

Nível de independência funcional de pacientes após acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de reabilitação

Level of functional independence of patients after stroke assisted by a multidisciplinary team in a rehabilitation unit

Karina Ayumi Martins Utida¹, Adriane Pires Batiston², Laís Alves de Souza²

RESUMO

Objetivo: Analisar a recuperação funcional de pacientes após AVC atendidos por equipe multiprofissional em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e identificar fatores associados aos ganhos de funcionalidade. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal com dados secundários de 34 pacientes atendidos no período de um ano em unidade de reabilitação, em que a atuação da equipe se dá em caráter integral e de forma humanizada, visando promover ganhos de funcionalidade e resgate da autonomia. Foram investigados os prontuários quanto aos dados sociodemográficos, hábitos de vida, tipo de AVC, tempo de internação e nível de independência funcional de admissão e alta, com base no Índice de Barthel. **Resultados:** A maior parte dos pacientes, na admissão, apresentava dependência total ou grave (55,9%), e na alta, a maior parte dos pacientes apresentava dependência leve ou independência total (55,9%). Em relação à dependência total, houve uma diminuição significativa no percentual de pacientes com esse grau de dependência ($p < 0,001$). Não houve relação entre o ganho de funcionalidade e as variáveis estudadas. **Conclusão:** Os resultados mostraram que o programa de reabilitação proposto trouxe um desfecho positivo sobre a funcionalidade e que os ganhos de funcionalidade não apresentaram associação com as variáveis estudadas.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde, Acidente Vascular Cerebral, Atividades Cotidianas, Reabilitação

ABSTRACT

Objective: Evaluating the functional recovery of stroke patients assisted by multidisciplinary team in a Continuous Care Unit (UCCI) and identifying factors associated with the functionality gains. **Methods:** It is a cross-sectional study using secondary data from 34 patients assisted during one year in a rehabilitation unit, in which the team works in a comprehensive and humane way, providing functionality gains and rescuing autonomy. The medical records were investigated for sociodemographic data, lifestyle, type of stroke, duration of hospitalization and level of functional independence at the time of admission and of discharge based on the Barthel Index. **Results:** Most of the patients at admission presented whole or severe dependence (55.9%); at discharge, most patients presented mild dependence or full independence (55.9%). About total dependence, there was a significant decrease in the percentage of patients with such degree of dependence ($p < 0.001$). No relationship was observed between the functionality gain and the variables studied. **Conclusion:** The results showed that the proposed rehabilitation program has brought a positive outcome on functionality and the functionality gains were not associated with the variables studied.

Keywords: Comprehensive Health Care, Stroke, Activities of Daily Living, Rehabilitation

¹ Fisioterapeuta, Mestranda da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

² Fisioterapeuta, Professora Doutora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Endereço para correspondência:
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Adriane Pires Batiston
Rua Robert Spengler, 69
CEP 79004-070
Campo Grande - MS
E-mail: apbatiston@hotmail.com

Recebido em 15 de Junho de 2016.
Aceito em 21 de Setembro de 2016.

DOI: 10.5935/0104-7795.20160021

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) destaca-se como segunda causa de morte no mundo e tem tendência a manter essa posição até 2030.¹ Pode ocorrer em todas as idades, incapacitando pessoas ainda em idade produtiva, promovendo a diminuição da força de trabalho e aumentando gastos previdenciários. Em pessoas com mais de 55 anos, a incidência aumenta a cada década de vida, com sequelas mais graves e maior taxa de mortalidade.² O aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento populacional associado ao desenvolvimento de tecnologia na área da saúde resultaram no aumento da sobrevivência de pessoas que sofrem AVC. Assim, maior número de pessoas retorna, após internação, para o convívio em sociedade com incapacidades funcionais e dependência de cuidados de terceiros para realizar atividades de vida diária (AVDs).^{3,4}

O AVC é causado por alteração da circulação cerebral e ocasiona déficit transitório ou definitivo no funcionamento de uma ou mais áreas do cérebro, resultando em perdas de função neurológica,⁵ tais como distúrbios de movimento, de equilíbrio, de coordenação motora, de comportamento, de linguagem, de sensibilidade, de controle de esfínteres, de deglutição e déficits visuais.⁶ Como consequência, compromete a autoestima e autoimagem do indivíduo e sua interação com a família e com a sociedade,⁷ o que acarreta a diminuição do nível de independência funcional.⁸

O nível de independência funcional depende de condições motoras e cognitivas satisfatórias para o desempenho das AVDs e tem relação com os desafios do próprio ambiente.⁹ Segundo Badriah et al.¹⁰ o nível de independência funcional de pacientes com AVC depende não apenas do início da reabilitação em tempo oportuno, ainda durante a internação, mas também da efetividade da reabilitação após a alta, que dependerá de encaminhamentos para continuidade do cuidado.

Estamos vivenciando um período de transição paradigmática do modelo de atenção biomédica para o modelo biopsicossocial,¹¹ caracterizado pela mudança das demandas de cuidado, o que exige uma revisão do papel tradicionalmente atribuído e exercido pelos profissionais de saúde. O cuidado fragmentado, oferecido por profissionais em ações isoladas, já não é resolutivo. São exigidas mudanças no modo de conceber e organizar o trabalho multiprofissional em equipe, em reação às consequências da forte especialização e do parcelamento das intervenções, visando alcançar/atingir atenção

integral com desenvolvimento da autonomia e da qualidade de vida do paciente.¹²

Por tratar-se de um problema que pode acarretar sequelas graves, levando à dependência para realização das AVDs, é de suma importância a investigação das características individuais dos pacientes que sofreram AVC, considerando que estas podem influenciar no desenvolvimento da funcionalidade. É indispensável que se avalie o nível de independência funcional e se os cuidados pautados na integralidade, oferecidos por uma equipe multiprofissional, trazem influências positivas na recuperação.

OBJETIVO

Analisar a recuperação funcional de pacientes com diagnóstico de AVC atendidos por equipe multiprofissional em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) como resultado de abordagem terapêutica diferenciada.

MÉTODOS

O estudo foi realizado em uma UCCI, implantada em um hospital de retaguarda, no município de Campo Grande, estado de Mato Grosso do Sul. Trata-se de um estudo transversal com dados secundários que buscou analisar a recuperação funcional de pacientes com diagnóstico de AVC.

Essa UCCI, implantada em Campo Grande/MS em outubro de 2013, é um centro de reabilitação que dá continuidade ao tratamento, no período pós-alta, de serviços de alta complexidade. Fornece atendimento multiprofissional dirigido a pessoas em situação de dependência, com o objetivo de melhorar o acesso do cidadão em situação de fragilidade às ações de reabilitação, promover a funcionalidade, prevenir e reduzir as incapacidades, contribuindo para a qualidade de vida. Inicialmente, a UCCI contava com profissionais de medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, serviço social e enfermagem. Em 2014, foi implantado um programa de residência multiprofissional, e os pacientes passaram a receber adicionalmente atendimentos em psicologia e farmácia.

A centralidade do cuidado é o trabalho em equipe, tendo como condutor o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que nada mais é que um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultado da discussão coletiva entre a equipe multiprofissional, o paciente e

a família/cuidador.¹³ Na construção do PTS, a equipe, a família/cuidador e o paciente pactuam um período de internação, que pode chegar a, no máximo, 60 dias, a depender do quadro funcional, situação psicossocial e demais demandas estabelecidas, com o objetivo de proporcionar uma alta programada e organizada, realizada por meio de orientação aos pacientes e familiares, reforçando a autonomia do sujeito e a articulação da continuidade do cuidado com as redes de atenção à saúde.¹⁴

O programa de reabilitação é delineado de acordo com as necessidades de cada paciente, contando com atendimentos diários de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia clínica, serviço social e psicologia, além de atendimentos de terapia ocupacional, fonoaudiologia e tratamento odontológico, que ocorrem duas vezes por semana, se houver necessidade. Ademais, a equipe oferece orientações básicas para o cuidado ainda dentro do ambiente hospitalar, apoiando sua continuidade em domicílio.

Para a identificação dos pacientes que compuseram a amostra, foi gerada uma lista de pacientes internados no período de março de 2014 a março de 2015 por meio do sistema de internação do hospital, quando foram detectados os pacientes com AVC a partir da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 "I61" (Hemorragia intracerebral), "I63" (Infarto cerebral) e "I64" (Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico). Foram investigados os prontuários quanto aos dados sociodemográficos, hábitos de vida, tipo de AVC, tempo de internação e escores de admissão e alta no Índice de Barthel (IB).

O IB faz parte do protocolo de avaliação da equipe e é aplicado no momento da admissão e alta de todos os pacientes. Por meio desse instrumento, avalia-se o nível de independência nas AVDs nos âmbitos alimentação, higiene pessoal, uso de sanitários, banho, vestir e despir, controle de esfínteres, deambulação, transferência da cadeira para cama e subir e descer escadas. Em sua versão original, ele é pontuado de acordo com o desempenho em realizar atividades de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente, a depender do tempo e da assistência necessária, em uma escala que varia de 0 a 100, sendo que 0 corresponde à máxima dependência e 100 à independência total.¹⁵ Neste estudo, seguimos a classificação proposta por Souza et al.¹⁶ em que uma pontuação menor que 20 corresponde à dependência total, de 20 a 35 pontos à dependência grave, de 40 a 55 pontos à dependência moderada, de 60

a 95 à dependência leve e 100 pontos para independência total. Mahoney & Barthel¹⁵ apontam como objetivos da escala: quantificar e monitorar o nível de independência dos indivíduos. O IB é de fácil aplicação, de baixo custo, pode ser repetido periodicamente e necessita de pouco tempo para preenchimento, sendo amplamente utilizado, especialmente em ambiente hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação. Além disso, é considerado o instrumento mais adequado para avaliar o nível de comprometimento para a realização das AVDs.¹⁷

Foram incluídos todos os pacientes admitidos na UCCI no período citado, com necessidade de continuidade no processo de reabilitação após AVC, e excluídos os que tiveram dados insuficientes no prontuário e que não completaram o tempo de internação pactuado e tiveram, portanto, alta hospitalar solicitada.

O projeto de pesquisa referente a este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o protocolo número 1.045.234, e todos os critérios éticos da pesquisa foram respeitados.

Análise dos dados

A avaliação da associação entre a gravidade da dependência, pelo IB, e o momento da avaliação foi realizada por meio do teste de McNemar. A comparação entre o momento da admissão hospitalar e o momento da alta, em relação aos escores parciais em cada item e o escore total, do IB, foi realizada por meio do teste de Wicoxon, uma vez que as amostras não passaram no teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Finalmente, a comparação entre as variações da faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, hábitos de vida e tipo de AVC, em relação ao ganho no IB, entre a admissão hospitalar e a alta, foi realizada por meio do teste de Kruskal-Wallis (estado civil) ou por meio do teste de Mann-Whitney (demais variáveis). Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráficos. A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico SigmaPlot, versão 12.5, considerando um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

De março de 2014 a março de 2015, 36 pacientes com diagnóstico de AVC foram admitidos na UCCI. Dois foram excluídos do estudo por terem solicitado alta antes de cumprir o

tempo de internação pactuado com a equipe. Por fim, foram analisados os prontuários de 34 pacientes, com idade variando entre 20 e 86 anos, sendo a idade média de 56,62±2,66 anos (média ± erro padrão da média).

A distribuição dos pacientes de acordo com as características sociodemográficas, hábitos de vida, tipo de AVC e tempo de internação está apresentada na Tabela 1. De forma geral, a maior parte dos pacientes tinha mais de 40 anos de idade (82,4%) e era do sexo feminino (52,9%). Quase a metade dos pacientes era casada ou estava em uma união estável (47,1%). A maioria dos pacientes apresentou ensino médio completo ou incompleto (73,5%), sendo que 41,2% eram aposentados. A maior parte dos avaliados neste estudo referiu possuir renda familiar de 1 salário mínimo (52,9%), não ser tabagista (73,5%) nem etilista (85,3%) e ser sedentária (97,1%). Em relação ao tipo de AVC que os pacientes sofreram, 94,1% foi do tipo isquêmico. O período de internação variou entre 15 e 60 dias, perfazendo um tempo médio de 32,15 ± 1,84 dias, sendo que 55,9% deles ficaram internados entre 16 e 30 dias.

Na Figura 1, está apresentada a distribuição dos pacientes de acordo com o grau de dependência, avaliado pelo IB, na admissão e no momento da alta hospitalar. A maior parte dos pacientes na admissão apresentava dependência total ou grave (55,9%), sendo que na alta, a maior parte dos pacientes apresentava dependência leve ou independência total (55,9%). Especificamente em relação à dependência total, houve diminuição significativa no percentual de pacientes com esse grau de dependência, entre a admissão e a alta (teste de McNemar, $p = 0,002$).

Os resultados referentes aos escores em cada item que compõe o IB, bem como o Índice total, no momento da admissão hospitalar e no momento da alta, estão apresentados na Tabela 2. Com exceção do item banho, os escores de todos os demais itens que compõem o IB aumentaram significativamente entre o momento da admissão e da alta (teste de Wilcoxon, valor de p variando entre $< 0,001$ e $0,005$). O mesmo foi observado em relação ao índice total, que passou de 36,47 ± 5,75 pontos na admissão, para 61,18 ± 5,04 pontos na alta ($p < 0,001$). De forma geral, houve um ganho médio no IB, entre a admissão e a alta hospitalar, de 24,71 ± 3,70 pontos.

Não houve relação entre o ganho no IB, entre a admissão e a alta hospitalar e as variáveis faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, hábitos de vida e tipo de AVC (teste de Kruskal-Wallis ou teste de Mann-Whitney, valor de p variando entre

0,315 e 0,691). Esses resultados estão apresentados na Tabela 3.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo, a ferramenta utilizada pela equipe da UCCI tanto para monitorar o nível de independência funcional dos pacientes como para guiar o projeto terapêutico é o IB. O IB é uma escala de avaliação de comprometimento neurológico com evidências de confiabilidade e de boa aplicabilidade na população brasileira.¹⁸ A escolha desse instrumento vem ao encontro dos objetivos da equipe, que busca adotar medidas efetivas e apropriadas para possibilitar ao paciente com dependência funcional a conquista e conservação da máxima autonomia e capacidade funcional possível, bem como sua inclusão e participação social. Por intermédio da avaliação pelo IB, nossos resultados demonstraram que quase a totalidade dos avaliados apresentava algum grau de dependência funcional quando admitidos (94,1%). Em estudo semelhante a este, foi encontrado algum tipo de dependência em 76% dos pacientes em fase subaguda de AVC, e, após reabilitação física, 54% ainda permaneceram dependentes de cuidados.¹⁶ Outros estudos demonstraram índices maiores de indivíduos com dependência grave e total, também em fase subaguda de AVC, que variaram de 78 a 100%,^{3,19} o que confirma as implicações funcionais dessa patologia e a necessidade da continuidade do cuidado, visando o alcance de maior autonomia.

Considerando que o AVC é um evento inesperado na vida do paciente e daqueles que conformam sua rede social, o protagonismo familiar na prestação de cuidados torna-se evidente.²⁰ Por esse motivo, desde a admissão, a equipe multiprofissional da UCCI encoraja a participação do familiar/cuidador nas terapias de reabilitação, na assistência à alimentação e ao banho, na administração de medicamentos, entre outros, e fornece orientações básicas, com o objetivo de prepará-los para a continuidade do cuidado no domicílio. Considerando que a presença do familiar no papel de cuidador tem efeito catalisador na recuperação do paciente com AVC,²¹ a inclusão do mesmo no planejamento e execução das ações de reabilitação tem papel fundamental visando os melhores resultados possíveis quanto à recuperação funcional e inserção social.

Com relação a cada item que compõe o IB, os pacientes obtiveram ganhos de funcionalidade significativos entre a admissão e a alta, o que é condizente com a descrição de outros

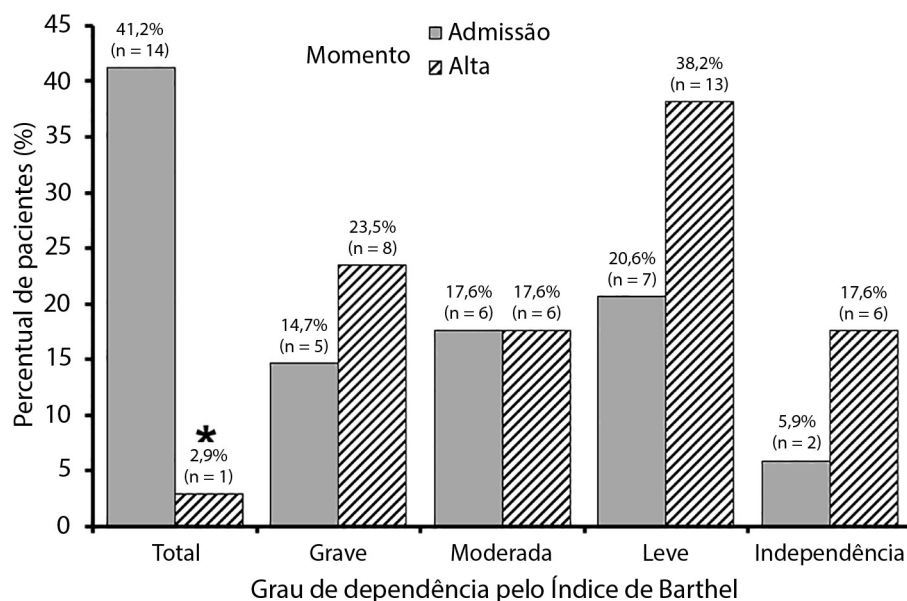
Tabela 1. Distribuição dos pacientes de acordo com as características sociodemográficas, hábitos de vida, tipo de AVC e tempo de internação

Variável	n (%)
Faixa etária (anos)	
Até 20	1 (2,9)
Entre 21 e 40	5 (14,7)
Entre 41 e 60	10 (29,4)
Entre 61 e 80	16 (47,1)
Mais de 80	2 (5,9)
Sexo	
Feminino	18 (52,9)
Masculino	16 (47,1)
Cor	
Parda	16 (47,1)
Branca	14 (41,2)
Negra	4 (11,8)
Estado civil	
Casado ou união estável	16 (47,1)
Separado ou divorciado	7 (20,6)
Viúvo	6 (17,6)
Solteiro	5 (14,7)
Escolaridade	
Sem escolaridade	2 (5,9)
Fundamental incompleto e completo	25 (73,5)
Médio incompleto e completo	4 (11,8)
Superior incompleto e completo	3 (8,8)
Profissão	
Aposentado	14 (41,2)
Do lar	4 (11,8)
Pedreiro	3 (8,8)
Doméstica	2 (5,9)
Outra	11 (32,4)
Renda familiar (salários mínimos)	
Menos de 1	4 (11,8)
1	18 (52,9)
Mais de 1 até 2	8 (23,5)
Mais de 2	4 (11,8)
Tabagismo	
Não	25 (73,5)
Sim	9 (26,5)
Etilismo	
Não	29 (85,3)
Sim	5 (14,7)
Sedentarismo	
Não	1 (2,9)
Sim	33 (97,1)
Tipo de AVC	
Isquêmico	32 (94,1)
Hemorrágico	2 (5,9)
Tempo de internação (dias)	
Até 15	2 (5,9)
Entre 16 e 30	19 (55,9)
Entre 31 e 45	9 (30,6)
Entre 46 e 60	4 (11,8)

estudos^{22,23} com exceção do item “banho”, visto que 64,7% dos pacientes foram classificados com dependência total para esse item no momento da alta. Esse achado é condizente com o de Morone et al.³ sugerindo que essa tarefa requer maior tempo de reabilitação e maior enfoque de treinamento, considerando a complexidade de movimentos necessários. É possível também que o treinamento do banho com o familiar seja dificultado porque essa atividade exige a exposição do corpo, despertando constrangimento para paciente e cuidador. Ademais, o AVC pode acarretar déficit de equilíbrio,⁶ levando o paciente a apresentar medo de cair e não se sentir seguro para desempenhar essa atividade de forma independente. Entretanto, é importante lembrar que o IB tem apenas duas possibilidades de pontuação para os itens “aseio pessoal” e “banho”: 0 para dependente e 5 para independente, e essa baixa sensibilidade do instrumento pode ter subestimado ganhos na funcionalidade, visto que a necessidade de auxílio do cuidador pode ter sido reduzida no período, mas não eliminada.

A não associação entre os resultados obtidos nesse estudo e as condições de vida dos pacientes demonstra que o efeito encontrado foi resultado da abordagem terapêutica multiprofissional, o que é corroborado por estudo desenvolvido em Portugal.²⁴ Tal estudo utilizou a mesma ferramenta para a avaliação dos pacientes e apresentavam abordagem em equipe semelhante à da UCCI, a ECCI - equipe de cuidados continuados em domicílio - quando encontraram melhora significativa em todos os itens do IB, embora com menor expressão para o banho, higiene, e controle intestinal após 20 sessões distribuídas em 10 semanas.²⁴ A melhora acentuada na motricidade global ou domínios físicos foi também referida por Costa²² Carvalhido e Pontes,²³ demonstrando que domínios que envolvem aspectos emocionais podem levar maior tempo para a recuperação.

Em um estudo prévio em que se utilizou o IB para avaliar o nível de independência funcional de pacientes com sequelas de AVC antes e após três meses de reabilitação física, o resultado foi semelhante ao encontrado neste estudo, todavia, a reabilitação era oferecida apenas por profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.³ Diante disso, é importante ressaltar que o tempo de internação dos pacientes na UCCI considera não apenas os aspectos funcionais, mas também os aspectos psicossociais e ambientais. Entende-se que o paciente que sofre AVC necessita de um tempo e de orientações profissionais para que possa preparar sua casa para o retorno e reintegrar-se ao seu meio social. Por



* Diferença significativa em relação ao momento da admissão hospitalar (teste de McNemar, $p = 0,002$)

Figura 1. Percentual de pacientes de acordo com o grau de dependência pelo Índice de Barthel, no momento da admissão hospitalar e no momento da alta

Tabela 2. Resultados referentes aos escores em cada item que compõe o Índice de Barthel, bem como o Índice total, no momento da admissão hospitalar e no momento da alta

Variável	Momento		Valor de p
	Admissão	Alta	
Alimentação	3,68 ± 0,71	7,35 ± 0,57	< 0,001
Banho	1,18 ± 0,37	1,77 ± 0,42	0,156
Vestuário	3,97 ± 0,51	6,18 ± 0,37	< 0,001
Asseio pessoal	2,21 ± 0,43	3,82 ± 0,37	0,005
Evacuação	5,44 ± 0,80	7,91 ± 0,69	0,004
Micção	4,27 ± 0,85	6,62 ± 0,72	0,002
Uso do vaso	3,09 ± 0,67	5,74 ± 0,64	< 0,001
Transferência	6,47 ± 0,93	10,00 ± 0,76	< 0,001
Deambulação	3,97 ± 0,99	7,50 ± 1,02	< 0,001
Degraus	2,21 ± 0,67	4,56 ± 0,74	< 0,001
Total	36,47 ± 5,75	61,18 ± 5,04	< 0,001

Os resultados estão apresentados em média ± erro padrão da média. Valor de p no teste de Wilcoxon.

esse motivo, a equipe dá suporte também aos familiares para que isso aconteça e nem sempre o tempo de reabilitação física é coincidente com o tempo de reabilitação psicossocial.

Com o objetivo de garantir a adesão de pacientes e cuidadores/familiares ao processo de reabilitação, proporcionar um atendimento horizontalizado e ampliar a corresponsabilização no tratamento, incentivando o protagonismo do paciente no processo, a equipe utiliza diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização¹³ que vão além do PTS, tais

como: acolhimento, ambiência, clínica ampliada e compartilhada e visita aberta. Entende-se que dessa forma há maior construção de relações de confiança, compromisso e vínculo, ao reconhecer no outro a legítima e singular necessidade de saúde, possibilitando decisões compartilhadas e comprometidas com a autonomia e saúde do usuário.

Para Silva & Fonseca,²⁵ o PTS é onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir saúde: cuidar, ampliar

o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença e melhorar a qualidade de vida dos usuários. Ademais, recolhe a contribuição de diversas profissões, de forma a incorporar a noção interdisciplinar.²⁶ Campos & Amaral²⁷ discorrem sobre a exigência de mudança nos meios de intervenção, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos, considerando que lidar com pessoas é um desafio para a saúde em geral, diante da dimensão social e subjetiva, e não somente biológica do sujeito. A equipe da UCCI, pela aplicação do PTS, busca a obtenção de um diagnóstico real, individualizado, sensível às vulnerabilidades e, portanto, tenta cada vez mais atender o paciente de forma integral, observando todos os determinantes do seu estado de saúde, não restringindo a terapêutica somente a fármacos e uso de tecnologias duras, mas utilizando os recursos terapêuticos da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e o apoio psicossocial. Entende-se que essas sejam ferramentas fundamentais para alcançar os objetivos iniciais da equipe: promover a autonomia, melhorar a funcionalidade da pessoa dependente e promover a readaptação e reinserção familiar e social.

Um reflexo positivo dessa nova forma de oferecer cuidados em saúde foi demonstrado em nossos resultados sobre a funcionalidade, já que os pacientes apresentaram melhora significativa no nível de independência funcional durante a internação na UCCI ($p < 0,001$). Apesar da melhora nos níveis de funcionalidade, uma parcela desses pacientes retornou para o domicílio com algum grau de dependência, fato que respalda a essencialidade da continuidade do cuidado, de forma a promover maiores ganhos de autonomia para as AVDs, readaptação à nova condição, prevenção de agravos, aquisição de novas habilidades funcionais e possível retorno ao mercado de trabalho.

CONCLUSÃO

Não houve relação entre o ganho no IB, entre a admissão e a alta e as variáveis estudadas (faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, hábitos de vida e tipo de AVC), fato que pode ser explicado pelo modelo de atenção oferecido, no qual cada paciente recebe o cuidado de forma singular, de acordo com suas reais necessidades e o limite do instrumento utilizado para a avaliação. Um dado que chamou a atenção foi que o perfil de funcionalidade dos pacientes estudados passou de dependência total, para pacientes com dependência leve, mostrando a importância do trabalho em equipe, pautado na integralidade.

Tabela 3. Comparação entre as variações das variáveis faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, hábitos de vida e tipo de AVC, em relação ao ganho no índice de Barthel, entre a admissão hospitalar e a alta

Variável/variação	Ganho no índice de Barthel	Valor de p
Faixa etária		
Até 60 anos (n = 16)	22,50 ± 21,76	0,580
Mais de 60 anos (n = 18)	26,67 ± 5,15	
Sexo		
Feminino (n = 18)	22,78 ± 5,09	0,568
Masculino (n = 16)	26,88 ± 5,51	
Estado civil		
Casado ou união estável (n = 16)	32,19 ± 6,34	0,425
Separado ou divorciado (n = 7)	19,29 ± 7,02	
Víuvo (n = 6)	14,17 ± 6,11	
Solteiro (n = 5)	21,00 ± 5,79	
Escolaridade		
Até fundamental completo (n = 27)	23,33 ± 4,34	0,315
Médio a superior completo (n = 7)	30,00 ± 6,64	
Renda familiar		
Até 1 SM (n = 22)	26,59 ± 4,98	0,691
Mais de 1 SM (n = 12)	21,25 ± 5,26	
Tabagismo		
Não (n = 25)	26,20 ± 4,48	0,544
Sim (n = 9)	20,56 ± 6,59	
Etilismo		
Não (n = 29)	24,14 ± 4,05	0,678
Sim (n = 5)	28,00 ± 9,95	
Tipo de AVC		
Hemorragico (n = 2)	12,50 ± 2,50	0,485
Isquêmico (n = 32)	25,47 ± 3,89	

Os resultados estão apresentados em média ± erro padrão da média. Valor de p no teste de Kruskal-Wallis (estado civil) ou no teste de Mann-Witney (demais variáveis).

É necessário que outras pesquisas nessa temática sejam desenvolvidas, a fim de avaliar e monitorar o cuidado oferecido e para conhecer o perfil de funcionalidade de indivíduos que sofrem AVC, favorecendo a caminhada desses pacientes pela rede de saúde e evitando novos casos. Apontamos, como fragilidade do estudo, a ausência de dados anteriores para comparação entre o período em que a composição da equipe era menor e o trabalho menos estruturado para avaliação da qualidade das ações ofertadas no serviço.

REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
- Polèse JC, Tonial A, Jung AFK, Mazuco R, Oliveira SG, Schuster RC. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico. Rev Neurocienc. 2008; 16(3):175-8.
- Morone G, Paolucci S, Iosa M. In What Daily Activities Do Patients Achieve Independence after Stroke? J Stroke Cerebrovasc Dis. 2015;24(8):1931-7.
- Poletto SR, Rebello LC, Valença MJ, Rossato D, Almeida AG, Brondani R, et al. Early mobilization in ischemic stroke: a pilot randomized trial of safety and feasibility in a public hospital in Brazil. Cerebrovasc Dis Extra. 2015;5(1):31-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000381417>
- Rafii MS, Hillis AE. Compendium of cerebrovascular diseases. Int Rev Psychiatry. 2006;18(5):395-407. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09540260600935405>
- Adams RD, Victor M, Ropper AH. Doenças vasculares cerebrais. In: Adams RD, Victor M, Ropper AH. Neurologia. 6 ed. Santiago do Chile: McGraw-Hill, 1998. p. 513-75.
- Zarco LA, González F, Oral Casas J. Tratamiento actual del ataque cerebrovascular isquémico (ACV) agudo. Univ Méd Bogotá. 2008;49(4):467-98.
- Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2004;4(1):95-101. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000100009>
- Fonseca FB, Rizzotto MLF. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. Texto Contexto Enferm. 2008;17(2):365-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200020>
- Badriah F, Abe T, Miyamoto H, Moriya M, Babazono A, Hagihara A. Interaction effects between rehabilitation and discharge destination on inpatients' functional abilities. J Rehabil Res Dev. 2013;50(6):821-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2012.08.0153>
- Araujo TCCF. Comunicação em saúde: contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. Arq Bras Psicol. 2009;61(2):1-13.
- Queiroz E, Araujo TCCF. Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. Paideia. 2009;19(43):177-87.
- Brasil. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Portaria n. 3390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília; 2013 Dez 31; Seção 1:54-6. (DF).
- Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Md Med J, 1965;14:56-61.
- Souza AR, Lanza LTA, Bertolini SMMG. Avaliação do grau de funcionalidade em vítimas de acidente vascular encefálico através do índice de Barthel, em diferentes períodos após instalação da lesão. Rev Saúde Pesq. 2008;1(3):271-5.
- Duncan PW, Jorgensen HS, Wade DT. Outcome measures in acute stroke trials: a systematic review and some recommendations to improve practice. Stroke. 2000;31(6):1429-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.31.6.1429>
- Caneda MAG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Reliability of neurological assessment scales in patients with stroke. Arq Neuropsiquiatr. 2006 Sep;64(3A):690-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2006000400034>
- Cordova RAM, Cesarino CB, Tognola WA. Avaliação clínica evolutiva de pacientes pós primeiro Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores. Arq Ciênc Saúde. 2007;14(2):75-9.
- Paiva RS, Valadares GV. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. Esc Anna Nery. 2013;17(2):249-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200007>
- Silva E. Reabilitação após AVC [Dissertação]. Porto: Universidade de Porto; 2010.
- Costa R. Factores preditores do estado de saúde em indivíduos vítimas de AVC. [Tese]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2009.
- Carvalho T, Pontes M. Reabilitação domiciliar em pessoas que sofreram acidente vascular cerebral. Rev Faculdade de Ciências da Saúde. 2009. 6:140-50.
- Jacob SG. Avaliação dos cuidados de fisioterapia domiciliar em idosos vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) [Dissertação]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2012.
- Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(3):441-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300020>
- Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2001; 23(2):399-407.
- Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(4):849-59