Peter et al. A Very Early Rehabilitation Trial after stroke (AVERT): a phase iii, multicentre, randomised controlled trial. : a Phase III, multicentre, randomised controlled trial. **Health Technology Assessment**, v. 21, n. 54, p. 1-120, set. 2017. National Institute for Health Research. <http://dx.doi.org/10.3310/hta21540>

LOTUFO, Paulo Andrade et al. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: global burden of disease 2015. : Global Burden of Disease 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 129-141, maio 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050011>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Ministério da Saúde. **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (AVC) na rede de atenção às urgências e emergências**. 2012. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/03/pcdt--linha-cuidado-avc-rede-urg-emer-2012.pdf>>. Acesso em: 18 de janeiro 2020.

OLAVARRÍA, Verónica V. et al. Position and Cerebral Blood Flow Velocity in Acute Ischemic Stroke: a systematic review and meta-analysis. : A Systematic Review and Meta-Analysis. **Cerebrovascular Diseases**, v. 37, n. 6, p. 401-408, 2014. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000362533>.

PANAYIOTOU, B et al. Orthostatic haemodynamic responses in acute stroke. **Postgraduate Medical Journal**, v. 75, n. 882, p. 213-218, 1 abr. 1999. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.75.882.213>

POLETTI, Simone Rosa et al. Early Mobilization in Ischemic Stroke: a pilot randomized trial of safety and feasibility in a public hospital in brazil. : A Pilot Randomized Trial of Safety and Feasibility in a Public Hospital in Brazil. **Cerebrovascular Diseases Extra**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 31-40, 28 abr. 2015. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000381417>.

Pollock A, Baer G, Campbell P, et al. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. **Cochrane Database Syst Rev**. 2014;2014(4) 2014 Apr 22. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001920.pub3>.

QUINN, Terence J. et al. Pre-Stroke Modified Rankin Scale: evaluation of validity, prognostic accuracy, and association with treatment. : Evaluation of Validity, Prognostic Accuracy, and Association with Treatment. **Frontiers In Neurology**, v. 8, p. 1-7, 13 jun. 2017. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2017.00275>.

REEVES, Mathew J.; PARKER, Carol; FONAROW, Gregg C.; SMITH, Eric E.; SCHWAMM, Lee H.. Development of Stroke Performance Measures. **Stroke**, v. 41, n. 7, p. 1573-1578, jul. 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.109.577171>.

REUTER, Björn et al. Access, timing and frequency of very early stroke rehabilitation – insights from the Baden-Wuerttemberg stroke registry. **Bmc Neurology**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 16 nov. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12883-016-0744-7>.

ROHWEDER, Gitta et al. Functional Outcome After Common Poststroke Complications Occurring in the First 90 Days. **Stroke**, v. 46, n. 1, p. 65-70, jan. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/strokeaha.114.006667>.

SACCO, Ralph L et al. An Updated Definition of Stroke for the 21st Century. **Stroke**, v. 44, n. 7, p. 2064-2089, jul. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/str.0b013e318296aeca>.

SANTANA, Nathalia Matos de et al. The burden of stroke in Brazil in 2016: an analysis of the global burden of disease study findings. : an analysis of the Global Burden of Disease study findings. **Bmc Research Notes**, v. 11, n. 1, p. 1-5, 16 out. 2018. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13104-018-3842-3>.

SHAH, Surya; VANCLAY, Frank; COOPER, Betty. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. **Journal Of Clinical Epidemiology**, v. 42, n. 8, p. 703-709, jan. 1989. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356\(89\)90065-6](http://dx.doi.org/10.1016/0895-4356(89)90065-6).

TIDA, Karina Ayumi Martins; BATISTON, Adriane Pires; SOUZA, Laís Alves de. Level of functional independence of patients after stroke assisted by a multidisciplinary team in a rehabilitation unit. **Acta Fisiátrica**, v. 23, n. 3, p. 107-112, 2016. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20160021>.

WARDLAW, Joanna M; MURRAY, Veronica; BERGE, Eivind; ZOPPO, Gregory J del. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, p.1-133, 7 out. 2009. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000213.pub3>

WINSTEIN, Carolee et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. **Stroke**, [s.l.], v. 47, n. 6, p. 96-169, jun. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/str.0000000000000098>.

WOLFE, C. D. The impact of stroke. **British Medical Bulletin**, v. 56, n. 2, p. 275-286, 1 jan. 2000. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1258/0007142001903120>.

WOOD, Jennifer P; CONNELLY, Denise M; MALY, Monica R. 'Getting back to real living': a qualitative study of the process of community reintegration after stroke. : a qualitative study of the process of community reintegration after stroke. **Clinical Rehabilitation**, [s.l.], v. 24, n. 11, p. 1045-1056, 16 ago. 2010. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215510375901>.

XU, Tao et al . Efficacy and Safety of Very Early Mobilization in Patients with Acute Stroke: a systematic review and meta-analysis. : A Systematic Review and Meta-analysis. **Scientific Reports**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 1-8, 26 jul. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-017-06871-z>.

YEN, Hsiao-ching et al. Standard early rehabilitation and lower limb transcutaneous nerve or neuromuscular electrical stimulation in acute stroke patients: a randomized controlled pilot study. **Clinical Rehabilitation**, v. 33, n. 8, p.1344-1354, 12 abr. 2019 <https://doi.org/10.1177/1545968319893294>.

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA U-AVC/HC-UFU

Todos os pacientes devem ser avaliados seguindo o modelo da ficha de avaliação padrão (FIGURA 1). Detalhes maiores devem ser descritos no prontuário eletrônico.

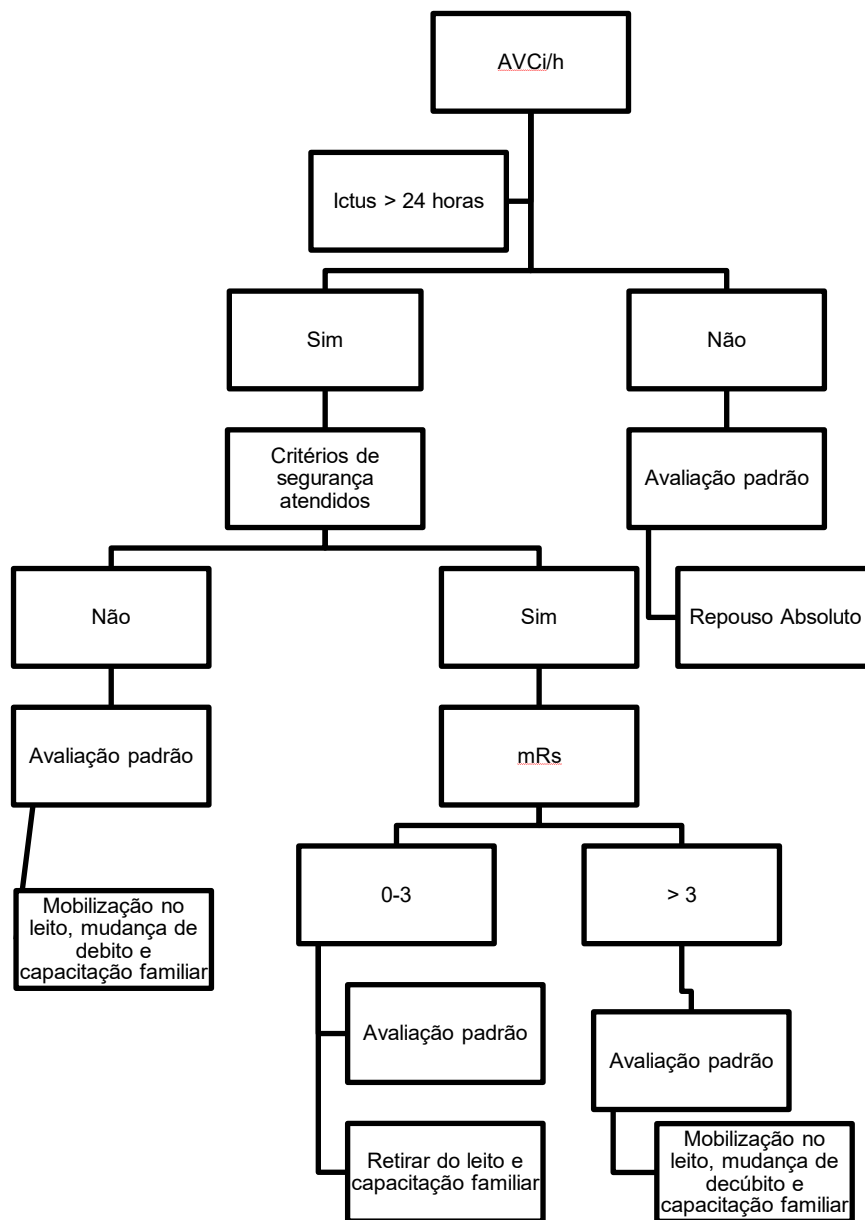
O paciente será mobilizado/ retirado do leito apenas após 24 horas do ictus (LANGHORNE et al., 2017) (BERNHARDT et al, 2016), de acordo com o FLUXOGRAMA 1, e desde que apresente os critérios de segurança para a mobilização (TABELA 1).

Após as 24 horas e preenchendo os critérios para mobilização, deve-se avaliar a escala de mRankin. Caso maior que 3, a mobilização deve ser no leito. O tipo de mobilização fica a critério do terapeuta. Pacientes com mRankin 0-3 podem ser retirados do leito, respeitando sempre os critérios de segurança. Primeiramente, deve-se sentar o paciente com uma angulação maior que 70 graus, em seguida sentá-lo à beira-leito, e só então realizar o ortostatismo e a deambulação (POLETTTO et al., 2015) (BERNHARDT et al, 2016) (LANGHORNE et al., 2017). Esta mobilização deve durar de 5 a 30 minutos (LANGHORNE et al., 2017).

Desde a primeira abordagem, a régua Mobilize (FIGURA 2) deverá ser ajustada no leito. A mesma indicará em qual nível de mobilização este paciente se encontra, e deverá ser atualizada todos os dias pela equipe

Também desde o início, os *folders* sobre posicionamento (FIGURA 3) e transferência (FIGURA 4) deverão ser entregues aos familiares para complementação e continuidade do cuidado. A explicação deverá ser feita, prioritariamente, pelo fisioterapeuta; caso não seja possível, algum membro da equipe deverá explanar e, se necessário, demonstrar ao responsável cada parte do *folder*.

FLUXOGRAMA 1- FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



Criado pela autora

Tabela 1 – Critérios de segurança para mobilização

Critérios de segurança para mobilização precoce	
Pressão arterial sistólica (PAS)	< 110 ou > 220 ou variação de 20 mmHH
Frequência cardíaca (FC)	< 40 ou > 110 ou variação de 40 bpm
Droga vasoativa	Dose em ascensão ou altas doses
SpO2	< 92% com suporte de O2 ou em queda
Temperatura	> 38,5° C
Hemoglobina	< 7 g/dL
Plaquetas	< 50.000 unid/mm ³

Criado pela autora com base nos autores: CONCEIÇÃO et al., 2017 e LANGHORNE et al., 2017

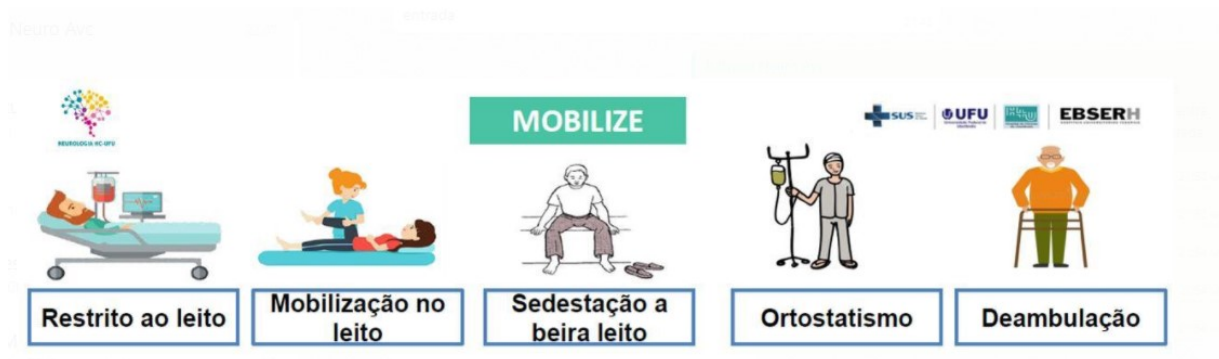
FIGURA 1 -Ficha de avaliação padrão da fisioterapia

Paciente: _____ Idade: ____ Leito: ____ Prontuário: _____
 Sexo: () F () M DN: __/__/__ ADM: __/__/__ mRankin prévio: ____ NIHSSadm: _____
 ECG adm: _____ Carga tabágica: _____ AVCi () AVCh () Data: __/__/__ Horário: ____:____
 HMA: _____

Comorbidades: ()AVCprévio () HAS () DM () DPOC () ICC () DAC ()IRC Outra: _____
 1ª sedestação: __/__/__ 1º ortostatismo : __/__/__ 1ª deambulação: __/__/__

Fisioterapeuta						
Data						
Horário						
Nível de consciência (ECG)						
Restrito ao leito (S/N)						
mRankin						
NIHSS						
Sinais vitais	FC					
	FR					
	PA/ PAM					
	SpO2					
	Temperatura					
	Drogas em bomba					
Exame físico	Edema					
	Tônus muscular (hipo/hiper/normo)					
	Trofismo muscular (hipo/hiper/normo)					
Função ventilatória	TOT/TQT					
	CNO2/MNBZ					
	Tosse (P-A/ P-I) (Presente/ausente Produtiva/improdutiva)					
	Padrão respiratório (R/I)					
	Esforço respiratório					
	Ausculta pulmonar					
Função motora	FM					
	Plegia/Paresia					
	Controle de tronco (P/A)					
Função neurológica	Sensibilidade (N/A)					
	Coordenação (N/A)					
	Reflexos (N/A)					
	Equilíbrio em sedestação/ ortostatismo (N/A)					
CONDUTAS						
Mobilização passiva (MP)						
Sedestação (S)						
Ortostatismo (O)						
Deambulação (D)						
Não se aplica (NA)						

Figura 2 – Régua Mobilize



Criado pela autora

Figura 3 – Folder de posicionamento

The folder 'POSICIONAMENTO DE PACIENTES PÓS-AVC' contains the following information:

ANDANDO COM AJUDA (Illustration of a caregiver supporting a patient's arm):

- Cuidador dá suporte para paciente ficar reto.
- Cuidador apola totalmente um antebraço na lateral do paciente empurrando com a mão o ombro acometido para trás.
- Com a outra mão, cuidador deverá segurar a mão acometida.

ANDANDO COM AJUDA (Illustration of a caregiver supporting a patient's hip):

- Cuidador dá suporte em quadril, auxiliando o caminhar.

CUIDADOS GERAIS:

- Manter a mão acometida o mais aberto possível.
- Manter o pé acometido reto, nunca deixando este cair para as laterais e para frente.
- Alterar posicionamentos a cada 2 horas.

REFERÊNCIAS: THIENNA, N. T.; MORAES, A. C. F. Manual de orientação de posicionamento e execução de atividades da vida diária para pacientes com acidente vascular cerebral. Cad. Ter. Ocup. 2013; 21(1):131-139.

Posturas e transferências do paciente pós AVC. Associação Brasil AVC. Disponível em: <http://abavc.org.br/posturas-e-transferencias-do-paciente-pos-avc/>

Elaboração:
Fisioterapeutas

Aler Aparecido Alves Rodrigues
Jéssica Marlana de Aquino Miranda
Tamara Aparecida Borges

EM CASO DE DÚVIDA PROCURE O PROFISSIONAL DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO.

Logos for UFU, Hospital de Diagnóstico e Reabilitação Prof. Dr. Aderbal do Carmo, and CEPEPE are shown at the bottom.

POR QUE POSICIONAR É IMPORTANTE?



O principal objetivo é evitar esta posição da imagem ao lado.



Permitindo maior independência e conforto.

O posicionamento permite que as juntas (articulações) do lado acometido não fiquem duras (enrijecidas)

DEITADO SOBRE O LADO NÃO ACOMETIDO



Braço acometido levemente dobrado e apoiado.

Joelho dobrado e apoiado.

Cabeça apoiada e reta.

DEITADO SOBRE AS COSTAS



Braço acometido levemente elevado.

Apoio embaixo do joelho, levemente dobrado.

Cabeça com apoio adequado.

DEITADO SOBRE O LADO ACOMETIDO

Braço acometido apoiado e esticado em travesseiro baixo sem deitar sobre o ombro.

Travesseiro entre as pernas.

Perna acometida esticada.

Perna não acometida apoiada e dobrada.

Coluna reta.



SENTADO

Pé totalmente apoiado no chão.

Se por longo período de tempo, utilizar cadeira com encosto.

Se necessário colocar travesseiro na mesa/perna.



Criado pela autora

FIGURA 4 – Folder de transferência

TRANSFERÊNCIA DE SENTADO PARA EM PÉ - CUIDADOS:

Paciente deve inicialmente jogar a coluna para frente e colocar os pés atrás do joelho;

O cuidador pode auxiliar, dando suporte ao lado acometido.

IMPORTANTE

Estimular que o paciente realize as atividades o mais independente possível dando o mínimo de auxílio.

Estimular o lado do corpo acometido.

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PÓS-AVC

EM CASO DE DÚVIDA PROCURE O PROFISSIONAL DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO.

REFERÊNCIAS: Posturas e transferências do paciente pós AVC. Associação Brasil AVC. Disponível em: <http://abavc.org.br/posturas-e-transferencias-do-paciente-pos-avc/>

Elaboração:
Fisioterapeutas

Alef Aparecido Alves Rodrigues
Jéssica Mariana de Aquino Miranda
Tamara Aparecida Borges

PORQUÊ É IMPORTANTE FAZER A TRANSFERÊNCIA DA FORMA CORRETA?

CUIDADOR: Desta forma não se força a coluna, prevenindo dores.

PACIENTE: Evita lesões e facilita a movimentação/funcionalidade.

Trazendo maior conforto para quem cuida e para quem recebe o cuidado!

TRANSFERÊNCIA - ROLAR: CUIDADOS

Paciente deverá dobrar o joelho do lado não acometido;

Cuidador deverá auxiliar trazendo o joelho para a beira da cama.

Deixando o lado acometido em contato com a cama.

TRANSFERÊNCIA DE DEITADO PARA SENTADO - CUIDADOS:

Deverá ser realizado o mais independente possível

O cuidador deverá auxiliar o mínimo possível

O cuidador poderá auxiliar dobrando a perna e cuidando do ombro acometido

Colocar a mão na axila com a finalidade de proteger a articulação do ombro acometido

ATENÇÃO: no momento da transferência sempre deixar o lado acometido em contato com a cama, a fim de estimular o mesmo.

ANEXO A – ESCALA NHISS

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p>1a. Nível de Consciência O investigador deve escolher uma resposta mesmo se uma avaliação completa é prejudicada por obstáculos como um tubo orotraqueal, barreiras de linguagem, trauma ou curativo orotraqueal. Um 3 é dado apenas se o paciente não faz nenhum movimento (outro além de postura reflexa) em resposta à estimulação dolorosa.</p>	<p>0 = Alerta; responde com entusiasmo. 1 = Não alerta, mas ao ser acordado por mínima estimulação obedece, responde ou reage. 2 = Não alerta, requer repetida estimulação ou estimulação dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Responde somente com reflexo motor ou reações autonômicas, ou totalmente irresponsivo, flácido e arreflexo.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>1b. Perguntas de Nível de Consciência O paciente é questionado sobre o mês e sua idade. A resposta deve ser correta - não há nota parcial por chegar perto. Pacientes com afasia ou esturpor que não compreendem as perguntas irão receber 2. Pacientes incapacitados de falar devido a intubação orotraqueal, trauma orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão um 1. É importante que somente a resposta inicial seja considerada e que o examinador não “ajude” o</p>	<p>0 = Responde ambas as questões corretamente. 1 = Responde uma questão corretamente. 2 = Não responde nenhuma questão corretamente.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>1c. Comandos de Nível de Consciência O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e então abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não podem ser utilizadas. É dado crédito se uma tentativa inequívoca é feita, mas não completada devido à fraqueza. Se o paciente não responde ao comando, a tarefa deve ser demonstrada a ele (pantomima) e o resultado registrado (i.e., segue um, nenhum ou ambos os comandos). Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dados comandos únicos compatíveis. Somente a primeira tentativa é registrada.</p>	<p>0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. Melhor olhar conjugado Somente os movimentos oculares horizontais são testados. Movimentos oculares voluntários ou reflexos (óculo-cefálico) recebem nota, mas a prova calórica não é usada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que pode ser sobreposto por atividade voluntária ou reflexa, o escore será 1. Se o paciente tem uma paresia de nervo periférica isolada (III, IV ou VI), marque 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ocular, curativos, cegueira preexistente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo investigador. Estabelecer contato visual e, então, mover-se perto do paciente de um lado para outro, pode esclarecer a presença de paralisia do olhar.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar. Este escore é dado quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar. 2 = Desvio forçado ou paralisia total do olhar que não podem ser vencidos pela manobra óculo-cefálica.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p>3. Visual OS campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, utilizando contagem de dedos ou ameaça visual, conforme apropriado. O paciente deve ser encorajado, mas se olha para o lado do movimento dos dedos, deve ser considerado como normal. Se houver cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho restante são avaliados. Marque 1 somente se uma clara assimetria, incluindo quadrantanopsia, for encontrada. Se o paciente é cego por qualquer causa, marque 3. Estimulação dupla simultânea é realizada neste momento. Se houver uma extinção, o paciente recebe 1 e os resultados são usados para responder a questão 11.</p>	<p>0 = Sem perda visual. 1 = Hemianopsia parcial. 2 = Hemianopsia completa. 3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. Paralisia Facial Pergunte ou use pantomima para encorajar o paciente a mostrar os dentes ou sorrir e fechar os olhos. Considere a simetria de contração facial em resposta a estímulo doloroso em paciente pouco responsivo ou incapaz de compreender. Ha presença de trauma /curativo facial, tubo orotraqueal, esparadrapo ou outra barreira física que obscureça a face, estes devem ser removidos, tanto quanto possível.</p>	<p>0 = Movimentos normais simétricos. 1 = Paralisia facial leve (apagamento de prega nasolabial, assimetria no sorriso). 2 = Paralisia facial central evidente (paralisia facial total ou quase total da região inferior da face). 3 = Paralisia facial completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face).</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5. Motor para braços O braço é colocado na posição apropriada: extensão dos braços (palmas para baixo) a 90° (se sentado) ou a 45° (se deitado). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 10 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pelo braço não-parético. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no ombro, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém o braço 90° (ou 45°) por 10 segundos completos. 1 = Queda; mantém o braço a 90° (ou 45°), porém este apresenta queda antes dos 10 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; o braço não atinge ou não mantém 90° (ou 45°), cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; braço despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>5a. Braço esquerdo 5b. Braço direito</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6. Motor para pernas A perna é colocada na posição apropriada: extensão a 30° (sempre na posição supina). É valorizada queda do braço se esta ocorre antes de 5 segundos. O paciente afásico é encorajado através de firmeza na voz e de pantomima, mas não com estimulação dolorosa. Cada membro é testado isoladamente, iniciando pela perna não-parética. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulação no quadril, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha.</p>	<p>0 = Sem queda; mantém a perna a 30° por 5 segundos completos. 1 = Queda; mantém a perna a 30°, porém esta apresenta queda antes dos 5 segundos completos; não toca a cama ou outro suporte. 2 = Algum esforço contra a gravidade; a perna não atinge ou não mantém 30°, cai na cama, mas tem alguma força contra a gravidade. 3 = Nenhum esforço contra a gravidade; perna despenca. 4 = Nenhum movimento. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p> <p>6a. Perna esquerda 6b. Perna direita</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p>7. Ataxia de membros</p> <p>Este item é avaliado se existe evidência de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure-se que o teste é feito no campo visual intacto. Os testes índex-nariz e calcâneo-joelho são realizados em ambos os lados e a ataxia é valorizada, somente, se for desproporcional à fraqueza. A ataxia é considerada ausente no paciente que não pode entender ou está hemiplégico. Somente em caso de amputação ou de fusão de articulações, o item deve ser considerado não-testável (NT), e uma explicação deve ser escrita para esta escolha. Em caso de cegueira, teste tocando o nariz, a partir de uma posição com os braços estendidos.</p>	<p>0 = Ausente. 1 = Presente em 1 membro. 2 = Presente em dois membros. NT = Amputação ou fusão articular, explique: _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8. Sensibilidade</p> <p>Avalie sensibilidade ou mímica facial ao beliscar ou retirada do estímulo doloroso em paciente torporoso ou afásico. Somente a perda de sensibilidade atribuída ao AVC é registrada como anormal e o examinador deve testar tantas áreas do corpo (braços [exceto mãos], pernas, tronco e face) quantas forem necessárias para checar acuradamente um perda hemisensitiva. Um escore de 2, "grave ou total" deve ser dado somente quando uma perda grave ou total da sensibilidade pode ser claramente demonstrada. Portanto, pacientes em estupor e afásicos irão receber provavelmente 1 ou 0. O paciente com AVC de tronco que tem perda de sensibilidade bilateral recebe 2. Se o paciente não responde e está quadriplégico, marque 2. Pacientes em coma (item 1a=3) recebem arbitrariamente 2 neste item.</p>	<p>0 = Normal; nenhuma perda. 1 = Perda sensitiva leve a moderada; a sensibilidade ao beliscar é menos aguda ou diminuída do lado afetado, ou há uma perda da dor superficial ao beliscar, mas o paciente está ciente de que está sendo tocado. 2 = Perda da sensibilidade grave ou total; o paciente não sente que está sendo tocado.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>9. Melhor linguagem</p> <p>Uma grande quantidade de informações acerca da compreensão pode obtida durante a aplicação dos itens precedentes do exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo no quadro em anexo, a nomear os itens na lista de identificação anexa e a ler da lista de sentença anexa. A compreensão é julgada a partir destas respostas assim como das de todos os comandos no exame neurológico geral precedente. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente que identifique objetos colocados em sua mão, repita e produza falas. O paciente intubado deve ser incentivado a escrever. O paciente em coma (Item 1A=3) receberá automaticamente 3 neste item. O examinador deve escolher um escore para pacientes em estupor ou pouco cooperativos, mas a pontuação 3 deve ser reservada ao paciente que está mudo e que não segue nenhum comando simples.</p>	<p>0 = Sem afasia; normal. 1 = Afasia leve a moderada; alguma perda óbvia da fluência ou dificuldade de compreensão, sem limitação significativa das idéias expressão ou forma de expressão. A redução do discurso e/ou compreensão, entretanto, dificultam ou impossibilitam a conversação sobre o material fornecido. Por exemplo, na conversa sobre o material fornecido, o examinador pode identificar figuras ou item da lista de nomeação a partir da resposta do paciente. 2 = Afasia grave; toda a comunicação é feita através de expressões fragmentadas; grande necessidade de interferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A quantidade de informação que pode ser trocada é limitada; o ouvinte carrega o fardo da comunicação. O examinador não consegue identificar itens do material fornecido a partir da resposta do paciente. 3 = Mudo, afasia global; nenhuma fala útil ou compreensão auditiva.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Instrução	Definição da escala	Escore	Hora
<p>10. Disartria Se acredita que o paciente é normal, uma avaliação mais adequada é obtida, pedindo-se ao paciente que leia ou repita palavras da lista anexa. Se o paciente tem afasia grave, a clareza da articulação da fala espontânea pode ser graduada. Somente se o paciente estiver intubado ou tiver outras barreiras físicas a produção da fala, este item deverá ser considerado não testável (NT). Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.</p>	<p>0 = Normal. 1 = Disartria leve a moderada; paciente arrasta pelo menos algumas palavras, e na pior das hipóteses, pode ser entendido, com alguma dificuldade. 2 = Disartria grave; fala do paciente é tão empastada que chega a ser ininteligível, na ausência de disfasia ou com disfasia desproporcional, ou é mudo/anártrico. NT = Intubado ou outra barreira física; explique</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11. Extinção ou Desatenção (antiga negligência) Informação suficiente para a identificação de negligência pode ter sido obtida durante os testes anteriores. Se o paciente tem perda visual grave, que impede o teste da estimulação visual dupla simultânea, e os estímulos cutâneos são normais, o escore é normal. Se o paciente tem afasia, mas parece atentar para ambos os lados, o escore é normal. A presença de negligência espacial visual ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de negligência. Como a anormalidade só é pontuada se presente, o item nunca é considerado não testável.</p>	<p>0 = Nenhuma anormalidade. 1 = Desatenção visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, ou extinção à estimulação simultânea em uma das modalidades sensoriais. 2 = Profunda hemi-desatenção ou hemi-desatenção para mais de uma modalidade; não reconhece a própria mão e se orienta somente para um lado do espaço.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

ANEXO B – ESCALA MODIFICADA DE RANKING

Score	Classificação	Descrição
0	<i>Assintomático .</i>	Regressão dos sintomas.
1	<i>Sintomas sem incapacidade.</i>	Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.
2	<i>Incapacidade leve.</i>	Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.
3	<i>Incapacidade moderada.</i>	Requer alguma ajuda para as suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.
4	<i>Incapacidade moderada a grave.</i>	Incapacidade de andar sem ajuda, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.
5	<i>Incapacidade grave .</i>	Limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante.
6	<i>Óbito .</i>	

ANEXO C – INDICE DE BARTHEL

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

<p>USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)</p>	
<p>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente</p>	
<p>MOBILIDADE (EM SUPERFICIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros</p>	
<p>ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente</p>	