

Grupo de atividades de vida diária: influência do procedimento em pacientes adultos com acidente vascular encefálico isquêmico

Daily life activities group: the influence of the procedure in ischemic stroke adult patients

Camila Pontes Albuquerque¹, Eleanora Vitagliano², Juliana Yumi Yamada², Carem Fagundes², Rafael Eras Garcia¹, Rebeca Braga¹, Renata Cristina Verri Bezerra Carramenha¹, Sarah Monteiro dos Anjos¹, Milene Silva Ferreira³, Alexandra Passos Gaspar³

RESUMO

O acidente vascular encefálico (AVE) pode gerar seqüelas motoras acarretando dificuldades em vários aspectos funcionais da vida diária do indivíduo. O terapeuta ocupacional pode intervir com essa população, com o objetivo de diminuir as limitações adquiridas. Uma das modalidades de tratamento é o atendimento em grupo, em função da riqueza das trocas existentes no mesmo. Este estudo visou analisar os resultados do procedimento do grupo de Atividades de Vida Diária (AVDs) composto por pacientes com seqüelas de AVE isquêmico. Foram incluídos 10 sujeitos com seqüelas de AVE isquêmico, que participaram do grupo de AVDs, sendo os mesmos avaliados por meio da HAQ (Health Assessment Questionnaire) e da FAQ (Functional Activities Questionnaire), em dois momentos pré e pós intervenção. Para a

análise dos dados foi utilizado o teste Wilcoxon com $p \leq 0,05$. Após análise de resultados pré e pós intervenção verificou-se diferença significativa para ambos os instrumentos de avaliação (HAQ $p=0,001$ e FAQ $p=0,0117$). O estudo mostrou a eficácia do procedimento - grupo de AVDs, composto por sujeitos com sequelas de AVE isquêmico em fase crônica, através da mensuração dos ganhos funcionais obtidos pela HAQ e FAQ. Estudos com um número maior de pacientes são necessários para uma maior generalização das conclusões.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Acidente Cerebral Vascular, Atividades Cotidianas, Reabilitação

ABSTRACT

Strokes affect people's daily lives because they create difficulties in many functional aspects of the individual's daily life. Occupational therapists can intervene with stroke patients by trying to decrease their acquired limitations. Treatment can be done individually or in groups where experiential interchange is possible. This study sought to analyze the progress in the various Daily Life Activities (DLAs) of ischemic stroke patients. Ten patients were included in the study and were evaluated before and after the intervention using two different scales: the HAQ (Health Assessment Questionnaire) and the FAQ (Functional Activities Questionnaire). The Wilcoxon statistic test was used to analyze data with $p \leq 0.05$. Analysis of results revealed statistical differences for both scales between the two analyzed moments (HAQ $p=0.001$ and FAQ $p=0.0117$).

The study showed the effectiveness of the procedure on the progress of the DLAs for a group of subjects suffering from chronic ischemic EVA by measuring the functional gains shown in the HAQ and FAQ, but larger studies are necessary to allow more generalized conclusions.

Keywords: Occupational Therapy, Stroke, Activities of Daily Living, Rehabilitation

1 Terapeuta Ocupacional, Setor de Terapia Ocupacional de Adultos da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD – Ibirapuera).

2 Terapeuta Ocupacional, Programa de Aperfeiçoamento em Reabilitação Neurológica Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD).

3 Médica Fisiatra da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD – Ibirapuera).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Camila Pontes Albuquerque • Avenida Professor Ascendino Reis, 724 • São Paulo / SP • Cep 04027-000
E-mail: camilapontes-to@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As Lesões Encefálicas Adquiridas (LEA) em adultos são constituídas por lesões no encéfalo completamente desenvolvido, que podem ocasionar alterações motoras, somatossensoria, cognitivas, perceptuais, emocionais e comportamentais. Segundo Ferreira et al,¹ as LEA, tanto em adultos como em crianças, podem ser oriundas de acidente vascular encefálico (AVE), traumatismo crânio-encefálico (TCE), neuroinfecções, anóxia e tumores.

O AVE, por definição, se constitui em um comprometimento não traumático decorrente da oclusão ou ruptura de um vaso sanguíneo cerebral, sendo classificado de acordo com a etiologia, em isquêmico ou hemorrágico. A população atingida, em sua grande maioria, encontra-se na faixa dos 65 anos, tendo como principais fatores de risco: hipertensão arterial, níveis alterados de colesterol, doença cardíaca, diabetes e má formação arteriovenosa cerebral. Entretanto, atualmente o número de pessoas jovens acometidas tem se elevado gradativamente em função da exposição crescente aos fatores de risco como tabagismo, uso excessivo de bebidas alcoólicas, sedentarismo, obesidade e uso de contraceptivo oral.²

Ressalta-se a importância deste tema, visto que segundo dados do Ministério da Saúde de 2002, o comprometimento decorrente destas lesões é o principal fator de lesão permanente em adultos e a maior causa de morte no Brasil, constituindo 87.344 casos de óbito por ano.²

Trata-se então de uma das principais causas de incapacidade na população adulta, que somada a outras comorbidades, leva a limitações funcionais importantes. Algumas complicações como: alterações do tônus muscular, por exemplo, a espasticidade; distúrbios do movimento, como a ataxia; déficits sensoriais; algia limitante, como o ombro doloroso; alterações perceptuais, tais como a heminegligência podem interferir diretamente com o aspecto funcional.^{1,3,4}

Como ressaltado por Cavalcanti e Galvão,⁵ em função da complexidade envolvida, torna-se cada vez mais importante a abordagem multidisciplinar na atenção desses pacientes desde o início dos cuidados, já que as seqüelas decorrentes da lesão variam de acordo com o tipo, local, extensão e com o tratamento recebido pelo paciente, desde os primeiros momentos após a lesão até a chegada ao centro de reabilitação.

De acordo com dados da literatura, cerca de 50% dos sobreviventes de AVE, após 6 meses de lesão, apresentam perda funcional em

suas Atividades de Vida Diária e atividade profissional, encontrando-se dependentes e/ou incapazes para a realização destas atividades.⁶

Considerando a limitação funcional no cotidiano desses sujeitos, o Terapeuta Ocupacional na equipe de reabilitação é muito importante, pois este é o profissional mais apto a analisar e intervir no extenso repertório das atividades humanas. Dentre os objetivos do terapeuta ocupacional na atenção a esta população estão: melhorar a qualidade de vida das pessoas por meio da redução das suas limitações, barreiras arquitetônicas, sociais e comportamentais; viabilizar a vivência do ciclo de vida em que o paciente se encontra; promover o uso de adaptações, bem como a orientação de posturas e movimentos mais adequados para possibilitar a realização das atividades tornando-as passíveis de serem desempenhadas.⁷

As atividades humanas fazem parte das áreas de desempenho ocupacional, objeto de atuação da terapia ocupacional, sendo subdividida em Atividades de Vida Diária (AVDs) que incluem tarefas de auto manutenção como higiene oral, banho, vestuário, alimentação; Atividades Instrumentais de Vida Diária (AI-VDs) que são atividades relacionadas a auto desenvolvimento e meio de vida como cuidado com as roupas, limpeza, preparação de refeições e procedimentos de segurança; Sono e Descanso que permite preparar o organismo para se engajar em atividades de forma saudável; Educação; Brincar; Trabalho e Lazer.⁸

O tratamento terapêutico ocupacional com esses pacientes pode ser desenvolvido de duas formas: individual ou em grupo. Conforme Francisco,⁹ na primeira há um enfoque individualizado no qual o relacionamento terapêutico é estabelecido por meio da atividade. Já na abordagem em grupo, por meio do fazer em conjunto o paciente se depara com seus limites e possibilidades. A observação do outro permite reconhecer semelhanças e contrastes importantes, ampliando sua visão do tratamento e potencializando o seu efeito.^{9,10}

Independente da modalidade escolhida é necessário a aplicação de instrumentos de avaliação, com o objetivo de mensurar os efeitos do tratamento. Dentre os instrumentos para a avaliação das áreas de desempenho utilizados com essa finalidade, estão a *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), que objetiva avaliar o impacto do tratamento na vida diária do paciente, medindo o seu nível de funcionalidade, e *Functional Activities Questionnaire* (FAQ) que é utilizada com o intuito de avaliar as funções físicas, psicológicas, sociais e funcionais do paciente na realização das AVDs.^{11,12}

OBJETIVO

Analisar os resultados do procedimento do grupo de Atividades de Vida Diária (AVDs) composto por pacientes com seqüelas de AVE isquêmico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo clínico longitudinal realizado na Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), em São Paulo, no período de fevereiro de 2009 a julho de 2010.

Os pacientes realizaram o procedimento nomeado Grupo de AVDs, procedimento este idealizado por esta instituição, destinado ao tratamento de reabilitação de pacientes adultos com seqüelas de lesões encefálicas adquiridas (LEA).

Os indivíduos foram informados sobre o estudo em questão e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética da AACD. Participaram do estudo 10 pacientes com seqüela de AVE isquêmico, sendo 7 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Neste grupo 4 pacientes com diagnóstico de hemiparesia à direita e 6 pacientes com hemiparesia à esquerda.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: pacientes com seqüelas de lesão encefálica decorrente de AVE isquêmico, mais de 6 meses de lesão inicial, idade acima de 16 anos e 11 meses e capacidade de sentar-se sem apoio.

Foram excluídos da pesquisa pacientes com outros diagnósticos neurológicos associados, sujeitos com afasia de compreensão e/ou apraxia, pacientes com alterações comportamentais de acordo com a avaliação realizada por psicólogos da instituição, pacientes incapazes de responder às escalas HAQ e FAQ.

Todos os pacientes já haviam completado o tratamento de reabilitação convencional com fisioterapia e terapia ocupacional individual e no momento do início da intervenção não realizavam qualquer outro procedimento associado.

Os grupos ocorreram uma vez por semana, totalizando 12 encontros de uma hora e vinte minutos de duração, sendo abordadas três temáticas principais: atividades domésticas, de auto cuidado escolhidas pelos participantes do grupo e exercícios e orientações quanto a posicionamentos adequados durante a realização de atividades.

As escalas HAQ e FAQ foram aplicadas em dois momentos: previamente ao início do grupo (intervenção) e logo após o término do mesmo.

A HAQ, uma das escalas utilizadas como indicador do grupo, é composta por vinte ati-

vidades, que contemplam aspectos distintos da vida diária, divididas em oito domínios, cada um contendo de duas a três atividades, no qual o paciente relata as dificuldades encontradas ao realizar cada uma delas durante a última semana, antes da realização da avaliação. Essas atividades são pontuadas de 0 a 3, sendo 3 a inabilidade para realizar a tarefa, 2 execução com muita dificuldade, 1 com pouca dificuldade e 0 com nenhuma dificuldade.

Ao final são somadas as maiores pontuações de cada domínio e retirada à média dos mesmos.¹¹ O outro instrumento utilizado como indicador, a FAQ, é composta por dez questões que abordam aspectos relacionados às Atividades Instrumentais de Vida Diária. A pontuação atribuída a cada questão varia de 0 a 3, sendo 0 realização normal, 1 faz com muita dificuldade, ou nunca fez mas poderia fazê-lo agora, 2 necessita de ajuda e 3 não é capaz de realizar a tarefa. Ao final obtêm-se a somatória da pontuação de cada questão.¹² Em ambas as escalas, quanto maior os valores obtidos, maior o grau de dependência dos pacientes para as AVDs.

A HAQ foi validada para a população

brasileira por Ferraz em 1990, e a FAQ não foi validada ainda para a população brasileira, porém, a Academia Brasileira de Neurologia¹³ recomenda como norma para avaliação das AVDs no Brasil.

Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa *Stata Statistics Data Analysis 10.0*, aplicou-se o teste de Wilcoxon para a comparação das escalas nos dois momentos distintos. A média e o desvio padrão foram calculados para idade e para o tempo de lesão encefálica.

RESULTADOS

A idade média encontrada entre os participantes foi de 62.9 anos com desvio padrão de 8.2 anos. O tempo médio de lesão encefálica foi de 43.9 meses e desvio padrão de 27.38 meses.

Após análise dos dados pré e pós tratamento das escalas HAQ e FAQ verificamos que inicialmente os valores obtidos nas escalas eram maiores que os valores finais mostrando que após o grupo intervenção a independência destes pacientes aumentou já que encontramos diferença significativa para as duas escalas (Figura 1 e 2), sendo para HAQ $p=0.001$ e para FAQ $p=0.0117$ nos momentos pré e pós intervenção.

DISCUSSÃO

Considerando que o sujeito acometido pelo AVE pode experimentar limitações corporais que impactam diretamente no desempenho de suas atividades cotidianas,¹⁴ necessitando assim de apoio para lidar com novas situações,¹⁵ o terapeuta deve criar estratégias para conduzir a intervenção, com o uso de atividades significativas para vivência de AVDs e AIVDs.¹⁵ O terapeuta ocupacional utilizando conhecimentos específicos poderá propor adaptações e/ou facilitações visando melhorar o desempenho durante a realização das tarefas cotidianas. Visando maior independência e autonomia, promovendo sua convivência e contextualização na cultura e na sociedade.¹⁶

O trabalho do terapeuta ocupacional de forma individual é fundamental neste aspecto específico das AVDs como mostra a revisão sistemática realizada pela Cochrane,⁶ mas não há estudos com boa metodologia que sejam de nosso conhecimento que mostre o trabalho do terapeuta ocupacional realizado em grupo.

O aspecto funcional nestes pacientes deve ser trabalhado de forma precoce para possibi-

litar maior independência funcional, pois já foi demonstrado anteriormente que o status funcional após 6 meses da lesão encefálica isquêmica inicial está associado a uma maior sobrevivência a longo prazo.¹⁷ Neste estudo, além da abordagem individual, utilizou-se o atendimento em grupo com o objetivo de prover suporte aos participantes, visto que ao entrarem em contato com dificuldades semelhantes às suas, têm na experiência compartilhada a possibilidade de vivenciar situações inéditas e, conseqüentemente, ter suas evoluções aceleradas, visto que a melhora do outro funciona como um reforço positivo para darem continuidade ao tratamento.^{18,19}

As atividades realizadas no grupo foram sugeridas pelos participantes, a partir de demandas individuais e coletivas. Esta participação do sujeito, no estabelecimento de objetivos, juntamente com o terapeuta e demais participantes do grupo, interfere positivamente para o sucesso da reabilitação como sugerem alguns estudos.^{15,20}

De acordo com Maximino,¹⁰ o grupo na terapia ocupacional é utilizado para conscientizar, mobilizar, estimular, educar, treinar para o trabalho, treinar para a vida em sociedade, recriar e abordar problemas de relacionamento entre outros.²¹ O atendimento em grupo parece mais motivante e pode ainda reduzir custos no atendimento com um bom resultado.

Segundo Bruce & Fries,²¹ a capacidade de mensurar de forma efetiva a qualidade de vida para quantificar o impacto da doença requer instrumentos abrangentes, confiáveis, com validade significativa e que sejam sensíveis para mensurar os dados estudados. Para tanto, a escolha das escalas e instrumentos de avaliação utilizados deve ser criteriosa, considerando o procedimento e a população a ser abordada.

Um das escalas utilizadas, a FAQ foi aplicada por Pohjasvaara²² em pacientes com seqüelas de AVE isquêmico mostrando boa eficácia na mensuração funcional destes pacientes.

A HAQ nunca foi utilizada para avaliar esta população, porém, ambas abordam a funcionalidade em atividades cotidianas (AVDs e AIVDs) de forma semelhante e complementar e por esta razão foram as escolhidas para este trabalho.

De acordo com os dados analisados, notou-se que os participantes obtiveram ganhos funcionais ao final do grupo de AVDs, sendo que 90% deles apresentavam tempo de lesão superior a dois anos, o que sugere que mesmo pacientes em fase crônica podem se beneficiar deste tipo de abordagem.

O estudo possui suas limitações, entre elas o fato de uma das escalas apesar de ser indicada pela Academia Brasileira de Neurologia, não

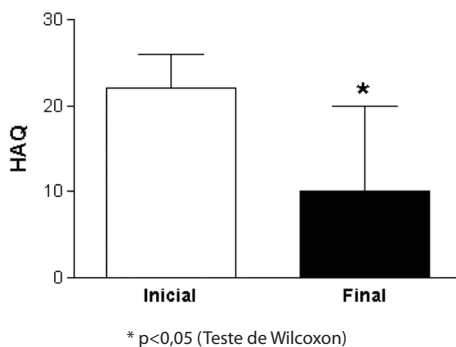


Figura 1 – HAQ pré e pós tratamento

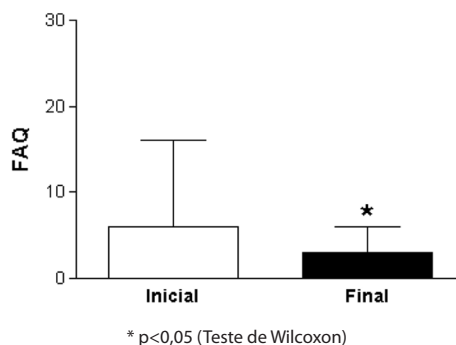


Figura 2 – FAQ pré e pós tratamento

ser um instrumento totalmente validado para uso em pacientes em AVE e o fato de tratarmos de um grupo pequeno o que impossibilita maior generalização das conclusões.

CONCLUSÃO

Por meio deste estudo foi possível comprovar a eficácia do procedimento grupo de AVDs, composto por sujeitos com seqüelas de AVE isquêmico em fase crônica, através da mensuração dos ganhos funcionais obtidos pela HAQ e FAQ.

Embora as escalas de avaliação tenham suas limitações, com base nas análises estatísticas, as mesmas se mostraram sensíveis para mensurar o quadro funcional de pacientes com seqüelas de AVE isquêmico neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira MS, Salles ICD, Branco DG, Gaspar AP. Reabilitação nas lesões encefálicas (IEA). In: Fernandes AC, Ramos ACR, Casalis MEP, Hebert SK. AACD: Associação de Assistência à Criança Deficiente: bem estar social. São Paulo: Antes Médicas; 2007. p.173-88.
2. Ferreira C, Oliveira S, Magalhães P, Costa B, Papini R, Silveira M, et al. Nível de conhecimento da população adulta sobre acidente vascular cerebral (AVC) em Pelotas/RS. *J bras neurocir.* 2008; 19(1): 31-37.
3. Davies PM. Algumas atividades da vida diária. In: Davies PM. Hemiplegia: tratamento para pacientes pós AVC e outras lesões cerebrais. São Paulo: Manole; 2008. p. 2-44.
4. Steuljens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van de Nes JCM, Cup EHC, van de Ende CHM. Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke.* 2003; 34(3): 676-686.
5. Cavalcanti A, Galvão C. Trabalho em equipe. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro; 2007. p. 35-37.
6. Legg L, Drummond A, Langhorne P. Occupational therapy for patients with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Review.* 2006; 18(4): CD003585.
7. Caniglia M. Terapia ocupacional: um enfoque disciplinar. Belo Horizonte: Arte & Prosa. 2005.
8. Uniform terminology for occupational therapy - third edition. American Occupational Therapy Association. *Am J Occup Ther.* 1994;48(11):1047-54
9. Francisco BR. Terapia ocupacional. Campinas: Papyrus; 2001.
10. Maximino VS. A constituição de grupos de atividade com pacientes graves. *Rev Ceto.* 1995; 1(1): 27-32.
11. Ferraz MB, Oliveira LM, Araujo PM, Atra E, Tugwell P. Crosscultural reability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J Rheumatol.* 1990; 17(6):813-7.
12. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Jr CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982; 37(3): 323-329.
13. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SM, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Arq neuropsiquiatr.* 2005; 63(3A): 720-727.
14. Kvigne K, Kirkevold M. Living with bodily strangeness: women's experiences of their changing and unpredictable. *Qual Health Res.* 2003; 13(9): 1291-1310.
15. Guidetti S, Asaba E, Than K. Meaning of context in recapturing self-care after stroke or spinal cord injury. *Am J Occup Ther.* 2009; 63(3): 323-32.
16. Castro ED, Lima EMFA, Brunello MIB. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. 3a ed. São Paulo: Plexus; 2001. p. 41-59.
17. Slot KB, Berge E, Dorman P, Lewis S, Dennis M, Sadercock P. Impact of functional status at six months on long term survival in patients with ischaemic stroke: prospective cohort studies. *BMJ.* 2008; 336(7640): 336-376.
18. Duncombe LW, Howe MC. Group work in occupational therapy: a surgery of practice. *Am J Occup Ther.* 1985; 39(3): 163-70.
19. Ballarin MLGS. Abordagens grupais. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 38-43.
20. Bruce B, Fries JF. The stanford health assessment questionnaire: dimensions and practical applications. *Health Qual Life Outcomes.* 2003; 1(6): 1-20.
21. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Vataja R, Kaste M. Comparison of stroke features and disability in daily life in patients with ischemic stroke aged 55 to 77 and 71 to 85 years. *Stroke.* 1997; 28(4): 729-735.