

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM SEQUELA DE AVE – Estudo de Caso

ALVES, Elioenai Dornelles¹
MENDES, Hélder Fonseca².

RESUMO

Introdução: A educação e promoção de saúde se fazem garantindo conhecimentos, aptidões e oportunidades às pessoas para que elas possam tomar decisões e ter atitudes que melhorem suas condições de saúde. O treinamento para promoção de saúde de pacientes com seqüelas de AVE (Acidente Vascular Encefálico) e cuidadores de pacientes com seqüelas de AVE, pode contribuir para melhorar a qualidade de vida e promover o autocuidado. **Métodos:** Foram feitos estudos de caso com cinco pacientes e seus respectivos cuidadores. Os pacientes responderam ao Índice Funcional de Barthel e os cuidadores a um questionário de conhecimentos a respeito da patologia e participaram de encontros semanais no Hospital Regional de Planaltina, onde foram respondidas suas dúvidas, receberam treinamento e orientações de acordo com o tema proposto para cada reunião e as principais necessidades dos pacientes. **Resultados:** Quatro pacientes concluíram o estudo. Observamos que todos tiveram melhora no seu estado funcional. O Índice de Barthel inicial médio foi de 52,5 e o final de 85,0 pontos. Os cuidadores se mostraram dispostos a participar do processo de reabilitação dos pacientes apesar de não terem conhecimentos prévios a respeito da doença. **Conclusão:** Concluimos que os dados apresentados mostram a relevância da educação e da promoção de saúde como estratégias para a reabilitação de pacientes com seqüela de AVE.

Descritores: Fisioterapia – Educação – Promoção

ABSTRACT

Introduction: The education and promotion of health she make guaranteeing knowledge, aptitudes and opportunities to the people so that they can make decisions and to have attitudes that improve your conditions of health. The training for promotion of patients' health with sequels of BIRD (it Alters Vascular Encefálico) and patients' caretakers with sequels of BIRD, it can contribute to improve the life quality and to promote the solemnity-care. **Methods:** They were made case studies with five patient and your respective caretakers. The patients answered to the Functional Index of Barthel and the caretakers to a questionnaire of knowledge regarding the pathology and they participated of weekly encounters in the Regional Hospital of Planaltina, where they were answered your doubts, they received training and orientations in agreement with the theme proposed for each meeting and the patients' main needs. **Results:** Four patients concluded the study. We observed that all had it gets better in your functional state. The Index of medium initial Barthel was of 52,5 and the end of 85,0 points. The caretakers were shown disposed to participate in the process of the patients' rehabilitation in spite of they have not previous knowledge regarding the disease. **Conclusion:** We concluded that the presented data show

¹ Professor Adjunto, Coordenador do Núcleo de Estudos em Educação, Promoção da Saúde e Projetos Inclusivos – NESPROM, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM – UnB. elioenai@unb.br

² Fisioterapeuta, Especialista em Educação e Promoção da Saúde. heldermendes@brturbo.com.br

the relevance of the education and of the promotion of health as strategies for the patients' rehabilitation with sequel of BIRD.

Descritores: Physiotherapy - Education - Promotion

INTRODUÇÃO

O SAMED, Serviço de Atendimento Multiprofissional em Domicílio, é um programa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, vinculado ao NAMID, Núcleo de Atenção Médica a Internados em Domicílio, que visa desospitalizar pacientes crônicos, prevenindo infecções, diminuindo custos e permitindo maior contato do paciente com a família, o que aumenta sua auto-estima e, conseqüentemente, sua imunidade e disposição para o tratamento.

Dentre os pacientes atendidos por este programa, chama a atenção aqueles com seqüelas de AVE – Acidente Vascular Encefálico, pois em sua maioria são pacientes com bom prognóstico para AVD's e AIVD's (Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária), mas, devido à falta de tratamento e orientação adequados, não desenvolvem seu potencial e ficam marginalizados, sem conseguir desempenhar atividades, dependentes em tudo, ou quase tudo, de suas famílias.

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma síndrome neurológica que, seja por isquemia ou por hemorragia, causa lesão do tecido encefálico. A hemiplegia é o sinal mais óbvio, mas outros sintomas podem estar presentes. Em geral após a fase aguda da lesão, restam disfunções crônicas, responsáveis por dependência nas AVD's e AIVD's. Muitas destas disfunções podem ser resolvidas ou amenizadas se o paciente se submete a programa adequado de reabilitação¹.

A reabilitação, mais do que a interrupção de um processo patológico, é também a prevenção da incapacidade total, depois que as alterações crônicas estão mais ou menos estabilizadas. Tem como principal objetivo recolocar o individuo afetado em uma posição útil na sociedade, com a máxima utilização de sua capacidade restante e reduzir o peso que representaria para a família e a comunidade o paciente irremediavelmente inválido e psicologicamente desajustado⁵.

É consenso entre epidemiologistas e sanitaristas a importância da participação do cidadão nas decisões sobre os rumos que sua saúde deve tomar². A promoção da saúde, que envolve a participação da comunidade, levando em conta seus conhecimentos intrínsecos e respeitando suas características sócio-culturais, se faz garantindo conhecimentos, aptidões e oportunidades às pessoas para que elas possam então tomar decisões e ter atitudes saudáveis³. Para tanto é necessária a criação de estratégias que ofereçam os recursos necessários para que se alcancem os objetivos, através de ações da população, dos serviços de saúde, de autoridades sanitárias e outras instituições públicas ou privadas, buscando melhores condições de saúde individual e coletiva⁴.

Dados sobre o acesso das pessoas aos serviços de saúde não permitem evidenciar o cumprimento dos preceitos constitucionais de universalidade e equidade⁶. Faz-se necessário a estruturação de modelos de atenção à saúde em que a assistência ao indivíduo se subordine a estes preceitos e realize efetivamente ações de promoção e proteção à saúde, atingindo a satisfação social desejada com o serviço oferecido.

Parece-nos que um modelo focado na educação e na promoção de saúde entre os pacientes e seus cuidadores, onde estes são orientados e treinados a como realizar as atividades prescritas pelo fisioterapeuta pode viabilizar melhorias na qualidade de vida e independência dos pacientes e ser aplicado a um maior número de pacientes com resultados satisfatórios.

Assim, o objetivo desta pesquisa é avaliar se o treinamento para promoção de saúde de pacientes com seqüelas de AVE e cuidadores de pacientes com seqüela de AVE para promoção de saúde pode viabilizar estratégias que contribuam para melhorar a qualidade de vida e promover o autocuidado.

MÉTODO

Foram feitos estudos de caso com pacientes e seus respectivos cuidadores, atendidos pelo SAMED do Hospital Regional de Planaltina-DF. Cada paciente recebeu uma visita inicial, em domicílio, onde foi avaliado conforme o roteiro de anamnese da unidade, respondeu ao questionário de índice funcional de Barthel (Anexo 1) e o cuidador respondeu ao questionário de conhecimentos a respeito da patologia (Anexo 2). Após a visita inicial,

em domicílio, foram marcados três encontros semanais com os cuidadores, foi feita a prescrição de exercícios, treino e orientações.

Os encontros foram realizados no Hospital Regional de Planaltina, onde eram respondidas perguntas feitas pelos cuidadores e estes recebiam orientações de acordo com o tema proposto para cada reunião e as principais necessidades dos pacientes, definidas após a avaliação.

O índice de Barthel foi selecionado por ser uma medida simples para medir incapacidades e ter validade e confiabilidade excelentes¹. Ao final do programa, os pacientes receberam nova visita em domicílio, onde responderam novamente ao Índice de Barthel para avaliar o grau de capacitação dos cuidadores.

Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos com diagnóstico de AVE, residentes em Planaltina-DF, que tenham sido considerados conscientes e orientados após avaliação médica.

Os pacientes e os cuidadores tiveram de assinar termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3). A pesquisa foi aprovada pelas comissões de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina/UnB (anexo 4) e FEPECS/SES-DF (anexo 5).

Foram excluídos pacientes que sofreram AVE há mais de dois anos, pacientes com contra indicação médica para reabilitação e aqueles cujos cuidadores faltaram a mais de um dos encontros agendados.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada entre novembro de 2004 e janeiro de 2005. Foram selecionados cinco pacientes inscritos no SAMED, considerados conscientes e orientados após avaliação médica e encaminhados ao serviço de fisioterapia. Um dos pacientes foi excluído pois o cuidador faltou a dois encontros. Quatro completaram o estudo. São três homens e uma mulher, identificados como Paciente 1, Paciente 2, Paciente 3 e Paciente 4, com idade média de 75,33 anos, sendo a máxima de 78 e mínima de 74 anos. O tempo médio decorrido desde a ocorrência do AVE foi de 9,3 meses, variando de 4 a 18 meses. As características dos pacientes podem ser vistas no quadro 1.

Quadro 1 – Características dos Pacientes

	Sexo	Idade	Principal Seqüela
Paciente 1	Masculino	74	Hemiplegia E
Paciente 2	Masculino	74	Hemiplegia E
Paciente 3	Masculino	78	Hemiplegia D
Paciente 4	Masculino	74	Hemiplegia D

Participaram ainda três cuidadores, aqui identificados como C1, C2 e C3. Suas características se encontram no quadro 2

Quadro 2 – Características dos Cuidadores

	Idade	Sexo	Parentesco	Mora com o Paciente?	Escolaridade	Paciente
C1	68	F	Esposa	Sim	Ens. Básico	Paciente 1
C2	55	F	Esposa	Sim	Ens. Fund.	Paciente 2
C3	41	F	Filha	Passou a morar após a Doença	Ens. Médio	Paciente 3 Paciente 4

Os cuidadores foram incapazes de dizer a causa do Acidente Vascular Encefálico que acometeu o paciente pelo qual se responsabilizavam. Todos identificaram a doença como derrame e apenas a cuidadora dos pacientes 3 e 4 se referiu a ela como Acidente Vascular Cerebral. Mesmo assim foi incapaz de dizer qual a causa do AVE nos pacientes pelos quais se responsabiliza. Somente a cuidadora do paciente 1 foi capaz de citar algum fator de risco para o “Derrame”. Quadro 3

Quadro 3 – Questionário de conhecimentos gerais sobre a patologia.

	Nome da Doença	Causa	Fatores de risco	Atitude com Paciente	Há chance de melhora
C1	Derrame	Não Sabe	Cigarro	Protecionista	Sim
C2	Derrame	Não Sabe	Não Sabe	Protecionista	Sim
C3	Derrame/AVC	Não Sabe	Não Sabe	Protecionista	Sim

Foram realizados três encontros com cada cuidador onde este recebia explicações sobre os objetivos da reabilitação e sobre cada exercício a ser executado. Os exercícios eram demonstrados pelo fisioterapeuta. Logo após o cuidador os realizava e era corrigido quando necessário.

De acordo com a avaliação feita e os objetivos traçados para a reabilitação dos pacientes o primeiro encontro teve por objetivo ensinar como manter a Amplitude de

Movimento (ADM) e como estimular as AVD's. O segundo era voltada para o estímulo à sensibilidade cutânea e à facilitação neuromuscular. O foco do terceiro foram aspectos facilitadores da marcha, treino de passagem de postura e ganho de força muscular.

Com relação ao índice de Barthel, a pontuação média inicial foi de 52,5 pontos com mínima e máxima de 30 e 80 pontos respectivamente. Na avaliação final a média foi de 85,0 pontos, com mínima de 80 e máxima de 95 pontos (Quadro 4).

Quadro 4 – Índice Funcional de Barthel.

Paciente	Barthel Inicial	Barthel Final
Paciente 1	40	95
Paciente 2	30	80
Paciente 3	80	85
Paciente 4	60	80

“Os cuidadores demonstraram interesse em participar dos encontros, como pode ser explicitado na frase ditas por C1:” Ah! “Isso vai ser muito importante, vou passar tudo para o povo lá em casa.”; e C2: “Não, é certo. O bom é assim! Tem que ser assim mesmo.”. E segundo informações destes, os pacientes se mostraram dispostos a realizar as atividades sugeridas. C1 disse: “Ah! Ele gosta de fazer. Fica ansioso para andar”.; C2 emite sua opinião: “ Faz direto. Quando a gente faz fé ele tá lá na cozinha... Fazendo.” .

Também se mostraram satisfeitos com os resultados alcançados, como C2 disse: “ Depois que você foi lá, a recuperação dele foi sempre aumentando”.; C1 afirmou: “Nossa, melhorou demais. Se vê, antes ele nem saía da cama e já andou direto, nunca nem precisou de cadeira de rodas”

Durante os encontros, era solicitado aos cuidadores que demonstrassem os exercícios ensinados no encontro anterior. Eles se mostravam inseguros, mas realizavam os exercícios de forma satisfatória. Os cuidadores citaram como maiores dificuldades a falta de material didático. C3 explicou: “Sabe o que ia ser bom? Se tivesse assim... uma folha com foto dos exercícios”; houve dificuldade para encontrar alguém que cuidasse do paciente durante sua ausência. Como C2 disse: “desculpa o atraso, mas foi uma luta encontrar quem cuidasse dele pra eu poder vim”; e encontraram dificuldade para custear a passagem para se deslocar até o Hospital Regional de Planaltina, onde foram realizados os

encontros. C1 explicou: “Só se vendo, tenho que junta uns trocos aqui e acolá pra conseguir o da passagem”.

Os exercícios práticos realizados durante os encontros foram citados como aspecto facilitador do aprendizado, como C3 disse: “Assim, né? Agora eu peguei o jeito, deixa eu vê agora.”.

DISCUSSÃO

Os avanços no tratamento do AVE têm aumentado a sobrevivência e diminuído a institucionalização destes pacientes e, assim, aumento do número de pessoas com limitação nas AVD's vivendo em casa e recebendo suporte de cuidadores ou membro da família⁷, que sentem-se destreinados, pouco informados e insatisfeitos com a atenção dispensada a eles pelos serviços de saúde após a alta hospitalar^{8,9}.

A estratégia de tratamento implementada neste estudo é a reabilitação de pacientes com seqüelas de AVE a partir da educação e da promoção de saúde. O envolvimento dos pacientes e seus familiares no processo de reabilitação têm sido identificados como característica presente nos programas de reabilitação que se mostraram efetivos¹⁰. Vários autores^{1, 11, 12} citam a reabilitação como tratamento necessário ao portador de seqüelas de AVE e o emprego de atendimento baseado na comunidade como alternativa ao atendimento ambulatorial tem sido crescente nos cuidados com a saúde¹³.

A OMS¹⁴ considera o autocuidado parte necessária no tratamento de condições crônicas. Nossa estratégia de reabilitação estimulou os pacientes e cuidadores a realizarem ações que visavam melhorar a qualidade de vida do paciente, como pode ser visto na frase de C2 **“Faz direto. Quando a gente faz fé, ele tá lá na cozinha fazendo”**.

Com relação aos aspectos abordados nos encontros com os cuidadores a manutenção da amplitude de movimento e o estímulo às atividades da vida diária são considerados itens fundamentais. Dos aspectos de um programa de reabilitação, o início precoce da mobilização e o estímulo às AVD's parecem ser os mais importantes¹⁰.

Para Duncan¹⁵, os programas de reabilitação para pacientes com sequelas de AVE deve ter entre seus principais objetivos o treino de atividades funcionais, como vestir-se, banhar-se, alimentar-se. Embora estudos mostrem que 58% dos pacientes recuperem a independência nas AVD's e que 30 a 60% recuperem a função do braço¹⁶, todos os nossos pacientes tiveram melhora na avaliação do seu índice de estado funcional (Tabela 4).

Nossos resultados corroboram o que diz Kalra (2004) para quem o treino de cuidadores em habilidades básicas para mobilização e facilitação de Atividades da Vida Diária melhora a independência dos pacientes.

Entre os problemas citados pelos cuidadores durante o estudo, está a dificuldade em se locomover até o hospital e em encontrar quem cuide do paciente durante sua ausência. Dentro de um programa ambulatorial de reabilitação, os cuidadores teriam dificuldade no transporte do paciente até a unidade de atendimento. Assim, um modelo de reabilitação em que não se faça necessário o deslocamento do paciente até uma unidade de atendimento é atraente. Em concordância com isto, Holmqvist¹⁷ mostrou que o tratamento em domicílio tem melhor custo benefício, é mais seguro e aceitável para o paciente e sua família, tem o potencial de diminuir infecções hospitalares, estresse pela longa hospitalização e as viagens para clínicas de reabilitação^{18, 19}.

Um dado preocupante extraído deste estudo é o pouco conhecimento que as famílias têm a respeito da doença que acomete os pacientes (tabela 3). Em alguns estudos^{8, 9, 20} os cuidadores se dizem desinformados e despreparados, porém, o fato de dar-lhes suporte permite que ofereçam melhores cuidados ao paciente vítima de AVE, aceitem melhor a situação e sintam-se úteis²¹.

Concluimos que os dados apresentados mostram a relevância da educação e da promoção de saúde como estratégias para a reabilitação de pacientes com sequela de AVE.

A disponibilização de informações e a educação, assim como o treinamento dos que convivem com o paciente é uma forma efetiva de estimular o autocuidado e contribuir para aumentar a independência do paciente.

Ao atender o paciente em casa e tornar necessário apenas o deslocamento do cuidador até o hospital, a estratégia adotada traz facilidades para os pacientes e seus cuidadores ao evitar a necessidade de transporte do paciente para a reabilitação.

Por se tratar de um estudo de caso, realizamos uma análise qualitativa dos dados. Como a evidência dos estudos de eficiência dos programas de reabilitação é limitada¹, futuros estudos devem buscar dados quantitativos para esta prática e avaliar o impacto desta estratégia sobre a saúde dos cuidadores.

BIBLIOGRAFIA

1. Umphred, DA.; Reabilitação neurológica. Rio de Janeiro: Manole, 2004
 2. Pereira, MG.; Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
 3. Polônia, AC. Alves, ED. Ações educativas em saúde: repensando paradigmas. Adolescentes: pensando juntos – manual do facilitador. Brasília (DF), SES/DF, 2003, p.215-225.
 4. Brasil, Ministério da Saúde, CEAD/UnB. Curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Brasília, 1998.
 5. Leavell, RH & Clark, EG.; Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
 6. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca – Manual da Conferência. Brasília, 2003.
 7. Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population based assessment of the impact and burden of care-giving for long-term stroke survivors. Stroke 1995;26:843-9.
 8. Kalra A, et al. Training Carers os stroke patients: randomised controlled trial. BMJ 2004;328:1099.
 9. Wellwood I, Dennis MS, Warlow CP. Patients and carers satisfaction with acute stroke manegement. Age Ageing 1995; 24:519-24.
 10. Indredavik B, et al. Treatment in a combinate Acute and Rehabilitation Stroke Unit: Which Aspects Are Most Important? Stroke. 1999;30:917-923.
 11. Baskett, JJ. Shared responsibility for ongoing rehabilitation: a new approach to home-based therapy after stroke.Clin Rehabil. 1999;13(1):23-33.
 12. von Koch L, Wottrich AW, Holmqvist LW. .Rehabilitation in the home versus the hospital: the importance of context. : Disabil Rehabil. 1998;20(10):367-72
 13. Hiffe S. Hospital at Home: an uncertain future.: BMJ 1996; 12:923-924.
 14. Garcia, P.; A step in the development of city health profiles, OMS, 2000
 15. Duncan, P et al.; Randomized, Controlled pilot study of a home-based exercise program for individuals with mild an moderate stroke. Stroke. 1998;29:2055-2060.
- Garcia, P.; A step in the development of city health profiles, OMS, 2000
16. Heller A, Wade DT, et al: Arm function after stroke: Measurement and recovery over the first three months. J Neurol Neuro Surg Psychiatry 50:714, 1989.

17. Holmqvist LW et al. A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Stroke*. 1998; 29:S91-S97.
18. Rodgers J et al. Early supported hospital discharge following acute stroke: pilot study results. *Clin Rehabil*. 1997;11:280-287.
19. Anderson, C et al. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized Controlled trial. *Stroke*. 2000;31:1024-1031.
20. Simon C, Kendrick T. Community provision for informal live-in carers of stroke patients. *Br J Community Nurs* 2002; 7:292-8.
21. Talbot LR, et al. Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004, 2:53.