



UNIVERSIDAD
DE BURGOS



DISSERTAÇÃO MESTRADO

2024/2025

Estudo Observacional: Recuperação Motora do Membro Superior pós Acidente Vascular Cerebral, na RNCCI

Mestrado em Terapia da Mão

Patrícia Inês Clemente Dias

Leiria, setembro de 2025



UNIVERSIDAD
DE BURGOS



Estudo Observacional: Recuperação Motora do Membro Superior pós Acidente Vascular Cerebral, na RNCCI

Mestrado em Terapia da Mão

Patrícia Inês Clemente Dias

CC: 15271534 7 ZX8

Dissertação realizada sob a orientação do Professor Doutor Marco António Apolinário Rodrigues, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, e da Professora Doutora Liliana Fernanda da Conceição Teixeira, da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto

Leiria, setembro de 2025

Originalidade e Direitos de Autor

A presente dissertação é original, elaborada unicamente para este fim, tendo sido devidamente citados todos os autores cujos estudos e publicações contribuíram para a elaborar.

Reproduções parciais deste documento serão autorizadas na condição de que seja mencionada a Autora e feita referência ao ciclo de estudos no âmbito do qual o mesmo foi realizado, a saber, Curso de Mestrado em Terapia da Mão, no ano letivo 2022/2023, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria (Portugal) y de la Facultad de Ciencias de la Salud de Burgos (España), e, bem assim, à data das provas públicas que visaram a avaliação destes trabalhos.

Dedicatória

Dedico este trabalho a todos os sobreviventes de AVC, e também a todas as pessoas que fizeram parte do meu caminho profissional e, de alguma forma, me trouxeram até aqui.

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Professor Marco António Apolinário Rodrigues e Professora Liliana Fernanda da Conceição Teixeira, pela confiança, sabedoria, e palavras de apoio e segurança neste caminho.

Às instituições que estiveram disponíveis para colaborar neste projeto, e principalmente a todos os Terapeutas Ocupacionais que recolheram dados para que este estudo fosse possível.

Ao meu companheiro de vida, pelo apoio que possibilitou manter um equilíbrio na vida e continuar a concretizar sonhos pessoais em simultâneo com os sonhos profissionais.

Aos meus amigos, por viveram com entusiasmo este projeto comigo e por serem escapadinhas quando foi preciso fazer pausas.

Dados da revista científica selecionada

Nome da revista científica selecionada: American Journal of Occupational Therapy

Ficha técnica da revista:

ISSN: 0272-9490

ISSN-e: 1943-7676

Periodicidade: Bimestral

País: Estados Unidos da América

Língua: inglês

Arbitragem (Revisores externos): Revisão por pares

Clasificación (SJR): 0.557 Q2 (2024)

CIR (classificação integrada de revistas científicas): A+

Fator de impacto: 2.1 (2 anos) e 3.0 (5 anos)

A escolha da revista mencionada prende-se no facto do seu foco principal ser a eficácia e eficiência da Terapia Ocupacional, nas várias áreas de intervenção, englobando, entre outros temas, investigações no âmbito dos serviços de saúde e programas de intervenção que envolvem a Terapia Ocupacional. Tendo isto em conta, o estudo enquadra-se na medida em que pretende espelhar os resultados da intervenção multidisciplinar (englobando a Terapia Ocupacional) desenvolvida num contexto de saúde específico, como é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Para além disto, é uma revista internacional, cujo idioma é o inglês (uma língua de fácil acesso), que apresenta um bom reconhecimento e alcance na comunidade de Terapeutas Ocupacionais, o que significa uma boa capacidade de divulgação do estudo, contribuindo assim para uma maior discussão científica sobre o tema.

Resumo

O acidente vascular cerebral (AVC) pode resultar em alterações na capacidade motora do membro superior. Em Portugal, a reabilitação decorre frequentemente em contexto de internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no entanto não existem estudos sobre a sua eficácia neste ambiente.

Pretende-se caracterizar a evolução da reabilitação motora do membro superior, após AVC, na RNCCI, e analisar a relação com fatores sociodemográficos, clínicos e destino após alta.

É um estudo observacional longitudinal quantitativo, sendo recolhidos dados sobre os utentes e a sua capacidade motora do membro superior, no momento da admissão e no termino do internamento.

O estudo realizou-se em 6 unidades da RNCCI, em Portugal Continental. A amostra é composta por 20 adultos, com diagnóstico de AVC, que foram admitidos numa unidade de internamento da RNCCI. Para recolher os dados, foram utilizados 2 formulários online, juntamente com a Escala de Avaliação de Capacidade Motora do Membro Superior após Acidente Vascular Cerebral (SULCS).

Os resultados mostram que todos os participantes melhoraram ou mantiveram a pontuação da SULCS após o internamento, sem diferenças significativas entre as 3 tipologias, sexo, idade, tempo decorrido entre o AVC e a admissão e o número de sessões semanais de Terapia Ocupacional. Esta evolução não mostrou ter impacto significativo no regresso ao domicílio após a alta.

Concluiu-se que, durante o internamento na RNCCI, a evolução da capacidade motora do membro superior foi positiva, no entanto seria necessário aumentar o tamanho da amostra para generalizar resultados e aferir relação com os demais fatores avaliados.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral (AVC), reabilitação, capacidade motora do membro superior, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Resumen

El Ictus puede provocar alteraciones en la capacidad motora de la extremidad superior. En Portugal, la rehabilitación suele realizarse en el contexto de la hospitalización en la Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), sin embargo, no existen estudios sobre su eficacia en este entorno.

El objetivo es caracterizar la evolución de la rehabilitación motora de la extremidad superior tras un Ictus en la RNCCI y analizar la relación con factores sociodemográficos, clínicos y el destino tras el alta.

Se trata de un estudio observacional longitudinal cuantitativo, en el que se recopilan datos sobre los usuarios y su capacidad motora de la extremidad superior en el momento del ingreso y al final de la hospitalización.

El estudio se llevó a cabo en seis unidades de la RNCCI, en Portugal continental. La muestra está compuesta por 20 adultos, con diagnóstico de accidente cerebrovascular, que fueron ingresados en una unidad de hospitalización de la RNCCI. Para recopilar los datos, se utilizaron dos formularios en línea, junto con la Escala de Evaluación de la Capacidad Motora del Miembro Superior tras un Accidente Cerebrovascular (SULCS).

Los resultados muestran que todos los participantes mejoraron o mantuvieron la puntuación de la SULCS tras la hospitalización, sin diferencias significativas entre los tres tipos, el sexo, la edad, el tiempo transcurrido entre el ictus y el ingreso y el número de sesiones semanales de terapia ocupacional. Esta evolución no tuvo un impacto significativo en el regreso al domicilio tras el alta.

Se concluyó que, durante la hospitalización en la RNCCI, la evolución de la capacidad motora de la extremidad superior fue positiva, sin embargo, sería necesario aumentar el tamaño de la muestra para generalizar los resultados y evaluar la relación con los demás factores evaluados.

Palabras clave: Ictus, rehabilitación, capacidad motora de la extremidad superior

Abstract

Stroke can result in changes in upper limb motor function. In Portugal, rehabilitation often takes place in the context of National Network for Integrated Continuing Care (RNCCI) inpatient units, but there are no studies on its effectiveness in this environment.

The aim is to characterize the evolution of upper limb motor rehabilitation after stroke in the RNCCI and to analyze the relationship with sociodemographic and clinical factors and destination after discharge.

This is a quantitative longitudinal observational study, with data collected on users and their upper limb motor capacity at the time of admission and at the end of the inpatient care.

The study was conducted in six RNCCI units in mainland Portugal. The sample consists of 20 adults diagnosed with stroke who were admitted to an RNCCI inpatient unit. To collect the data, two online forms were used, together with the Stroke Upper Limb Capacity Scale (SULCS).

The results show that all participants improved or maintained their SULCS scores after hospitalization, with no significant differences between the three types of units, gender, age, time elapsed between stroke and admission, and number of weekly occupational therapy sessions. This progress did not have a significant impact on returning home after discharge.

It was concluded that, during the time in RNCCI inpatient units, the evolution of upper limb motor capacity was positive, however, it would be necessary to increase the sample size to generalize results and assess the relationship with the other factors evaluated.

Keywords: Stroke, rehabilitation, upper limb motor capacity, National Network for Integrated Continuing Care (RNCCI)

Índice

| | |
|--|------|
| Originalidade e Direitos de Autor..... | iii |
| Dedicatória..... | iv |
| Agradecimentos..... | v |
| Dados da revista científica selecionada..... | vi |
| Resumo..... | vii |
| Resumen..... | viii |
| Abstract..... | ix |
| Lista de tabelas..... | xii |
| Lista de siglas e acrónimos..... | xiii |
| 1. Introdução..... | 14 |
| 2. Metodologia..... | 16 |
| 2.1. Desenho do Estudo..... | 16 |
| 2.2. População e Amostra..... | 16 |
| 2.3. Instrumentos e Materiais..... | 16 |
| 2.4. Procedimentos de Recolha de Dados..... | 17 |
| 2.5. Procedimentos de Análise de Dados..... | 17 |
| 2.6. Aspetos Éticos..... | 18 |
| 3. Resultados..... | 19 |
| 3.1. Caracterização da Amostra..... | 19 |
| 3.2. Resultados da SULCS..... | 21 |
| 3.3. Análise das hipóteses de teste..... | 21 |
| 4. Discussão..... | 23 |

| | |
|---|-----------|
| 4.1. Limitações do Estudo | 26 |
| 5. Implicações para a Terapia Ocupacional..... | 27 |
| 6. Conclusão | 28 |
| Referências Bibliográficas | 29 |
| Apêndices..... | 32 |

Lista de tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Número de participantes e rácio de cumprimento do período de internamento, por tipologia..... | 20 |
| Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo o local de origem antes do internamento e destino após a alta da RNCCI | 20 |
| Tabela 3 - Mediana da pontuação da SULCS na admissão, reavaliação e evolução, por tipologia | 21 |

Lista de siglas e acrónimos

| | |
|-------|---|
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| AVD | Atividades de Vida Diária |
| ECCI | Equipa de Cuidados Continuados Integrados no Domicílio |
| RNCCI | Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados |
| SULCS | Escala de Avaliação de Capacidade Motora do Membro Superior após Acidente Vascular Cerebral |
| UAVC | Unidades de Acidente Vascular Cerebral |
| UC | Unidade de Convalescença |
| ULDM | Unidade de Longa Duração e Reabilitação |
| UMDR | Unidade de Média Duração e Reabilitação |

1. Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte e incapacidade no mundo, frequentemente resultando em défices motores, particularmente no membro superior. Tanto as lesões isquémicas como hemorrágicas podem causar défices motores significativos (Campbell & Khatri, 2020). A recuperação da função motora do membro superior pode ocorrer ao longo de semanas ou meses após o AVC, embora seja possível que essa recuperação continue ao longo de vários anos (Bernhardt et al., 2017; Grefkes et al., 2020).

O Plano de Ação para o AVC na Europa, publicado em 2018, estabelece como meta para 2030 garantir que 90% dos utentes pós-AVC tenham acesso precoce a reabilitação em unidades especializadas (Norrving et al., 2018).

Em Portugal Continental, em 2021, existiam 33 Unidades de AVC (UAVC), totalizando aproximadamente 280 vagas. Destas unidades, 81,5% contavam com equipas de reabilitação, sendo que 74,1% delas disponibilizavam Terapia Ocupacional. O relatório de Caracterização das UAVC em Portugal, publicado em 2021, estimou que 60-63% da população com AVC tenha beneficiado de tratamentos nessas unidades. Após a alta hospitalar, até 96% dos utentes são encaminhados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a fim de dar continuidade ao processo de reabilitação (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2022). Nas unidades de internamento da RNCCI, o processo de reabilitação é realizado por uma equipa multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos e assistentes sociais (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2025).

Apesar da relevância do tema, não existem estudos publicados sobre os resultados da reabilitação da função motora do membro superior, após o internamento na RNCCI.

Com este estudo pretende-se responder à questão “Qual é a recuperação da capacidade motora do membro superior, pós AVC, nos utentes internados na RNCCI, em Portugal Continental?”. Para tal, foram definidos os seguintes objetivos: 1) Comparar a capacidade motora do membro superior pós-AVC, nos utentes internados na RNCCI, no momento da

admissão e ao fim do período previsto de internamento; 2) Verificar o impacto de fatores sociodemográficos (idade e género) na recuperação da capacidade motora do membro superior; 3) Analisar o impacto de fatores clínicos (histórico de AVC, tempo entre o AVC e a admissão na RNCCI, número médio de intervenções de Terapia Ocupacional durante o internamento) na recuperação da capacidade motora do membro superior; 4) Avaliar se a recuperação da capacidade motora pós-AVC influencia o destino do utente após o período de internamento na RNCCI. Com base nesses objetivos, foram formuladas as seguintes hipóteses de teste:

H₁: A capacidade motora do membro superior aumenta após o internamento na RNCCI.

H₂: A capacidade motora do membro superior aumenta nos utentes internados em UC e UMDR, em comparação com os utentes internados em ULDM.

H₃: O aumento da capacidade motora do membro superior, após o internamento na RNCCI, está associado a menor idade e ao sexo masculino.

H₄: A recuperação da capacidade motora do membro superior, após o internamento na RNCCI, está associada negativamente com o tempo decorrido entre o AVC e a admissão e o histórico de AVC, e associado positivamente com o número de sessões de Terapia Ocupacional por semana.

H₅: A recuperação da capacidade motora do membro superior, após o internamento, está associada ao regresso ao domicílio.

2. Metodologia

2.1. Desenho do Estudo

O estudo desenvolvido é considerado observacional longitudinal quantitativo, e pretende avaliar a recuperação da capacidade motora do membro superior de utentes pós AVC, internados na RNCCI.

2.2. População e Amostra

O estudo abrange adultos com diagnóstico de AVC, internados em unidades da RNCCI, em Portugal Continental. Foram considerados três tipos de internamento: Unidades de Convalescença (UC), Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM). Cada tipologia de internamento pressupõe um período de internamento distinto, estando previsto um período de internamento de 30 dias nas UC, de 90 dias nas UMDR e superior a 90 dias nas ULDM. Para efeitos de investigação, foi considerado o período de 90 dias para as ULDM.

Para inclusão no estudo foram considerados utentes internados na RNCCI, com diagnóstico clínico de AVC e idade superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram: o utente estar internado em regime de descanso do cuidador; a data de admissão do utente ser anterior ao início do estudo; a avaliação inicial e reavaliação da capacidade motora do membro superior terem sido realizadas após o 3º dia de internamento ou mais do que 3 dias antes do período previsto de internamento terminar, respetivamente.

A amostra é considerada por conveniência, e contou com 20 participantes.

2.3. Instrumentos e Materiais

Para avaliar a capacidade motora do membro superior, foi utilizada a Escala de Avaliação de Capacidade Motora do Membro Superior após Acidente Vascular Cerebral (SULCS), que se encontra adaptada e validada para a população portuguesa (Branco et al., 2017). Este instrumento é específico para situações pós AVC, pontuando o desempenho de 10 tarefas motoras, relacionadas com Atividades de Vida Diária (AVD), com 0 ou 1, conforme a pessoa não consegue ou consegue realizar a mesma, respetivamente. A pontuação final da escala varia entre 0 e 10: “no hand functioning” (0–3 pontos), “basic hand functioning” (4–7

pontos), “good hand functioning” (8–10 pontos) (Branco et al., 2017; Houwink et al., 2011). A SULCS foi aplicada duas vezes a cada utente, nomeadamente até ao 3º dia após a admissão dos utentes (avaliação inicial) e até ao 3ª dia que antecedeu a data prevista de termino do internamento (reavaliação).

Através de dois questionários online, Formulário I (avaliação inicial) (Apêndice I) e Formulário II (reavaliação) (Apêndice II), foram recolhidos os resultados da SULCS, dados sociodemográficos e dados sobre o internamento. O Formulário I contemplou questões sobre: tipologia de internamento, região geográfica da unidade de internamento (Equipa Coordenadora Local e Equipa Coordenadora Regional), sexo, data de nascimento, data do último AVC, etiologia do AVC (isquémico/hemorragico/não definido), hemisfério afetado, histórico de AVC (número) e local onde o utente se encontrava previamente ao internamento na unidade da RNCCI. O Formulário II questionou sobre: duração do internamento, motivo de não cumprimento do período esperado de internamento (quando aplicável), número médio de intervenções de Terapia Ocupacional por semana durante o internamento e destino após o período regular de internamento.

2.4. Procedimentos de Recolha de Dados

Foram contactadas via e-mail as 383 unidades de internamento da RNCCI, em Portugal Continental (59 UC, 138 UMDR e 188 ULDM), para colaborem na recolha de dados. A aplicação da SULCS e o preenchimento dos questionários ficaram ao encargo dos terapeutas ocupacionais a exercer em cada unidade de internamento que se disponibilizou a cooperar na investigação. Foram enviados documentos aos terapeutas ocupacionais, sobre a SULCS e as suas instruções, assim como sobre o protocolo de aplicação da escala, no que diz respeito aos prazos de aplicação da avaliação inicial e reavaliação. A aplicação da SULCS ficou a cargo do terapeuta ocupacional responsável pelo caso, no contexto do internamento.

2.5. Procedimentos de Análise de Dados

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS Statistics – versão 29.0.1.0.

Algumas das variáveis (idade, tempo decorrido entre o último AVC e a admissão na RNCCI, pontuação na SULCS, número de intervenção semanais de Terapia Ocupacional) foram descritas usando estatística descritiva quantitativa contínua, enquanto outras (tipologia de

internamento, ECR, ECL, sexo, tipo de AVC, hemisfério afetado, histórico de AVC, local de origem, cumprimento do tempo de internamento, destino de alta) foram analisadas usando estatística descritiva qualitativa categórica.

Para verificar a existência de distribuição normal foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk. As hipóteses de teste foram analisadas com recurso a testes estatísticos específicos a cada uma. A fiabilidade da SULCS foi analisada com o cálculo do Alfa de Cronbach. Para todos os testes utilizados foi considerado um nível de significância de $p < 0.05$.

2.6. Aspetos Éticos

Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria (parecer nº CE/IPLEIRIA/118/2024) (Apêndice III).

No decorrer da investigação foi mantida e assegurada a confidencialidade e o anonimato dos participantes, não sendo recolhidos nem divulgados quaisquer dados pessoais que permitam a sua identificação. Todos os participantes ou os seus representantes deram o seu consentimento livre e informado, através de assinatura de documento próprio, recolhida pelo terapeuta ocupacional da respetiva unidade de internamento.

3. Resultados

3.1. Caracterização da Amostra

Através da aplicação do teste Shapiro-Wilk verificou-se que as variáveis a testar não apresentaram distribuição normal, pelo que os dados são apresentados no formato de mediana (mínimo-máximo) ou frequência e percentagem, conforme o tipo de variável (Long & Altman, 2015).

O estudo contou com uma amostra de 20 participantes (n=20), 12 utentes do sexo masculino e 8 do sexo feminino, com uma mediana de idades de 79 (50-90) anos. Relativamente à distribuição geográfica, participaram utentes internados na região Norte (n=7), Centro (n=5), Lisboa e Vale do Tejo (n=4) e Alentejo (n=4), contemplando um total de 6 instituições diferentes. O grupo de participantes englobou 8 utentes internados em UC, 9 em UMDR e 3 em ULDM. A maioria dos utentes tinha sofrido um AVC isquémico (n=14), 3 utentes sofreram AVC hemorrágico e os restantes 3 não tinham informação definida. O hemisfério mais afetado foi o direito, com 14 participantes, e o hemisfério esquerdo com 5, sendo que 1 dos utentes não tinha esta informação clínica definida. Um total de 17 participantes não apresentavam histórico prévio de AVC, enquanto 3 dos utentes tinham histórico de 1 AVC. De modo global, a mediana de dias decorridos entre o AVC e a data de admissão na RNCCI foi de 49 (16-8376) dias, sendo que nos utentes internados em UC foi de 24 (16-31) dias após o AVC, em UMDR foi de 75 (16-196) dias e em ULDM de 5509 (35-8376) dias (~15 anos e 1 mês).

Os utentes foram admitidos nas unidades da RNCCI provenientes de diversos locais, nomeadamente, 13 de contexto hospitalar, 3 do domicílio sem equipa de reabilitação, 2 de UC, 1 de UMDR e 1 de domicílio com equipa de reabilitação privada.

Dos 20 participantes avaliados na admissão na RNCCI, 6 não completaram o período de internamento previsto, verificando-se 4 transferências para outras unidades da RNCCI, 1 alta antecipada a pedido do utente e 1 óbito (Tabela 1).

Tabela 1 - Número de participantes e rácio de cumprimento do período de internamento, por tipologia

| Tipologia | Utentes admitidos (n) | Não cumpriram o internamento (n) | Cumpriram o internamento (n) |
|-------------------------|------------------------------|---|-------------------------------------|
| UC | 8 | 0 | 8 |
| UMDR | 9 | 6 | 3 |
| ULDM | 3 | 0 | 3 |
| Nº total de utentes (n) | 20 | 6 | 14 |

Posto isto, foi considerado um grupo de 14 participantes que completou o internamento previsto, sendo este constituído por 8 homens e 4 mulheres, com uma mediana de idades de 78 (50-88) anos. Neste grupo de utentes, a mediana de dias decorridos entre o AVC e a data de admissão na RNCCI foi de 31 (16-8376), sendo que nos utentes internados em UC foi de 24 (16-31), em UMDR foi de 69 (62-75) e em ULDM foi de 5509 (35-8376) (~15 anos e 1 mês). Relativamente ao histórico de AVC, este grupo de utentes apenas contempla um caso com um AVC prévio, integrado em UC.

Todos os utentes que completaram o internamento beneficiaram de sessões de Terapia Ocupacional, com uma mediana de 3 (1-5) sessões semanais.

Após o período esperado de internamento, 10 utentes regressaram ao domicílio, 3 permaneceram no internamento em regime de prorrogação e 1 foi transferido para outra tipologia de internamento (UMDR) (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo o local de origem antes do internamento e destino após a alta da RNCCI

| | | Destino após alta (n) | | | |
|----------------------------|--|------------------------------|------|-----------|-------|
| | | Prorrogação | UMDR | Domicílio | Total |
| Local de origem (n) | Hospital | 1 | 1 | 5 | 7 |
| | UC | 1 | 0 | 1 | 2 |
| | UMDR | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | Domicílio com equipa de reabilitação privada | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | Domicílio sem equipa de reabilitação | 0 | 0 | 3 | 3 |
| | Total | 3 | 1 | 10 | 14 |

3.2. Resultados da SULCS

No grupo inicial de 20 participantes, no que diz respeito à pontuação da SULCS, no início do internamento, verificou-se uma pontuação mediana de 8 (0-10) pontos.

Considerando os 14 participantes que completaram o internamento, a mediana da pontuação na SULCS, na admissão, foi de 8 (0-10), e na pontuação final de 10 (1-10). Neste grupo, a mediana da evolução na pontuação da SULCS foi de 1 (0-4) ponto, sendo o maior aumento registado nos utentes de UMDR, com uma mediana de 2 (1-4) (Tabela 3). Não se verificou nenhum participante com decréscimo na pontuação da SULCS no fim do internamento. Registaram-se 4 participantes que mantiveram a sua pontuação, sendo estes utentes com pontuação inicial máxima, de 10 pontos (2 utentes de UC e 2 utentes de ULDM).

Tabela 3 - Mediana da pontuação da SULCS na admissão, reavaliação e evolução, por tipologia

| Tipologia | SULCS na admissão | SULCS na alta | Evolução da SULCS |
|--------------|-------------------|---------------|-------------------|
| UC (n=8) | 8 (0-10) | 10 (1-10) | 1 (0-4) |
| UMDR (n=3) | 8 (5-8) | 9 (9-10) | 2 (1-4) |
| ULDM (n=3) | 10 (2-10) | 10 (3-10) | 0 (0-1) |
| Total (N=14) | 8 (0-10) | 10 (1-10) | 1 (0-4) |

A escala de avaliação SULCS apresentou ótima fiabilidade interna (α de Cronbach=0.933).

3.3. Análise das hipóteses de teste

Tendo em conta a dimensão da amostra e o facto de não se verificar distribuição normal, foram utilizados testes não paramétricos para verificar as hipóteses de teste.

Para testar H_1 foi utilizado o teste Wilcoxon, que permitiu verificar que existiram diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação da SULCS na admissão e após o internamento ($p=0.004$), sendo esta diferença positiva, ou seja, existiu um aumento significativo da capacidade motora do membro superior após o internamento na RNCCI.

Através do teste Kruskal-Wallis, não se confirmou a H_2 , e concluiu-se que não existiram diferenças significativas na recuperação da capacidade motora do membro superior, entre as três tipologias de internamento ($p=0.152$).

A H_3 foi rejeitada, visto que o teste de Correlação de Spearman ($p=0.635$) não identificou diferenças significativas da evolução da capacidade motora do membro superior entre idades, e o mesmo aconteceu com o teste de U de Mann-Whitney ($p=0.349$), que comprovou não existirem diferenças significativas na evolução da capacidade motora do membro superior consoante o sexo.

De modo a verificar a H_4 , foi utilizado o teste de Correlação de Spearman, que não identificou diferenças estatisticamente significativas entre a evolução da capacidade motora do membro superior e o tempo decorrido entre o AVC e a admissão ($p=0.415$), assim como com o número de sessões de Terapia Ocupacional por semana ($p=0.266$). Não foi analisada a relação entre a evolução da capacidade motora do membro superior e o número prévio de AVC, uma vez que apenas um dos utentes tinha histórico prévio. Para a H_4 , foi realizada uma segunda análise, excluindo os utentes de ULDM, visto ser um subgrupo com uma mediana de dias decorridos entre o AVC e a admissão bastante díspar, comparando com o resto da amostra. Nesta análise também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a evolução da capacidade motora do membro superior e o tempo decorrido entre o AVC e a admissão ($p=0.899$).

O teste U Mann-Whitney foi utilizado para verificar a H_5 , e permitiu concluir que a evolução da capacidade motora do membro superior durante o internamento na RNCCI não teve uma influência estatisticamente significativa no regresso ao domicílio após a alta ($p=1.000$).

4. Discussão

O estudo permitiu confirmar que existiu uma evolução positiva na capacidade motora do membro superior, em utentes pós-AVC, após usufruírem de internamento na RNCCI, com acompanhamento de uma equipa multidisciplinar. Estes resultados são coerentes com as recomendações de que após o AVC os utentes devem beneficiar de reabilitação, com acesso a uma equipa de técnicos especializados (terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e terapeutas da fala), nomeadamente os utentes em situação de AVC moderado e grave devem ser referenciados para unidades de internamento da RNCCI (Direção Geral da Saúde, 2011; Norrving et al., 2018).

Nesta amostra, não foi possível concluir que o tipo de tipologia de internamento teve influência significativa na evolução da reabilitação da capacidade motora do membro superior. Poderia ser expectável verificarem-se melhores resultados na pontuação final da SULCS, nos utentes admitidos em UC, seguida dos utentes em UMDR, e uma menor evolução em ULDM. Esta crença poderia prender-se no facto de existirem critérios de admissão para as diferentes tipologias, sendo um deles o potencial de reabilitação funcional, associado também à patologia ser crónica ou não (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2025). No entanto, eventualmente, os utentes admitidos em UC até poderão não apresentar o maior aumento da pontuação da SULCS, uma vez que poderão ser admitidos com pontuações mais elevadas (próximas de 10 pontos) e mais facilmente alcançarem a funcionalidade completa do membro superior. Por exemplo, um utente admitido em UC, com uma pontuação inicial na SULCS de 8 pontos, que termine o internamento com pontuação de 10, terá evoluído 2 pontos, enquanto um utente admitido em UMDR, com pontuação inicial na SULCS de 1 ponto, que termine o internamento com pontuação de 4, terá evoluído 3 pontos, o que se traduz numa maior evolução, no entanto o utente de UC é que termina o internamento com maior capacidade motora do membro superior. Neste estudo, quando analisamos as pontuações da SULCS na alta, verificamos que os utentes de UC terminaram o internamento com uma mediana de 10 pontos, comparativamente aos utentes de UMDR, que terminaram com uma mediana de 9, apesar de a mediana da evolução ser de 2 na UMDR e de 1 na UC. Assim sendo, os utentes de UMDR evoluíram mais, mas os utentes de UC alcançaram melhor funcionalidade do membro superior.

Contudo, a relação entre a tipologia e a evolução não se verificou significativa, possivelmente devido ao número reduzido de participantes, especificamente nas tipologias de UMDR (n=3) e ULDM (n=3).

O tempo decorrido entre o AVC e a admissão na unidade de internamento na RNCCI não teve influência significativa na recuperação motora do membro superior. Esta análise pode ser sustentada por vários estudos que afirmam que a recuperação pode acontecer mesmo em situações crónicas (AVC com mais de 6 meses) (Borschmann & Hayward, 2020; Ramos-Castaneda et al., 2022; Ward et al., 2019). No entanto, também existe evidência que indica que os utentes que usufruem de reabilitação precocemente obtêm melhores resultados na recuperação (Borschmann & Hayward, 2020; Rocha et al., 2025). Poder-se-ia considerar que, conjugando uma amostra reduzida e o facto do grupo de utentes internados em ULDM apresentar uma mediana de dias decorridos entre o AVC e a admissão bastante elevada, comparativamente à restante amostra, estaria a influenciar o coeficiente de correlação. Porém, uma segunda análise, excluindo os utentes de ULDM, não confirmou esta hipótese. Esta falta de relação estatisticamente significativa, poderá estar relacionada inteiramente com o tamanho reduzido da amostra, não sendo, portanto, possível retirar conclusões relevantes. É também importante considerar que o tempo decorrido poderá ser impactado por vários fatores como a instabilidade clínica, a inexistência de vagas na RNCCI nas instituições de preferência escolhidas pelo utente, e conseqüentemente, o tempo de espera após referenciação. Contudo, considerando os resultados relatados, poderá ser relevante analisar cada caso individualmente, no momento da referenciação para a RNCCI, ponderando a possibilidade de benefício do internamento em ULDM, relativamente à capacidade motora do membro superior, mesmo em situações crónicas.

Relativamente ao número médio de sessões de Terapia Ocupacional por semana, os resultados não demonstraram impacto significativo na recuperação motora do membro superior, o que não é coerente com a literatura atual, que refere que maior dose de intervenção leva a maior probabilidade de recuperação da capacidade motora funcional do membro superior (Salvalaggio et al., 2023; Ward et al., 2019). Estes resultados poderão não ser representativos da realidade e devem ser analisados de forma cautelosa. A dimensão reduzida da amostra e o número de sessões de Terapia Ocupacional registado ser semelhante na maioria dos participantes (mediana de 3), podem justificar este resultado, uma vez que

não se verificou uma variabilidade suficiente desta característica para analisar a sua relação com a recuperação funcional do membro superior.

A idade e o sexo são frequentemente utilizados, em conjunto com outros fatores, para prever a recuperação motora após AVC (Meyer et al., 2015; Stinear et al., 2019). A idade avançada e o sexo feminino estão associados a recuperações menos favoráveis, no entanto também é enfatizada a importância de não excluir pessoas mais velhas e mulheres de oportunidade de tratamento (Liljehult et al., 2021; Poggese et al., 2021). Apesar destas evidências, neste estudo não se verificou impacto significativo destas duas variáveis, na recuperação da capacidade motora do membro superior. Esta análise poderá ter sido impactada uma vez que a amostra de 14 utentes não apresenta heterogeneidade equilibrada no que diz respeito ao sexo, verificando-se uma participação de 57,1% homens e 42,9% mulheres. Seria mais adequado verificar a relação do sexo com a recuperação do membro superior com uma amostra maior e mais equilibrada entre os dois sexos. Relativamente à idade, nesta amostra apenas participaram pessoas entre os 50 e os 88 anos, deixando uma vasta faixa etária por representar, o que torna esta variável pouco heterogênea de modo a permitir uma análise adequada da sua relação com a recuperação da capacidade motora do membro superior.

O regresso ao domicílio, após o internamento para reabilitação pós AVC, pode ser influenciado por fatores socioambientais, clínicos, capacidades motoras e cognitivas (Chevalley et al., 2022, 2023). Um dos fatores preditores de regresso ao domicílio na alta é o nível de independência nas AVD no momento da admissão, ou seja, utentes com maior grau de independência têm maior probabilidade de regressar a casa (Vluggen et al., 2020). Sendo que as dificuldades motoras no membro superior são associadas a um pior desempenho das AVD, poderia esperar-se que a função motora do membro superior também teria impacto no regresso ao domicílio, no entanto os dados analisados não confirmaram essa relação (Ekstrand et al., 2016; Lieshout et al., 2020). Esta análise pode resultar do número reduzido de participantes e de, eventualmente, nestes utentes terem existido outros fatores mais preponderantes na decisão de regresso ao domicílio, comparativamente à capacidade motora do membro superior, como a capacidade de marcha, competências cognitivas ou fatores socioeconómicos (rede de suporte social presente, capacidade financeira para ativar respostas sociais, como apoio domiciliário no âmbito dos cuidados pessoais e refeições).

4.1.Limitações do Estudo

É importante reconhecer que o estudo apresenta limitações, sendo uma delas o tamanho reduzido da amostra, que não garante que os resultados obtidos neste estudo representam a visão geral da recuperação da capacidade motora do membro superior, após AVC, dos utentes que integram o internamento da RNCCI. Consequentemente, não foi possível garantir um número equilibrado entre participantes do sexo masculino e feminino, assim como números de participantes semelhantes nas várias tipologias de internamento, limitando assim a análise da relação destas variáveis com a recuperação motora do membro superior.

Cada participante integrou uma de três tipologias de internamento, sendo que existem diferenças nas características de funcionamento entre as mesmas, assim como entre as várias instituições que dispõem destes internamentos. Todas as instituições onde estes participantes estiveram internados terão normas internas individuais, condições ambientais específicas, equipas multidisciplinares com formação e experiência profissionais distintas, entre outras características diferentes, que podem impactar os resultados obtidos ao nível da recuperação da capacidade motora do membro superior.

O envolvimento de vários terapeutas ocupacionais na recolha de dados, nomeadamente na aplicação da escala SULCS, pode resultar em enviesamento dos resultados da mesma. Apesar da escala apresentar instruções claras e simples, e apenas permitir resposta dicotómica a cada tarefa, não foi possível garantir que os terapeutas deram as mesmas condições a cada utente para realizar as tarefas, nomeadamente tempo e condições ambientais. O envolvimento de vários terapeutas também condiciona a análise do impacto das sessões de Terapia Ocupacional na recuperação da capacidade motora do membro superior, visto que não ficou garantido que as sessões foram semelhantes entre si, no âmbito das intervenções realizadas e duração.

É de referir também, que a escala SULCS, afirma-se como sendo sensível à espasticidade e afasia, e o estudo não discriminou estas duas características dos participantes. Assim sendo, estes parâmetros podem ter influenciado os resultados obtidos na aplicação da mesma.

5. Implicações para a Terapia Ocupacional

Para que os terapeutas ocupacionais possam desenvolver a sua prática de forma mais adequada na população pós-AVC, é importante compreender qual é o impacto do internamento na RNCCI na recuperação da capacidade motora do membro superior, tendo em conta que é uma resposta de reabilitação bastante comum em Portugal (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2022). Os resultados do estudo pretendem fornecer informação sobre a recuperação da funcionalidade do membro superior, de modo a justificar os benefícios do internamento na RNCCI, com acompanhamento de equipas multidisciplinares, incluindo Terapeutas Ocupacionais, e potencialmente debater o número médio de sessões a realizar por semana, de modo a otimizar os resultados da reabilitação.

6. Conclusão

A integração dos utentes em internamento na RNCCI, após-AVC, foi benéfica na recuperação da capacidade motora do membro superior, independentemente da tipologia de internamento, idade, sexo, tempo decorrido após o AVC, e o número de sessões semanais de Terapia Ocupacional.

No futuro, será importante alargar a amostra, de modo a atingir um valor que represente a população-alvo, e posteriormente confirmar o impacto do internamento em RNCCI na recuperação do membro superior, após AVC, assim como o impacto da intervenção de Terapia Ocupacional. Seria também pertinente incluir num estudo futuro, a tipologia de ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados no Domicílio) e compreender o impacto da reabilitação ser prestada em ambiente de internamento ou domicílio.

Referências Bibliográficas

- Borschmann, K. N., & Hayward, K. S. (2020). Recovery of upper limb function is greatest early after stroke but does continue to improve during the chronic phase: a two-year, observational study. *Physiotherapy (United Kingdom)*, *107*, 216–223. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.10.001>
- Branco, J. P., Oliveira, S., Páscoa Pinheiro, J., & L. Ferreira, P. (2017). Assessing upper limb function: Transcultural adaptation and validation of the Portuguese version of the Stroke Upper Limb Capacity Scale. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, *9*(1). <https://doi.org/10.1186/s13102-017-0078-9>
- Campbell, B. C. V., & Khatri, P. (2020). Stroke. *The Lancet*, *396*(10244), 129–142. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31179-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31179-X)
- Chevalley, O., Truijen, S., Opsommer, E., & Saeys, W. (2023). Physical functioning factors predicting a return home after stroke rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, *37*(12), 1698–1716. <https://doi.org/10.1177/02692155231185446>
- Chevalley, O., Truijen, S., Saeys, W., & Opsommer, E. (2022). Socio-environmental predictive factors for discharge destination after inpatient rehabilitation in patients with stroke: a systematic review and meta-analysis. In *Disability and Rehabilitation* (Vol. 44, Issue 18, pp. 4974–4985). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1923838>
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e Reabilitação* (054/2011). www.dgs.pt
- Ekstrand, E., Rylander, L., Lexell, J., & Brogårdh, C. (2016). Perceived ability to perform daily hand activities after stroke and associated factors: A cross-sectional study. *BMC Neurology*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12883-016-0733-x>
- Lieshout, E. C. C. van, van de Port, I. G., Dijkhuizen, R. M., & Visser-Meily, J. M. A. (2020). Does upper limb strength play a prominent role in health-related quality of life

- in stroke patients discharged from inpatient rehabilitation? *Topics in Stroke Rehabilitation*, 27(7), 525–533. <https://doi.org/10.1080/10749357.2020.1738662>
- Liljehult, M. M., von Euler-Chelpin, M. C., Christensen, T., Buus, L., Stokholm, J., & Rosthøj, S. (2021). Sex differences in independence in activities of daily living early in stroke rehabilitation. *Brain and Behavior*, 11(8). <https://doi.org/10.1002/brb3.2223>
- Meyer, M. J., Pereira, S., McClure, A., Teasell, R., Thind, A., Koval, J., Richardson, M., & Speechley, M. (2015). A systematic review of studies reporting multivariable models to predict functional outcomes after post-stroke inpatient rehabilitation. In *Disability and Rehabilitation* (Vol. 37, Issue 15, pp. 1316–1323). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.963706>
- Norrving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P. M., Stibrant Sunnerhagen, K., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A., & Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. *European Stroke Journal*, 3(4), 309–336. <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>
- Poggesi, A., Insalata, G., Papi, G., Rinnoci, V., Donnini, I., Martini, M., Falsini, C., Hakiki, B., Romoli, A., Barbato, C., Polcaro, P., Casamorata, F., Macchi, C., Cecchi, F., & Salvadori, E. (2021). Gender differences in post-stroke functional outcome at discharge from an intensive rehabilitation hospital. *European Journal of Neurology*, 28(5), 1601–1608. <https://doi.org/10.1111/ene.14769>
- Ramos-Castaneda, J. A., Barreto-Cortes, C. F., Losada-Florian, D., Sanabria-Barrera, S. M., Silva-Sieger, F. A., & Garcia, R. G. (2022). Efficacy and Safety of Vagus Nerve Stimulation on Upper Limb Motor Recovery After Stroke. A Systematic Review and Meta-Analysis. In *Frontiers in Neurology* (Vol. 13). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.889953>
- Rocha, C. D., Carneiro, I., Torres, M., Oliveira, H. P., Solteiro Pires, E. J., & Silva, M. F. (2025). Post-stroke upper limb rehabilitation: clinical practices, compensatory movements, assessment, and trends. In *Progress in Biomedical Engineering* (Vol. 7, Issue 4). Institute of Physics. <https://doi.org/10.1088/2516-1091/adeb1e>

- Salvalaggio, S., Cacciante, L., Maistrello, L., & Turolla, A. (2023). Clinical Predictors for Upper Limb Recovery after Stroke Rehabilitation: Retrospective Cohort Study. *Healthcare (Switzerland)*, *11*(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare11030335>
- Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral. (2022). *Caracterização das Unidades de AVC - 2021*. <https://spavc.org/wp-content/uploads/2024/07/Estudo-Caraterizacao-UAVC-1.pdf>
- Stinear, C. M., Smith, M. C., & Byblow, W. D. (2019). Prediction Tools for Stroke Rehabilitation. In *Stroke* (Vol. 50, Issue 11, pp. 3314–3322). NLM (Medline). <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.025696>
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2025). *Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. https://www.seg-social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_integrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a
- Vluggen, T. P. M. M., Van Haastregt, J. C. M., Tan, F. E. S., Kempen, G. I. J. M., Schols, J. M. G. A., & Verbunt, J. A. (2020). Factors associated with successful home discharge after inpatient rehabilitation in frail older stroke patients. *BMC Geriatrics*, *20*(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1422-6>
- Ward, N. S., Brander, F., & Kelly, K. (2019). Intensive upper limb neurorehabilitation in chronic stroke: Outcomes from the Queen Square programme. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, *90*(5), 498–506. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2018-319954>

Apêndices

APÊNDICE I: Formulário I – Avaliação na admissão

Dados do Local de Internamento

1. Nome da instituição: _____
2. Tipologia de internamento:
 - a. Unidade de Convalescença (UC)
 - b. Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)
 - c. Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)
3. Equipa Coordenadora Regional (ECR):
 - a. Norte
 - b. Centro
 - c. Lisboa e Vale do Tejo
 - d. Alentejo
 - e. Algarve
4. Equipa Coordenadora Local (ECL): _____

Dados do Utente

5. Código do utente (Sigla da instituição e as iniciais do nome do utente, separados por um ponto final. Exemplo: Maria Albertina de Jesus na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa seria SCML.MAJ): _____
6. Sexo:
 - a. Masculino
 - b. Feminino
7. Data de nascimento (dd/mm/aaaa): _____
8. Data de admissão no atual internamento na RNCCI (dd/mm/aaaa): _____
9. Data do AVC (Caso não exista uma data clara do evento, deve ser considerada a data aproximada, segundo informação dada pelo utente ou pessoa de referência) (dd/mm/aaaa): _____

10. Tipo de AVC:

- a. Isquémico
- b. Hemorrágico
- c. Não definido

11. Hemisfério afetado pelo AVC:

- a. Esquerdo
- b. Direito
- c. Ambos
- d. Não definido

12. Histórico de AVC (indicar o nº de AVC registados previamente, excluindo o último):

- a. 0
- b. 1
- c. 2 ou mais

13. Local de origem:

- a. Hospital
- b. Resposta Social (ERPI, Cama protocolada, outra semelhante)
- c. Transferência de ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados - Domiciliários)
- d. Transferência de Unidade de Convalescença (UC)
- e. Transferência de UMDR
- f. Transferência de ULDM
- g. Domicílio com equipa de reabilitação privada
- h. Domicílio sem resposta de reabilitação
- i. Outro: _____

Escala de Capacidade do Membro Superior Após Acidente Vascular Cerebral (SULCS)

(Indique a pontuação atribuída em cada tarefa, sendo que 0=utente incapaz de executar a tarefa da forma descrita e 1=utente é capaz de executar a tarefa da forma descrita. Nas situações em que o utente não conseguiu realizar 3 tarefas consecutivas, pontue as restantes tarefas com 0, mesmo que não tenham sido testadas.)

| | |
|--|--|
| Tarefa 1 - Usar o antebraço para apoio enquanto está sentado/a | |
| Tarefa 2 - Apertar um objeto entre o tronco e o braço | |
| Tarefa 3 - Fazer deslizar um objeto sobre uma mesa estando sentado/a | |
| Tarefa 4 - Desenroscar (parcialmente) uma tampa | |
| Tarefa 5 - Pegar num copo de água e beber | |
| Tarefa 6 - Agarrar uma bola colocada num local elevado | |
| Tarefa 7 - Pentear o cabelo | |
| Tarefa 8 - Apertar botões | |
| Tarefa 9 - Escrever | |
| Tarefa 10 - Manipular moedas | |

APÊNDICE II: Formulário II – Reavaliação no termino do internamento

Dados do Local de Internamento

1. Nome da instituição: _____
2. Tipologia de internamento:
 - a. Unidade de Convalescença (UC)
 - b. Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)
 - c. Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)

Dados do Utente

3. Código do utente (Sigla da instituição e as iniciais do nome do utente, separados por um ponto final. Exemplo: Maria Albertina de Jesus na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa seria SCML.MAJ): _____
4. Sexo:
 - a. Masculino
 - b. Feminino
5. Data de nascimento (dd/mm/aaaa): _____
6. Data de admissão no atual internamento na RNCCI (dd/mm/aaaa): _____
7. Duração do internamento:
 - a. Não cumpriu o período esperado de 30 dias (Unidade de Convalescença)
 - b. Não cumpriu o período esperado de 90 dias (UMDR ou ULDM)
 - c. Cumpriu o período esperado de 30 dias (Unidade de Convalescença)
 - d. Cumpriu o período esperado de 90 dias (UMDR ou ULDM)
 - e. Outro: _____

Não cumprimento do período de internamento esperado

8. Motivo de não cumprimento do período esperado de internamento:
 - a. Óbito
 - b. Perda de vaga após agudização
 - c. Alta a pedido
 - d. Objetivos atingidos
 - e. Outro: _____

Dados sobre o internamento do utente

9. Número médio de intervenções de Terapia Ocupacional por semana, durante o internamento:

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. 4
- f. 5
- g. Outro: _____

10. Destino de alta:

- a. Transferência para ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados - Domiciliários)
- b. Transferência para UMDR
- c. Transferência para ULDM
- d. Domicílio
- e. ERPI ou outra resposta social semelhante
- f. Prorrogação do internamento

Escala de Capacidade do Membro Superior Após Acidente Vascular Cerebral (SULCS)

(Indique a pontuação atribuída em cada tarefa, sendo que 0=utente incapaz de executar a tarefa da forma descrita e 1=utente é capaz de executar a tarefa da forma descrita. Nas situações em que o utente não conseguiu realizar 3 tarefas consecutivas, pontue as restantes tarefas com 0, mesmo que não tenham sido testadas.)

| | |
|--|--|
| Tarefa 1 - Usar o antebraço para apoio enquanto está sentado/a | |
| Tarefa 2 - Apertar um objeto entre o tronco e o braço | |
| Tarefa 3 - Fazer deslizar um objeto sobre uma mesa estando sentado/a | |
| Tarefa 4 - Desenroscar (parcialmente) uma tampa | |
| Tarefa 5 - Pegar num copo de água e beber | |

| | |
|--|--|
| Tarefa 6 - Agarrar uma bolo colocada num local elevado | |
| Tarefa 7 - Pentear o cabelo | |
| Tarefa 8 - Apertar botões | |
| Tarefa 9 - Escrever | |
| Tarefa 10 - Manipular moedas | |

APÊNDICE III: Parecer da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria



COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/118/2024

Data: 20/12/2024

Título do estudo: Recuperação da capacidade motora do membro superior pós Acidente Vascular Cerebral, em contexto de internamento na RNCCI em Portugal Continental.

Nome do proponente: Patrícia Inês Clemente Dias.

Investigadora Principal: Marco António Apolinário Rodrigues.

Membros da equipa de investigação: Patrícia Inês Clemente Dias, Marco António Apolinário Rodrigues e Liliana Fernanda da Conceição Teixeira.

O estudo tem como objetivo. -----
Avaliar a recuperação da capacidade motora do membro superior pós AVC, em contexto de internamento na RNCCI em Portugal Continental. -----
A data de início do estudo/projeto está definida e está adequada, 1 novembro 2024. -----
A data de fim (prevista) do estudo/projeto está definida e está adequada, 30 setembro 2025. -----
A data prevista de início da recolha de dados está definida e está adequada, após parecer da CE. ---
A data prevista de fim da recolha de dados está definida e está adequada, 31 maio 2025. -----
Metodologia: -----
O tipo de estudo está corretamente descrito e justificado, estudo observacional longitudinal quantitativo. -----
A população-alvo está identificada e corretamente justificada. A amostra está identificada e corretamente justificada. -----
Os critérios de inclusão estão definidos e corretamente justificados. -----
Os critérios de exclusão estão definidos e corretamente justificados. -----
Os procedimentos para a recolha de autorizações estão descritos e corretamente justificados. -----
Os instrumentos de recolha de dados estão devidamente descritos e anexos ao formulário submetido à CE. -----
Os procedimentos para a garantia de confidencialidade estão devidamente descritos. -----
Os procedimentos para garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes estão devidamente descritos. -----
Não foram identificados danos para os participantes. -----
Não estão previstos custos nem compensações para os participantes. -----
O termo de responsabilidade foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
O consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
O compromisso de honra do investigador principal foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
No consentimento informado, esclarecido e livre foi referido como responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrente do RGPD, o investigador principal. -----
Após a reformulação da proposta submetida, no seguimento dos esclarecimentos adicionais solicitados, a CE emite parecer favorável. -----

1



P'la CE a Presidente

Assinado por: **SUSANA LUÍSA DA CUSTÓDIA
MACHADO MENDES**
Data: 2025.01.09 11:17:26+00'00'