

ALTA PARTICIPATIVA PARA PACIENTES CRÔNICOS DA CLÍNICA-ESCOLA DE FISIOTERAPIA DO UNIFESO

Implementing a discharge program for patients with chronic disease

Alba Barros Souza Fernandes¹, Laís Gomes Pereira Bassan², Letícia Pires Mattos², Andrea Serra Graniço³

¹Fisioterapeuta, Doutora em Ciências, Docente dos Cursos de Graduação em Fisioterapia e Medicina do UNIFESO - Teresópolis - RJ - BR. ²Discente do Curso de Graduação em Fisioterapia do UNIFESO - Teresópolis - RJ - BR. ³Fisioterapeuta, Mestre em Sexologia, Docente do Curso de Graduação em Fisioterapia do UNIFESO - Teresópolis - RJ - BR.

Resumo

O objetivo desse estudo foi otimizar o atendimento de pacientes com doenças crônicas, mediante um programa de alta participativa. Pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral foram avaliados e reavaliados periodicamente, podendo receber alta definitiva. Quatro pacientes foram inseridos, mas apenas três deram prosseguimento. Em conclusão, espera-se otimizar o tratamento e aumentar a entrada de novos pacientes.

Palavras-chave: Fisioterapia. Qualidade de vida. Doença crônica.

Abstract

The objective of this study was to optimize care for patients with chronic diseases, through a participatory discharge program. Patients diagnosed with cerebrovascular disease were evaluated periodically, and could be discharged permanently. Four patients were entered, but only three continued. In conclusion, it is hoped to optimize the treatment and increase the entry of new patients.

Key words: Physiotherapy. Quality of life. Chronic disease

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde indica que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, o diabetes, a obesidade, o câncer e as doenças respiratórias, representam cerca de 60% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças. Cerca de metade das mortes causadas por doenças crônicas está diretamente associada às doenças cardiovasculares (DATASUS, 2013).

A incidência de doenças que atingem a população mundial modificou-se ao longo do século XX e início do XXI. As doenças que comprometiam a população eram, em sua maioria, doenças agudas, como as infecciosas e parasitárias, gerando um cenário onde os jovens eram os mais afetados. A crescente industrialização, a descoberta de medicamentos eficazes contra os agentes

infecciosos e a melhoria das condições de saneamento básico alterou este cenário. Esse processo de mudança implicou em melhora na qualidade e na expectativa de vida. Atualmente, as moléstias que apresentam altas taxas de morbidade e mortalidade são as doenças crônicas degenerativas. Assim, o aumento da expectativa de vida determinou que os mais atingidos pelas doenças crônicas fossem os idosos. Cerca de 75% das mortes de pessoas com idade em torno de 65 anos, nos Estados Unidos, são decorrentes de doenças cardíacas, câncer e doenças vasculares cerebrais ou mesmo pneumopatias (WHO, 2016).

O Brasil, seguindo essa tendência mundial, tem passado pelos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional desde a década de 60. Destacam-se a queda da mortalidade e da fecundidade e o aumento do número de idosos, particularmente no grupo com

mais de 80 anos. De 1980 a 2000, a população de idosos cresceu 107%, enquanto que a população com até 14 anos cresceu apenas 14%. Nos próximos 20 anos, projeções apontam para a duplicação da população idosa no Brasil, de 8 para 15%. O envelhecimento está associado ao aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas. As doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças musculoesqueléticas, entre outras, respondem pela maior parcela dos óbitos no país e de despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando cerca de 75% dos gastos com atenção à saúde (BRASIL, 2011).

As DCNT são doenças multifatoriais e possuem em comum fatores de risco comportamentais modificáveis e não modificáveis. Dentre os fatores comportamentais de risco modificáveis destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, a ingestão insuficiente de frutas e hortaliças e a inatividade física (BRASIL, 2011).

Medidas preventivas, principalmente no que se refere à interferência dos fatores de risco específicos para cada enfermidade crônica, assim como em relação ao estilo de vida, possuem efeito positivo e comprovado na qualidade de vida. A adoção de hábitos modificados adicionados à prática de treinamento físico supervisionado com orientação de atividade física constante aumenta as chances de longevidade livre de doenças coronarianas, acidente vascular cerebral (AVC) e diabetes mellitus, proporcionando melhor qualidade de vida (DANIELE, 2014).

A reabilitação com prática de exercícios físicos regulares é associada com melhora da função psicológica, incluindo redução da depressão e da ansiedade, além de aumentar o desempenho cognitivo. O convívio em grupo para a prática de exercícios pode reduzir a depressão, principalmente naqueles indivíduos isolados socialmente, promovendo

redução da ansiedade (EMERY et al., 2008).

Neste contexto, numa visão mais ampla, buscamos apresentar uma forma de aumentar as possibilidades de resultado funcional de pacientes com doenças crônicas que são atendidos na Clínica-Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), através da ampliação de oportunidades terapêuticas, baseado na reabilitação. A clínica recebe um grande número de pacientes com diagnóstico de DCNT, onde são submetidos a diferentes programas terapêuticos, visando à reabilitação funcional e melhora da qualidade de vida.

Dentro desse contexto, estratégias de educação em saúde devem ser incluídas no tratamento, com o objetivo de aumentar a compreensão do paciente sobre a doença e seu tratamento, bem como promover estratégias de auto manejo dos sintomas e de intervenções, como cessação do tabagismo, incorporação de práticas de atividade física fora do tratamento, promoção de estratégias que forneçam maior aderência ao tratamento e desenvolvimento de um plano de ação para detecção precoce e tratamento das exacerbações das doenças de base.

Portanto, esse projeto de extensão visa a otimizar o atendimento dos pacientes com doenças crônicas que realizam tratamento fisioterapêutico na Clínica-Escola de Fisioterapia do UNIFESO, mediante o acompanhamento de um programa de alta participativa. A relevância dessa proposta pode ser enaltecida também pela oferta de novas vagas para atendimento fisioterapêutico, aumentando a entrada de novos pacientes e incrementando a qualidade do serviço vivenciado pelos discentes inseridos neste cenário de prática.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado na Clínica-Escola de Fisioterapia do

UNIFESO, com pacientes diagnosticados com DCNT, que já se encontravam em atendimento. Foram incluídos pacientes adultos, de ambos os sexos, independentemente do estágio da doença, clinicamente estáveis. Os pacientes inseridos já deviam ter realizado fisioterapia ambulatorial há mais de um ano e não deveriam mais estar apresentando uma melhora funcional de seu quadro clínico, estando estáveis.

Os pacientes selecionados foram submetidos a uma avaliação fisioterapêutica de acordo com o protocolo avaliativo do ambulatório em que realizava o tratamento. Caso não fosse observada nenhuma evolução com relação as duas últimas avaliações, o paciente era encaminhado para o programa de alta participativa.

Os indivíduos foram avaliados no momento da admissão no programa e reavaliados nos intervalos de 15, 30, 90 e 180 dias. Os pacientes que permanecerem estáveis após a última avaliação receberão alta de forma permanente. Caso apresentasse piora dos sintomas e/ou redução da capacidade funcional, retornaria para o atendimento ambulatorial.

Após a avaliação de admissão no programa, os indivíduos receberam uma cartilha explicativa, cujo objetivo era informar e auxiliar quanto aos cuidados relacionados a sua doença, incluindo o que é a patologia, as causas, os sintomas e as orientações sobre como lidar com seu quadro clínico, além de retirar dúvidas sobre a terapia medicamentosa. A seguir, receberam orientações e treinamento quanto à correta realização do plano de tratamento fisioterapêutico, que deveria ser realizado no domicílio do paciente, de forma autônoma.

O presente projeto de extensão seguiu os mesmos princípios éticos observados para projetos de pesquisa científica envolvendo seres humanos, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPq) do UNIFESO, de acordo com a Resolução 466/12, sob o

parecer de nº 1.809.040 em 07 de novembro de 2016. Todos os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados a partir das avaliações consecutivas às quais os pacientes foram submetidos. Nessas reavaliações, também foi verificado se os pacientes estavam realizando os exercícios do plano terapêutico domiciliar de forma correta.

RESULTADOS

Quatro pacientes com sequelas de AVC, que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo, foram inseridos no programa de alta participativa.

A primeira paciente avaliada foi M.M.N.C., sexo feminino, 57 anos, tendo sofrido o AVC há 16 anos. Na primeira avaliação, a paciente relatou, como queixa principal, que não conseguia levantar o braço. Em seu relato, informou que sofreu o AVC no final de 2001, ficando em coma induzido por três dias e internada por 21 dias. O tratamento fisioterapêutico foi iniciado já no hospital. Ao exame físico, apresentou restrição para abdução em membro superior esquerdo à movimentação passiva e restrição para abdução, extensão e pronação à movimentação ativa, bem como alteração do equilíbrio e da coordenação motora. Na avaliação dos reflexos posturais e mudanças de decúbito, a paciente não conseguiu realizar o movimento arrastar cruzado. Apresentou alteração na sensibilidade tátil. Observou-se que pulava fases da marcha e, na praxia, apresentava dificuldade com o braço esquerdo.

Na primeira reavaliação, 15 dias após, a paciente relatou que começou a sentir melhora, mas que apresentou certas dificuldades na realização de alguns exercícios, além de dor e fadiga. Ao exame físico, observou-se melhora da restrição para abdução de membro superior

esquerdo, melhor movimentação de mão esquerda, sensibilidade tátil normal e melhora da praxia com a mão esquerda.

Após 30 dias, a paciente relatou que estava frequentando uma academia, realizando treinamento funcional e que estava praticando os exercícios da cartilha duas vezes/semana. Ao exame físico, observou-se, além dos resultados alcançados na avaliação anterior, melhora da extensão e pronação do membro superior esquerdo, bem como do equilíbrio. A paciente também passou a realizar a mudança de decúbito arrastar cruzado.

Após um período de 90 dias, a paciente retornou para uma nova reavaliação e relatou que percebeu uma melhora na marcha e nos movimentos da mão esquerda. Entretanto, informou que, nesse intervalo, teve um episódio de pneumonia, o que a fez interromper temporariamente o treinamento funcional e as idas à academia, mas que continuava realizando os exercícios da cartilha. Ao exame físico, observou-se que a paciente conseguiu realizar os testes índex-nariz e índex-nariz-índex normalmente, e não mais de forma desorientada como nas avaliações anteriores.

O segundo paciente avaliado foi I.N., sexo masculino, 71 anos, AVC há 13 anos. Na primeira avaliação, declarou, como queixa principal, que não conseguia dirigir. Informou que ficou internado por quatro meses após o AVC, iniciando o tratamento fisioterapêutico logo após a alta, em seu domicílio. Ao exame físico, observou-se redução do arco de movimento para flexão e extensão do braço direito, abdução e adução da mão direita e flexão e extensão de perna direita tanto na movimentação passiva quanto na ativa, além de alteração do equilíbrio e da coordenação motora. A maior parte dos reflexos posturais e mudanças de decúbito avaliados estava alterada.

Na reavaliação após 15 dias, o paciente relatou que sentiu dificuldade na realização de alguns exercícios e não foi observada nenhuma mudança em seu

quadro funcional. Após 30 dias, esse paciente relatou que apresentou piora do quadro, apesar de não ter sido observada nenhuma alteração ao exame físico. Como não aderiu ao programa de alta participativa, foi excluído.

O terceiro paciente avaliado foi M.M.S., sexo masculino, 42 anos, AVC há nove anos. O paciente era afásico, apresentando grande dificuldade em compreender os questionamentos relacionados à anamnese. Ao exame físico, observou-se redução do arco de movimento para abdução e extensão do membro superior direito, alteração do equilíbrio e marcha ceifante.

Na reavaliação após 15 dias, o paciente conseguiu se comunicar com as avaliadoras através de gestos, informando, então, que estava fazendo os exercícios da cartilha três vezes/semana, mas que apresentava dificuldade no treino de marcha. Percebeu melhora no movimento de abdução do membro superior. Ao exame físico, observou-se diminuição no arco de movimento apenas para extensão do membro superior direito, mantendo a alteração de equilíbrio e na marcha.

Após 30 dias, informou, através de gestos, que estava praticando os exercícios da cartilha duas vezes/semana, mas que sentiu dor ao realizar alguns exercícios. A melhora observada no movimento de abdução do braço se manteve. Ao exame físico, observou-se que o quadro clínico do paciente estava mantido em relação à avaliação anterior.

Na reavaliação após o período de 90 dias, informou que estava realizando os exercícios da cartilha duas vezes/semana, mas que estava sentindo dor na perna direita e dificuldade em realizar os alongamentos de membros inferiores. Percebeu melhora na amplitude de movimento de braço direito. Ao exame físico, foi observado melhora da marcha.

O quarto paciente avaliado foi J.R., sexo masculino, 52 anos, AVC há oito anos. Na primeira avaliação, relatou, como queixa principal, que não conseguia escovar e escrever com a mão direita e que

apresentava dificuldade em descer uma escada de frente. Informou que, após o AVC, ficou internado por duas semanas, iniciando a fisioterapia logo em seguida. Ao exame físico, observou-se redução do arco de movimento para abdução e flexão do braço direito e para flexão de perna direita. Na avaliação dos reflexos posturais e mudanças de decúbito, o paciente realizou com dificuldade o movimento arrastar homolateral e cruzado. Também realizou, mas com dificuldade no lado direito, os testes índice-índice, índice-nariz-índice e calcanhar-joelho. Apresentou alteração na sensibilidade tátil em pé e mão direita e na sensibilidade dolorosa em pé direito. Observou-se que o paciente apresentava marcha ceifante e, na praxia, dificuldade com a mão direita.

Na reavaliação após 15 dias, o paciente relatou que não estava tendo dificuldade em realizar os exercícios da cartilha e que não observou nenhuma mudança em seu quadro clínico nesse período. Informou que estava fazendo diariamente os exercícios, mas sentia dor muscular em membros inferiores durante a realização. Ao exame físico, observou-se melhora do arco de movimento para flexão de perna direita, realizou com menos dificuldade o movimento arrastar homolateral e cruzado, passou a realizar, sem dificuldade, o teste calcanhar-joelho e apenas a sensibilidade tátil estava reduzida. Também apresentou melhora da marcha, apesar de continuar ceifante. Não apresentou dificuldade na praxia.

Após 30 dias, paciente relatou que estava fazendo os exercícios da cartilha todos os dias e que percebeu uma melhora na marcha e nos movimentos com a mão direita. Informou dificuldade com o exercício de alongamento de quadríceps. Ao exame físico, observou-se apenas redução do arco de movimento para abdução do braço direito e, agora, também realizava sem dificuldade o teste índice-índice. Entretanto, apresentou alteração nas sensibilidades tátil, térmica e dolorosa. Também foi observada uma melhora na marcha.

Na reavaliação após o período de 90 dias, relatou novamente a melhora em mão direita e informou que estava conseguindo fazer todos os exercícios da cartilha três vezes/semana. Ao exame físico, além dos ganhos funcionais alcançados estarem mantidos, o paciente passou a realizar os testes índice-nariz-índice e índice-nariz sem dificuldade.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve o objetivo de otimizar o atendimento de pacientes com DCNT que realizam tratamento fisioterapêutico na Clínica-Escola de Fisioterapia do UNIFESO, mediante o acompanhamento de um programa de alta participativa. Até o momento, quatro pacientes com sequelas de AVC foram inseridos no programa. Esses pacientes concordaram em participar do projeto, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e receberam as devidas orientações com relação à cartilha educativa e aos exercícios domiciliares que deveriam realizar de forma autônoma. A seguir, foram agendadas as avaliações subsequentes. A cada reavaliação, além do exame físico, era verificado se os pacientes estavam realizando os exercícios de forma correta e retirada eventuais dúvidas.

A avaliação e cada reavaliação foram realizadas sempre pelos mesmos avaliadores e eram baseadas na ficha de avaliação do ambulatório de Fisioterapia Neurológica da Clínica-Escola de Fisioterapia do UNIFESO. Com exceção de um paciente que se recusou a continuar no estudo, todos os outros três apresentaram melhora das alterações funcionais. É possível que esse bom resultado seja consequência do aumento da frequência da realização dos exercícios da cartilha, visto que o recomendado era que fossem realizados de duas a três vezes/semana. Em função da grande demanda de pacientes, a maioria dos atendimentos da clínica acontece apenas uma vez/semana, de forma que o programa de alta

participativa otimizou o atendimento e, conseqüentemente, os ganhos funcionais.

Sabe-se que aumento da frequência de exercícios otimiza a aprendizagem motora, além de melhorar o ganho de força e o condicionamento aeróbico, contribuindo para a melhora funcional. O AVC pode causar sequelas motoras e sensoriais e prejudicar a independência funcional, trazendo impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Portanto, a fisioterapia é primordial no tratamento desses pacientes, por meio de programas de fortalecimento e condicionamento físico, que determinam ganhos de força, marcha, mobilidade e função. A *American Heart Association* recomenda que esses pacientes realizem atividades físicas regulares a fim de obterem melhora das funções cardiorrespiratória, motora e funcional (GORDON et al., 2010).

Entretanto, a grande demanda por atendimento assim como o alto custo financeiro da reabilitação, tanto para os pacientes quanto para os estabelecimentos de saúde, dificultam o acesso a esses programas. Dessa forma, programas educacionais que ensinem os pacientes a realizarem os exercícios em casa, de forma independente, são importantes e favoráveis do ponto de vista custo-benefício (SANTOS et al., 2012).

Na prática clínica, porém, em função da natureza da lesão, que pode determinar afasias e alterações cognitivas e de memória, além do baixo nível de escolaridade da maioria dos indivíduos acometidos, o que se observa é uma grande dificuldade dos pacientes se lembrarem da forma correta com que os exercícios devem ser executados (SANTOS et al., 2012). Nesse sentido, a presença de uma cartilha, contendo as fotos dos exercícios e uma explicação detalhada de cada um é fundamental para que o programa de alta participativa alcance os resultados almejados.

Na literatura, diversos autores propõem programas de exercícios domiciliares para pacientes com sequelas

de AVC. Em 2008, Duncan et al. implantaram um programa de exercícios domiciliares para pacientes com AVC leve e moderado três vezes/semana, durante oito semanas, e observaram melhora em membros inferiores. Olney et al., em 2006, compararam um programa de exercícios supervisionados com não supervisionados e observaram benefícios imediatos e após um ano em ambos os programas. Do mesmo modo, Mercer et al., em 2009, observaram que um programa de exercícios domiciliares melhorou a força, o desempenho físico e a capacidade funcional de pacientes com AVC crônico.

Além dos exercícios domiciliares, a cartilha que os pacientes receberam continha um componente educacional, com explicações acerca da doença em si, dos principais sintomas, das principais medicações utilizadas e orientações gerais, o que contribuiu para o bom resultado. Além disso, na elaboração da cartilha, foram utilizados exercícios que os pacientes já estavam acostumados a realizar no ambulatório, resultando em exercícios simples e de fácil compreensão, com textos e fotos claras e objetivas. Em cada exercício, foi explicado como realizar o movimento adequadamente e o número de repetições. Dessa forma, obteve-se uma cartilha aplicável e de fácil reprodução, englobando exercícios de alongamento, fortalecimento e treinamento de função, essenciais para a recuperação funcional.

É importante considerar que, após a alta do tratamento ambulatorial, a prescrição de exercícios domiciliares é uma prática frequente na fisioterapia, visto que pacientes que aderem a programas domiciliares mantêm os ganhos funcionais obtidos por um período mais prolongado, devido aos benefícios da prática regular de exercícios físicos. Sabe-se que os ganhos musculares obtidos em termos de força e resistência muscular são reversíveis com a interrupção da prática dos exercícios, de forma que é imprescindível a adesão às orientações prescritas pelo fisioterapeuta (PICORELLI et al., 2015).

A literatura preconiza uma taxa de adesão mínima de 80% a 85% para que os resultados das intervenções terapêuticas sejam satisfatórios (ILIFFE et al., 2010). Entretanto, a dificuldade na aderência ao tratamento e aos exercícios e recomendações domiciliares propostos é um fator importante que deve ser levado em consideração. Sabe-se que o baixo índice de adesão pode estar associado a fatores sociais como acessibilidade a medicamentos e relação médico-paciente, fatores individuais como comorbidades e perfil psicológico e fatores associados ao tratamento como a dificuldade no uso dos diferentes tipos de medicamentos indicados na terapia farmacológica. Dessa forma, inserir aspectos relacionados à educação dos pacientes pode contribuir para o aumento da adesão ao tratamento e melhora da qualidade de vida (FERNANDES et al., 2017). Orientações mais simples, incentivos motivacionais sobre o benefício dos exercícios físicos, cartilhas e telefonemas foram algumas dessas estratégias utilizadas durante esse estudo.

Além disso, umas das estratégias também utilizadas para aumentar a adesão dos pacientes ao programa de exercícios domiciliares foram as reavaliações periódicas e o contato telefônico para o acompanhamento do estado de saúde dos pacientes e para a verificar se os exercícios estavam sendo realizados. Nas reavaliações, eram verificados se os exercícios estavam sendo realizados de forma correta e eram retiradas eventuais dúvidas, além da realização do exame físico e testes funcionais. Tais recursos constituem uma alternativa de baixo custo e de maior conveniência em relação ao atendimento presencial, além de fácil empregabilidade (FACCHINETTI, 2013).

Além da oferta de novas vagas, o programa de alta participativa contendo exercícios domiciliares apresentou uma vantagem com relação às condições socioeconômicas do paciente tanto por conta da dificuldade financeira em se dirigir a um centro de reabilitação,

incluindo custos com transporte e alimentação e necessidade de acompanhantes, além de apresentar resultados positivos no que diz respeito ao comprometimento motor e funcionalidade. Sempre que possível, a reabilitação fisioterapêutica deve certificar-se de que o paciente realize os exercícios e, posteriormente, continue a realizá-los em casa, de forma autônoma, após instruções e orientações fornecidas pelo fisioterapeuta, visando sempre à continuidade do tratamento (KEUS et al., 2006; LOPES, 2010)

CONCLUSÃO

Com o programa de alta participativa, espera-se otimizar a recuperação funcional dos indivíduos inseridos, além de aumentar a entrada de novos pacientes para atendimento fisioterapêutico na clínica e incrementar a qualidade do serviço vivenciado pelos discentes.

Entretanto, para que o programa de alta participativa seja eficaz, é necessário que o paciente se comprometa a realizar os exercícios e as orientações propostos na cartilha durante todo o período de acompanhamento.

Cabe ressaltar que o processo de alta desses pacientes terá duração de aproximadamente 10 meses, período no qual serão submetidos a reavaliações periódicas para verificação contínua do quadro funcional. Nesse período, caso apresentem piora do quadro clínico, poderão, se necessário, retornar para o atendimento ambulatorial. Caso contrário, receberão alta definitiva ao final do programa.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1477, 2011.
- DANIELE, TM. O exercício físico como prevenção e tratamento da Doença Arterial Coronariana (DAC) em pacientes com

diabetes tipo 2: uma revisão. Cinergis, Santa Cruz do Sul, v. 15, n. 4, p.218-223, out. 2014.

DATASUS, 2013. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/component/search/?searchword=doen%C3%A7as%20cr%C3%B4nicas&searchphrase=all&Itemid=242>

DUNCAN, P et al. A randomized, controlled pilot study of a home-based exercise program for individuals with mild and moderate stroke. *Stroke*, Nova Iorque, v. 29, n. 10, p.2055-2060, out. 1998.

EMERY, CF et al. Neuropsychiatric function in chronic lung disease. The role of pulmonary rehabilitation. *Respiratory Care*, USA, v. 53, n. 9, p.1208-1219, set. 2008.

FACCHINETTI, LD. Os efeitos de um programa de exercícios domiciliares em pacientes com Paraparesia Espástica Tropical/Mielopatia Associada ao HTLV-1 (PET/MAH). Rio de Janeiro, 2013. 131 f. Tese [Doutorado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas] – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas.

FERNANDES, ABS et al. Implantação de um programa de alta participativa para pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Fisioterapia Ser*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.90-94, abr. 2017.

GORDON, NF et al. Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. *Circulation*, USA, v. 11, n. 6, p.2031-2041, abr. 2010.

ILIFFE, Steve et al. Multicentre cluster randomised trial comparing a community group exercise programme and home-based exercise with usual care for people aged 65 years and over in primary care. *Health Technology Assessment*, [s.l.], v. 18, n. 49, p.1-106, ago. 2014.

KEUS, S et al. The ParkNet trial: implementation of an evidence-based guideline for physical therapy in

Parkinson's disease. *Mov Disord*, Usa, v. 21, n. 13, p.122-122, jan. 2006.

LOPES, TM. Efeitos dos exercícios domiciliares em pacientes portadores de Doença de Parkinson / Tiaki Maki Lopes. Campinas, SP : [s.n.], 2010. Orientador : Elizabeth Maria Aparecida Barasnevicus Quagliato Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

MERCER, Vs et al. Effects of an Exercise Program to Increase Hip Abductor Muscle Strength and Improve Lateral Stability Following Stroke: A Single Subject Design. *J Geriatr Phys Ther*, USA, v. 32, n. 2, p.6-15, jan. 2009.

OLNEY, SJ. et al. A Randomized Controlled Trial of Supervised Versus Unsupervised Exercise Programs for Ambulatory Stroke Survivors. *Stroke*, [s.l.], v. 37, n. 2, p.476-481, 12 jan. 2006. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

PICORELLI, AMA et al. Adesão de idosas a um programa de exercícios domiciliares pós-treinamento ambulatorial. *Fisioter Pesq*, São Paulo, v. 22, n. 3, p.291-308, jul. 2015.

SANTOS, AMB et al. Elaboração de um manual ilustrado de exercícios domiciliares para pacientes com hemiparesia secundária ao acidente vascular encefálico (AVE). *Fisioterapia e Pesquisa*, [s.l.], v. 19, n. 1, p.02-07, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO).

WHO. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/bloomberg-WHO-Ambassador-Noncommunicable-Diseases/en/>. 2016.

Contato:

Nome: Alba Barros Souza Fernandes
e-mail: alba.fernandes@gmail.com

Apoio financeiro: PIEx – Plano de Incentivo à Extensão do UNIFESO