

Uso da teleconsulta para acompanhamento de profissionais informais de pacientes após AVC

Use of teleconsultation to monitor patients after stroke by informal professionals

Amanda Lima Nogueira dos Anjos¹, Isabela Moreira Rotta², Jaine de Souza Silva³, Valquíria Nascimento Miranda⁴, Vitória Santos da Silva⁵, Eliane Ferrari Chagas⁶, Aline Duarte Ferreira⁷

1.Acadêmica de Fisioterapia, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). Presidente Prudente-SP, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6200-6673>

2.Acadêmica de Fisioterapia, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). Presidente Prudente-SP, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3166-3419>

3.Acadêmica de Fisioterapia, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). Presidente Prudente-SP, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2816-1060>

4.Acadêmica de Fisioterapia, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). Presidente Prudente-SP, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4583-6640>

5.Acadêmica de Fisioterapia, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE). Presidente Prudente-SP, Brasil.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5944-6961>

6.Fisioterapeuta, doutora, área de Neurologia e pessoa com Deficiência, aposentada pela

Universidade Estadual Paulista (Unesp). Presidente Prudente-SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2820-362X>

7.Fisioterapeuta, doutor, departamento de Fisioterapia em Neurologia, Universidade do Oeste Paulista.

Presidente Prudente-SP, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0102-1738>

Resumo

Objetivos. Avaliar o efeito da orientação fisioterapêutica por teleatendimento na qualidade de vida de cuidadores informais. Secundariamente, investigar a presença de dores articulares e musculares, ansiedade e depressão. **Método.** Profissionais informais de pacientes pós-AVC foram convidados a participar do estudo por meio de teleatendimento, sendo realizadas avaliações utilizando escalas para verificar os níveis de ansiedade e depressão, qualidade de vida e presença de dor antes e após as orientações fisioterapêuticas realizadas por meio de cartilhas com temas relacionados a posicionamento do paciente, transferências, mudanças de decúbito, alongamentos, autocuidados, higienização do paciente, uso e armazenamento de medicamentos e alimentação. Foram realizadas quatro sessões com frequência de duas vezes semanais e duração de 50 minutos. **Resultados.** Foram contatados 152 cuidadores e selecionados cinco participantes a partir dos critérios de inclusão, dos quais permaneceram dois até o final do estudo. Observou-se melhora na percepção da qualidade de vida e nas dores, além da redução dos sintomas de ansiedade e depressão. **Conclusão.** As orientações fisioterapêuticas foram capazes de promover aumento da percepção qualidade de vida, discreta melhora nos sintomas de ansiedade e depressão e nas dores articulares e musculares

Unitermos. Cuidador; Acidente Vascular Cerebral; teleconsulta

Abstract

Objective. To evaluate the effects of physical therapy guidance through remote consultation on the quality of life of informal caregivers. Secondly, the presence of joint and muscle pain, anxiety and depression was also evaluated. **Method.** Five evaluations were performed before and after the interventions. Topics such as patient positioning, transference, decubitus changes, stretching, self-care, patient hygiene, medication use, and storage and feeding were approached through booklet. Eight sessions were held twice a week, around 50 minutes each. **Results.** A total of 152 informal caregivers were contacted and 5 participants were selected, of whom 2 remained. The findings were: improvement in the perception of quality of life and pain and reduction of symptoms of anxiety and depression. **Conclusion.** The physical therapy guidelines were beneficial for increasing the perception of quality of life, slight improvement in symptoms of anxiety and depression and in joint and muscle pain.

Keywords. Caregivers; stroke; remote consultation

Resumen

Objetivo. Evaluar los efectos de la orientación de fisioterapia a través de la teleasistencia en la calidad de vida de los cuidadores informales. De forma secundaria, también se evaluó la presencia de dolor articular y muscular, ansiedad y depresión. **Método.** Se realizaron cinco evaluaciones antes y después de las intervenciones. A través de folletos se abordaron temas como: posicionamiento del paciente, transferencia, cambios de posición, estiramiento, autocuidado, higiene del paciente, uso y almacenamiento de medicamentos y alimentos. Se realizaron ocho sesiones, dos veces por semana, de unos 50 minutos cada una. **Resultados.** Se contactó a 152 cuidadores informales y se seleccionaron 5 participantes, de los cuales quedaron 2. Los hallazgos fueron: mejora en la percepción de la calidad de vida y el dolor, además de una reducción de los síntomas de ansiedad y depresión. **Conclusión.** Las pautas fisioterapéuticas resultaron beneficiosas para aumentar la percepción de la calidad de vida, mejorar levemente los síntomas de ansiedad y depresión y dolores articulares y musculares. **Palabras clave.** Cuidadores; Accidente Cerebrovascular; Consulta Remota

Trabalho realizado na Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente-SP, Brasil.

Conflito de interesse: não

Recebido em: 02/12/2021

Aceito em: 17/08/2022

Endereço para correspondência: Aline Duarte Ferreira. Universidade do Oeste Paulista- UNOESTE. R. José Bongiovani 700. Cidade Universitária. Presidente Prudente-SP, Brasil. Email: aline@unoeste.br

INTRODUÇÃO

Com a crescente longevidade da população e das mudanças de vida, a incidência do Acidente Vascular Cerebral (AVC) vem aumentando¹. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o AVC se destaca como a segunda maior causa de morte no mundo, responsável por aproximadamente 6,7 milhões de óbitos em 2016². O levantamento indica que há uma tendência na manutenção desta posição até o ano de 2030, o que pode ser responsável por cerca de 12,2% dos óbitos previstos³.

Ainda nesse sentido, cerca de 25% a 50% dos pacientes pós-AVC se tornam parcial ou totalmente dependentes em suas atividades de vida diárias (AVDs). Por isso, é fundamental a necessidade a participação de cuidadores no processo de reabilitação desses pacientes⁴. Segundo o

Ministério de Estado da Previdência e Assistência Social (MPAS), os cuidadores dividem-se em: profissionais formais e informais. Caracteriza-se como profissional informal, a pessoa com ou sem vínculo familiar que possa oferecer cuidados de médio a longo prazo e sem remuneração^{5,6}. No presente estudo, os profissionais informais foram objeto de estudo.

Quando familiar, o profissional informal altera sua vida e de sua família para fornecer os cuidados necessários ao paciente. Devido a isso, o tempo pessoal para suas atividades de vida social, de dedicação a si próprio e a outros membros da família se torna escasso. O cuidado de pacientes, vítimas de AVC, especialmente aqueles em estado grave, submete o cuidador a altos níveis de sobrecarga, podendo afetar sua qualidade de vida⁷. Entre os profissionais informais que são os próprios familiares, são inúmeros os casos de depressão, ansiedade e sintomas pós-traumáticos (PTS), os quais estão diretamente relacionados ao vínculo paciente e profissional informal familiar em que o sofrimento de um reflete em sofrimento no outro⁸.

O ato de cuidar de uma pessoa doente pode acarretar vários sinais, como ansiedade, depressão, exaustão, falta de esperança, fadiga, redução da saúde física, isolamento social e problemas financeiros⁹. Sendo assim, a atenção ao cuidador é indispensável, e pode ser realizada por meio de orientações necessárias ao ato de cuidar e informações pertinentes sobre a doença¹⁰. Esse tipo de orientação, quando fornecida pelos profissionais da saúde, traz maior

preparo e segurança àqueles responsáveis por zelar do paciente, além de ser benéfico para o processo de recuperação do paciente, que estará mais bem cuidado por uma pessoa melhor informada¹¹.

Em vista de tal circunstância, o avanço tecnológico na área da saúde vem como um auxílio no processo de reabilitação por meio da telessaúde. Notou-se que a distribuição de serviços e informações relacionadas à saúde por meio de tecnologias eletrônicas de informação e telecomunicações fortalece a interação entre paciente-provedor, tornando possível o compartilhamento de informação, o ganho de conhecimento e o estabelecimento de metas e objetivos utilizando consultas por telefone, mensagens de texto, vídeos ou serviços de *web*^{12,13}.

A *American Telemedicine Association* define a Telemedicina como um meio de troca de informações visando assistência médica através de comunicações eletrônicas, para a melhora da condição de saúde. Associado a isso, a telerreabilitação aprimora o alcance ao atendimento de reabilitação e de apoio à vida independente^{14,15}. Com o início da pandemia do novo coronavírus – COVID-19, a resolução nº 516/2020, emitida pelo COFFITO, determinou a permissão do atendimento não presencial por meio da teleconsulta, a qual se trata de uma consulta clínica registrada e realizada pelo Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional à distância¹⁶.

O objetivo desse estudo foi verificar o efeito da orientação fisioterapêutica por teleconsulta na qualidade de

vida de profissionais informais de pacientes com AVC, além de investigar a presença de dores articulares e musculares, ansiedade e depressão.

MÉTODO

Amostra

Foram convidados a participar do estudo profissionais informais de pacientes pós-AVC atendidos na em uma clínica escola de Fisioterapia de uma universidade privada do oeste paulista. O estudo foi desenvolvido no período de abril a junho de 2021, por amostra de conveniência. Foram incluídos no estudo profissionais informais com idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos e que faziam uso do aplicativo de comunicação no recurso de chamada de vídeo. Para a inclusão dos profissionais informais, foi realizada uma listagem de pacientes pós-AVC atendidos em uma clínica escola de Fisioterapia no interior do oeste paulista, e deveriam ser classificados como dependentes moderados, severos ou totalmente dependentes segundo a Escala Modificada de Barthe¹⁷. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: o participante apresentar mais de 25% de faltas do profissional informal durante o desenvolvimento prático da pesquisa.

Cada participante foi instruído em relação a todos os procedimentos que seriam executados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) concordando em participar do estudo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste

Paulista (CAAE: 40832120.8.0000.5515), em consonância com a Resolução do CNS 466/2012.

Procedimento

Os profissionais informais dos pacientes pós-AVC participaram do estudo por meio de teleconsulta (chamada de vídeo individual com cada profissional informal). No primeiro momento, foi realizada uma chamada de vídeo para uma entrevista dos participantes, sendo aplicada uma ficha de avaliação elaborada pelos próprios autores, contendo questões como os dados sociodemográficos, socioeconômicos e questões objetivas (sim ou não) sobre informações gerais tais como: conhecimento sobre a doença do paciente e sobre o ato de cuidar, se possui algum treinamento para cuidar, tempo de dedicação diária ao cuidar, tempo total como cuidador e se recebe ajuda.

A fim de registrar informações complementares a respeito dos profissionais informais, os pesquisadores também realizaram as seguintes questões semiestruturadas, a fim de conhecer melhor os participantes: "como é a rotina de cuidados com o paciente?"; "o que mais mudou na sua vida?"; "quais são suas maiores dificuldades durante o cuidar?", "precisou abrir mão de alguma coisa para se dedicar mais ao cuidar?", "você tira um tempo para cuidar de si?"; "como você enxerga sua vida hoje?"; "sente dores? Se sim, onde?".

Em seguida, os pesquisadores aplicaram três instrumentos de avaliação, traduzidos e validados para o

Português, a fim de verificar os níveis de ansiedade e depressão, percepção da qualidade de vida e presença de dor, descritos a seguir.

Para avaliação da ansiedade e depressão, foi aplicada a *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)*¹⁸. A classificação se dá pela pontuação onde acima de oito pontos é detectado um possível diagnóstico de ansiedade/depressão.

Para avaliação da percepção da qualidade de vida, utilizou-se o instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (*WHOQOL-bref*)¹⁹. Os domínios analisados foram: físico, psicológico, de relações pessoais e de ambiente. Os participantes pontuaram cada questão em uma escala de cinco pontos. Pontuações mais altas indicam melhor qualidade de vida. Ressalta-se que, para as perguntas Q3 e Q4 que compõem o domínio 1 e a pergunta Q26 que compõem o domínio 2 foram invertidas para serem analisadas de forma semelhantes as demais, ou seja, quanto maior a pontuação, melhor o resultado.

A presença de dor foi verificada por meio do Índice de Incapacidade *Oswestry (Oswestry Disability Index-ODI)*²⁰. Trata-se de uma escala para avaliação funcional da coluna lombar, incorporando medidas de dor e atividade física. O ponto de corte para definir lombalgia é de aproximadamente 4,45 pontos. Uma pontuação de 0% a 20% indica uma incapacidade mínima, 21% a 40% incapacidade moderada, 41% a 60% incapacidade severa, 61% a 80% invalido e 81% a 100% restrito ao leito.

Ao final da avaliação, foi enviado ao participante um link de direcionamento para a plataforma *Google Forms*, contendo um diário para que fosse preenchido com nome, data e anotações importantes, tais como: relato do seu dia, presença de dores, dúvidas, dificuldades, preocupação excessiva, falta de sono reparador, restrição das atividades de lazer e ausência de autocuidado. Este diário foi preenchido pelo participante duas vezes por semana a fim de que os pesquisadores pudessem acompanhar a rotina dos profissionais informais nos aspectos físicos e emocionais.

Após a entrevista e realizada as avaliações dos profissionais informais, os pesquisadores iniciaram as orientações por meio da teleconsulta, com frequência de duas vezes na semanais com 50 minutos de duração em um total de oito sessões. Foram apresentadas e explicadas oito cartilhas confeccionadas pelos autores, cada tema abordado em uma sessão. Na primeira sessão foi abordado o tema posicionamento do paciente; na segunda, transferência; na terceira, mudanças de decúbito; na quarta, alongamentos; na quinta, autocuidados; na sexta, higienização do paciente; na sétima, uso e armazenamento de medicamentos e na oitava, alimentação. Ao final da sessão, foi determinado um tempo ao profissional informal esclarecer suas dúvidas, caso houvesse (Anexo 1).

As orientações fisioterapêuticas foram realizadas por meio da teleconsulta será descrita a seguir.

Orientações fisioterapêuticas

Ao longo de quatro semanas foram discutidas com os profissionais informais uma cartilha contendo uma temática específica a cada chamada de vídeo.

O primeiro tema abordou a importância do posicionamento correto do paciente pós-AVC de acordo com o lado mais comprometido, tais como a posição da televisão, de mesas e pessoas que devem vir do lado que o paciente apresenta alterações de movimento; a disposição dos travesseiros na cama para que o ombro acometido fique em um posicionamento adequado; a melhor posição quando deitado em supino de modo que a cabeça permaneça em leve flexão e o braço acometido fique apoiado com a mão em leve extensão; quando deitado sobre o lado acometido permitindo que o braço fique estendido e a perna flexionada; sobre o lado oposto de forma que o braço acometido fique estendido, o joelho flexionado e a cabeça em posição neutra e quando sentado na cadeira, posição na qual o braço acometido deve estar apoiado em uma almofada com o cotovelo estendido ligeiramente afastado do corpo, com o punho e dedos estendidos e abduzidos. Os pés devem ficar apoiados sobre uma base e nunca suspensos.

Outro tema discutido foi sobre o benefício dos alongamentos no alívio de dores. Os alongamentos foram demonstrados por meio de vídeos gravados pelos autores, com intuito de demonstrar a correta execução e enviados previamente a chamada de vídeo. Durante a sessão por teleconsulta, os pesquisadores repassaram todos os

exercícios de alongamentos com cada profissional informal, entre eles: auto alongamento de inclinação lateral da cervical, flexão de ombros, inclinação lateral, flexão e extensão de tronco, flexão de quadril com joelho estendido e flexionado. Todos os alongamentos foram realizados em uma única série e mantidos por 15 segundos cada.

Também foi abordado sobre a relevância do autocuidado além de algumas maneiras de fazê-lo, como cuidar do corpo e da saúde, praticar atividade física e dormir bem.

O tema a respeito do cuidado com a higiene do paciente teve como objetivo assegurar a limpeza do corpo, bem-estar e autoestima do paciente; prevenir irritação da pele; manter um bom comprimento das unhas e higiene bucal.

O uso dos medicamentos utilizados pelo paciente também foi pauta, discutindo a importância de respeitar os horários de administração, bem como seu armazenamento.

A necessidade de uma alimentação adequada tanto para o profissional informal quanto para o paciente também foi tema.

Foram levantadas as maneiras de evitar lesões por pressão por meio das mudanças de decúbito e foram expostas formas de transferência dos pacientes nos diversos decúbitos por meio de vídeos preparados pelos pesquisadores afim de melhor demonstrar a execução da transferência e evitar posturas inadequadas por parte do profissional informal.

Análise de dados

A análise de dados foi realizada de forma descritiva, baseada na interpretação das respostas fornecidas pelos participantes durante as avaliações e reavaliações realizadas no estudo. Os dados coletados foram organizados em tabela Excel®, com cada instrumento separados por participante.

Para todas as avaliações foram criadas tabelas contendo os resultados das avaliações inicial e final, e referente ao *WHOQOL-bref* foram apresentados os resultados em média.

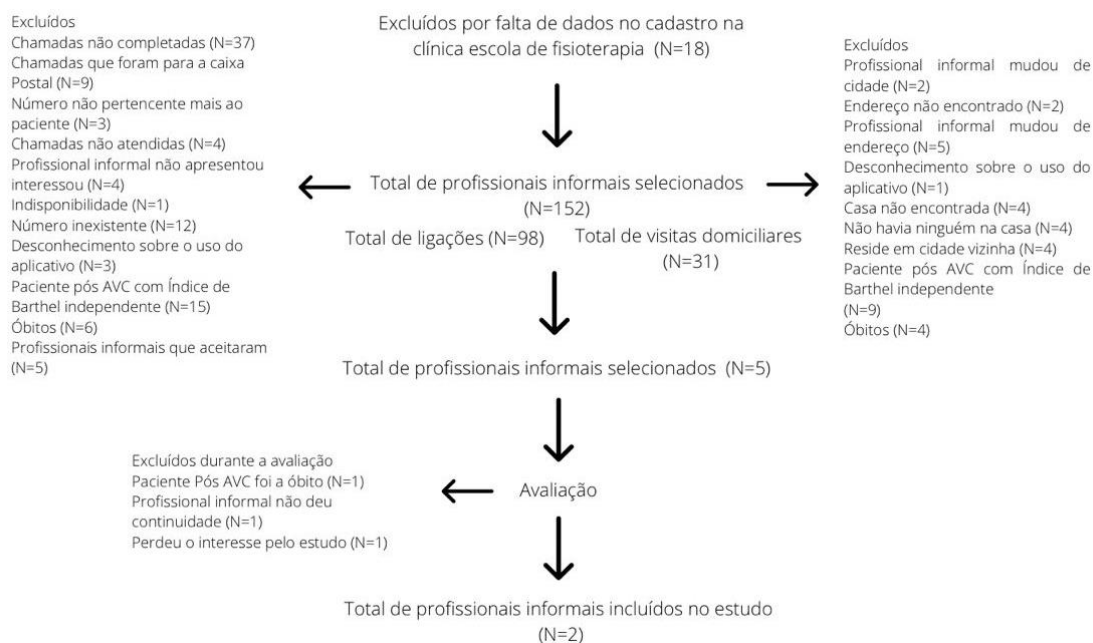
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para este estudo, foram contatados 152 profissionais informais, destes 98 foram contatados por ligação telefônica e 31 por meio de visitas domiciliares.

A Figura 1 apresenta um organograma com o total de profissionais informais contatados, o número dos que atenderam aos critérios de inclusão e os que foram excluídos do estudo e os respectivos motivos.

A amostra final foi constituída por dois profissionais informais. A profissional informal identificada como "1" (PI-1), de 70 anos de idade, sexo feminino e aposentada como auxiliar de cozinha era cuidadora integral de seu marido há 11 anos, não recebia ajuda, apresentava pouco conhecimento sobre a doença e nunca cuidou de alguém antes, portanto, não tinha muito conhecimento sobre o cuidar. Pediu demissão após o AVC de seu marido e passou a ajudá-lo desde sua saída do hospital.

Figura 1. Organograma com total de profissionais informais contatados, levando em consideração os critérios de inclusão, e seleção dos participantes do estudo.



Somado a isso, passou a cuidar de seus netos pequenos há um ano e devido à grande sobrecarga, relatou muitas dores na coluna e na cabeça, além de estresse e cansaço. Mesmo com todas as restrições que a vida de cuidadora trouxe, a participante mostrava-se satisfeita com a sua vida e muito dedicada ao marido e seus cuidados.

A profissional informal identificada como "2" (PI-2), de 36 anos de idade, sexo feminino, divorciada, manicure, massoterapeuta e reflexologista, relatou que cuida de sua mãe durante o período da manhã há quatro anos e recebe ajuda de sua filha mais velha no restante do dia. Apresentava pouco conhecimento sobre a doença, nunca cuidou de alguém antes e relatou dores na coluna lombar e tensão nos ombros. Diante da sua nova rotina, abdicou de sua vida

social e de cuidados consigo mesma para cuidar de sua mãe. Detalhes sobre a caracterização das duas profissionais informais estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos profissionais informais (n=2) em valores absolutos.

	PF-1	PF-2
Idade, anos	62	36
Sexo	Feminino	Feminino
Grau de escolaridade	Ensino fundamental incompleto	Pós-graduação
Grau de parentesco	Esposa	Filha
Renda mensal familiar	≥1 salário-mínimo	≥1 salário-mínimo
Indivíduos que residem no domicílio	2	4
Já havia cuidado de alguém antes	Não	Não
Possui curso ou treinamento para cuidar	Não	Não
Tempo de dedicação ao cuidar	Integral	Meio período
Tempo total como cuidador em anos	11	4
Recebe ajuda	Não	Sim

Profissional informal 1 (PF-1); Profissional informal 2 (PF-2).

De acordo com a avaliação, o paciente que recebia cuidados da PI-1 obteve cinco pontos no Índice de Barthel, sendo classificado como totalmente dependente; enquanto o paciente da PI-2 obteve 25 pontos, dependência severa.

Muitas vezes as pessoas não estão preparadas para cuidar de um familiar adoecido, entretanto, em um evento repentino de algum familiar, se torna cuidador inesperadamente. Neste sentido, este estudo buscou

evidenciar como o fisioterapeuta pode contribuir por meio de orientações neste processo de cuidar.

Este trabalho trouxe os resultados de duas profissionais informais do sexo feminino, reforçando a cultura estabelecida no Brasil de que é responsabilidade deste sexo o cuidado dos familiares doentes²¹. Foi possível observar também que ambas as profissionais informais eram da família e moravam com o doente. A PF-1 afastou-se do trabalho para se dedicar integralmente aos cuidados do marido, uma vez que não apresentava nenhuma rede de apoio. Já a PF-2 reduziu sua jornada de trabalho por contar com ajuda da filha no período em que trabalhava.

Um fator a ser considerado é a relação da escolaridade e o conhecimento sobre o cuidar²¹. Contudo, este trabalho mostrou que a PF-1, além de ter menor nível de escolaridade também não havia cuidado de alguém antes, mas ainda assim possuía maiores conhecimentos sobre o cuidar por já ter recebido orientações de profissionais e acadêmicos que trabalhavam na clínica de fisioterapia onde seu marido era atendido, reforçando assim a importância das orientações fisioterapêuticas, além do fato de ser mais velha, onde a experiência de vida é um fator. Não existe somente este viés, existem outros, como por exemplo, ela apesar de ter menor nível de escolaridade, também era mais velha, a experiência de vida é um fator.

A Tabela 2 apresenta as médias finais de cada domínio do WHOQOL-bref, obtidos por videochamada em teleconsulta, em dois momentos.

Tabela 2. Médias dos domínios do *WHOQOL-bref*.

Domínios	Resultados iniciais		Resultados finais		Média	
	PF-1	PF-2	PF-1	PF-2	PF-1	PF-2
Qualidade de vida	3	3	4	4	3,5	3,5
Satisfação com a saúde	3	3	4	3	3,5	3,5
Domínio Físico	4,57	3,42	4,57	4,4	4,71	3,91
Domínio ambiente	4,33	4,5	4,16	4,16	4,24	4,33
Domínio psicológico	4	2,33	3,66	3	3,83	2,66
Domínio de relações sociais	4	2,75	3,75	3	3,87	2,87

Profissional informal 1 (PF-1); Profissional informal 2 (PF-2).

Estudos apontam que, mesmo sendo satisfatório, o papel de cuidador pode interferir na saúde física, psicológica e até gerar obstáculos financeiros e sociais²². O cuidar reduz o tempo de lazer e sono, afeta o bem-estar e a saúde do cuidador, aumenta as despesas e diminui a renda familiar²³.

Os resultados deste estudo mostraram que as duas profissionais informais avaliadas descreveram sua qualidade de vida como satisfatória tanto antes como após a teleconsulta, sendo avaliada como muito boa após o período de orientação realizada. Verificou-se também que as pontuações finais do participante PF-1 diminuíram em relação as iniciais, exceto no domínio físico. Dentre os possíveis fatores de o domínio físico não ter apresentado melhores resultados e mantido os valores iniciais, a idade se destaca, uma vez que a idade avançada pode acarretar dores, fraqueza muscular e fadiga. Somado a isso, sua atividade profissional como cozinheira realizada antes de se

dedicar aos cuidados do marido, também pode ser um fator negativo em relação a este domínio²⁴.

A Tabela 3 apresenta os resultados iniciais e finais do índice de Incapacidade de Oswestry, obtidos por videochamada em dois momentos.

Tabela 3. Resultados das avaliações inicial e final do Índice de Incapacidade Oswestry.

	Resultados iniciais		Resultados finais	
	PF-1	PF-2	PF-1	PF-2
ODI	25	45	10	44

Profissional informal 1 (PF-1); Profissional informal 2 (PF-2).

Inicialmente, a PF-1 relatou sentir fortes dores na coluna, pois declarou que não tinha conhecimento sobre a maneira correta de transferir seu marido. Após as orientações por meio das cartilhas, principalmente as que abordavam exercícios de alongamento e transferência do paciente, relatou melhoras. Dessa forma, segundo o Índice de Incapacidade Oswestry, a mesma apresentou mudança na intensidade da dor, passando de moderada para mínima após as orientações, enquanto a da PF-2 se manteve intensa.

A dor é um sintoma presente em muitos cuidadores que, inclusive relatam dores após começar a cuidar das pessoas acamadas. Cerca de 78% dos cuidadores entrevistados apresentavam dores, ressaltando que 66,7% apresentavam dores localizadas na região da coluna²².

A Tabela 4 apresenta os resultados iniciais e finais dos itens ansiedade e depressão da escala HADS.

Tabela 4. Resultados das avaliações inicial e final da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

	Resultados iniciais		Resultados finais	
	PF-1	PF-2	PF-1	PF-2
Ansiedade	11	12	9	10
Depressão	1	8	1	5

Profissional informal 1 (PF-1); Profissional informal 2 (PF-2).

A pontuação relativa à ansiedade teve diminuição nos dois casos avaliados passando de provável diagnóstico de ansiedade para possível quadro de ansiedade, conforme pontos de corte²⁵, sendo que em ambos os casos o quadro de ansiedade estava presente mesmo após o teleatendimento. Na subescala de depressão, nenhum dos casos apresentava pontuação acima de nove, o que demonstra pela escala, que estas pessoas não apresentam quadro de depressão. Mesmo diante deste valor, uma das profissionais informais diminuiu em três pontos nos sintomas de depressão. Sobre este aspecto, em um trabalho com 114 cuidadores, foi constatado que 72,8% destes não apresentavam sintomas depressivos, porém a ansiedade estava presente em todos os casos sendo metade com sinais de ansiedade leve, quase 22% com grau moderado e os demais com ansiedade constatada mais grave e severa²¹.

Diante dos achados deste estudo somados ao papel da fisioterapia no atendimento ao paciente com AVC, é

necessário destacar a importância da atenção ao contexto deste atendimento, incluindo a preocupação com o profissional informal que, neste trabalho, apontou para dificuldades e problemas enfrentados decorrentes da função desempenhada.

Vale salientar que outros estudos devem ser realizados, especialmente para relacionar como o fisioterapeuta pode amenizar problemas destes profissionais informais, tais como dores, ansiedades entre outros desconfortos físicos e seus desdobramentos psicológicos.

Orientações, treinamentos, aquisição de conhecimentos sobre a doença, funcionalidades e técnicas a serem implementadas nas transferências, nos posicionamentos e em outras atividades de vida diária do paciente podem amenizar os desconfortos de quem cuida. Dentre os comportamentos e ações para promover saúde de profissionais informais, estão a busca por informações, apoio e suporte social, a rotina de cuidados, realização de atividades físicas entre outros²⁶.

Ao se preocupar com a qualidade de vida e saúde do profissional informal, destacando os preditores que podem trazer prejuízos à vida destes, pode-se buscar fatores associados e proporcionar intervenções, incluindo a teleconsulta, para contribuir com o bem-estar dessa população.

CONCLUSÃO

As orientações fisioterapêuticas por teleconsulta se mostraram eficientes sobre a percepção da qualidade de vida de cuidadores informais, bem como na redução das dores e dos sintomas de ansiedade e depressão.

Como limitação do estudo, deve ser considerado o número amostral reduzido, que dificultou a extração de dados e comparações para melhor apresentação dos resultados. Não foi objetivo realizar um estudo de comparação entre as formas de atendimento presencial e por meio de teleconsulta, entretanto salientamos que para próximos estudos seja interessante explorar a temática.

REFERÊNCIAS

- 1.Costa Filho AM, Mambrini JVM, Malta DC, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Contribution of chronic diseases to the prevalence of disability in basic and instrumental activities of daily living in elderly Brazilians: the national Health Survey (2013). Cad Saúde Púb 2018;34:e00204016. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00204016>
- 2.Organização Mundial da Saúde. Manual STEPS de Acidentes Vasculares Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais. Organização Mundial da Saúde: Genebra; 2006. <http://www1.paho.org/portuguese/ad/dpc/nc/steps-stroke.pdf>.
- 3.World Health Organization (WHO). Health statistics and information systems – Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. (endereço na Internet]. Geneva; 2018 (acessado em 18/11/2018). Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en
- 4.Oliveira BC, Garanhani ML, Garanhani MR. Cuidador de pessoa com acidente encefálico – necessidade, sentimentos e orientações recebidas. Acta Paul Enferm 2011;24:43-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000100006>
- 5.Boaventura LC, Borges HC, Ozaki AH. Avaliação da sobrecarga do cuidador de pacientes neurológicos cadeirantes adultos. Cienc Saúde Col 2016;21:3193-202. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152110.15202016>

6. Wanderley MB. Publicização do papel do cuidador domiciliar (Tese). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1998; 54p. <http://www.bibcir.fsp.usp.br>
7. Efi P, Fani K, Eleni T, Stylianos K, Vassilios K, Konstantinos B, *et al.* Quality of Life and Psychological Distress of Caregivers' of Stroke People. *Acta Neurol Taiwanica* 2017;26:154-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30315561/>
8. McCurley JL, Funes CJ, Zale EL, Lin A, Jacobo M, Jacobs JM, *et al.* Preventing Chronic Emotional Distress in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers. *Neurocritical Care* 2019;30:581-9. <http://doi.org/10.1007/s12028-018-0641-6>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador: Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64p. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
10. Urgur HG, Erci B. The Effect of Home Care for Stroke Patients and Education of Caregivers on the Caregiver Burden and Quality of Life. *Acta Clin Croat* 2019;58:321-32. <https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.02.16>
11. Jellema S, Wijnen MAM, Steultjens EMJ, Sanden MWGN, Sande RV. Valued activities and informal caregiving in stroke: a scoping review. *Disabil Rehabil* 2019;41:2223-34. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1460625>
12. McLean S, Protti D, Sheikh A. Telehealthcare for long term conditions. *BMJ* 2011;342:d120. <https://doi.org/10.1136/bmj.d120>
13. Galea MD. Telemedicine in Rehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin North Am* 2019;30:473-83. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2018.12.002>
14. Brennan D, Tindall L, Theodoros D, Brown J, Campbell M, Christiana D, *et al.* A Blueprint for Telerehabilitation Guidelines. *Inter J Telerehabil* 2010;2:31-4. <https://doi.org/10.5195/ijt.2010.6063>
15. Marques MR, Ribeiro ECC, Santana CS, Elui VM. Aplicações e benefícios dos programas de Telessaúde e Telerreabilitação: uma revisão da literatura. *Rev Eletr Com Infor Inov Saúde* 2014;8:43-52. <https://doi:10.3395/reciis.v8i1.707pt>
16. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Brasil). Resolução nº. 516, de 20 de março de 2020. *Diário Oficial da União* 23 de mar 2020; Seção 1. <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>
17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med J* 1965;14:56-61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14258950/>
18. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
19. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28:551-8. <https://doi:10.1017/s0033291798006667>

20. Falavigna A, Teles AR, Braga GL, Barazzeti DO, Lazzaretti L, Tregnago AC. Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral. *Columna* 2011;10:62-7. <https://doi.org/10.1590/S1808-18512011000100012>
21. Felipe SGB, Oliveira CES, Silva CRDT, Mendes PN, Carvalho KM, Silva-Júnio FL, *et al.* Ansiedade e depressão em cuidadores informais de idosos dependentes: um estudo analítico. *Rev Bras Enferm* 2020;73:1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0851>
22. Mendes PN, Figueiredo ML, Santos AM, Fernandes MA, Fonseca RS. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paul Enferm* 2019;32:87-94. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900012>
23. Caro CC, Costa JD, Cruz DMC. Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patients. *Occupat Ther Health Care* 2018;0:1-18. <https://doi.org/10.1080/07380577.2018.1449046>
24. Alencara MCB, Cavalcanti TA, Montezorb JB. Condições de trabalho em uma cozinha industrial e distúrbios osteomusculares de trabalhadores. *Cad Ter Ocup UFSCar* 2013;21:155-62. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.020>
25. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pú* 1995;5:355-66. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
26. Brito CM, Figueiredo ML, Tyrrell MA. Comportamentos promotores de saúde por cuidadores informais de idosos: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm* 2022;35:eAPE003782 <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03783>

Posicionamento do paciente pós AVC

Quando a lesão pelo AVC ocorre do lado direito do cérebro, os comprometimentos apresentados pelo paciente aparecerão do lado esquerdo e, se a lesão for do lado esquerdo, os comprometimentos aparecerão do lado direito.

Padrão espástico: pacientes após o AVC tendem a apresentar um posicionamento conhecido por uma flexão de membros superiores e extensão de membros inferiores.



Preparação do quarto

Todos os estímulos (televisão, mesa, pessoas) devem vir do lado oposto aquele que apresenta alterações de movimento.



Disposição dos travesseiros

Dessa maneira o ombro acometido fica em um posicionamento adequado.



Deitado sobre as costas

Cabeça em leve flexão e o braço acometido apoiado deixando a mão um pouco levantada.



Deitado sobre o lado afetado

O braço acometido deve ficar estendido e a perna levemente flexionada.



Deitado sobre o lado oposto

Deixar o braço acometido levemente estendido, o joelho um pouco dobrado e a cabeça não deve ficar para trás.



Sentado na cadeira

Os braços devem estar apoiados lateralmente ao corpo; o braço acometido apoiado em uma almofada, cotovelo estendido, ligeiramente afastado do corpo, punho e dedos estendidos e abertos; pés apoiados sobre uma base e nunca pendurados. A posição do braço deve ser mudada com frequência.

Transferências do paciente pós AVC

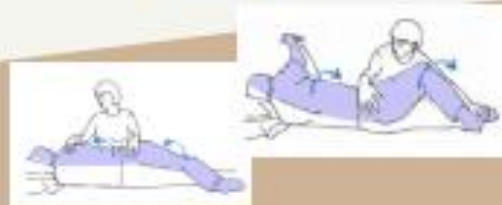
Deslocamento lateral na cama

Colocar uma mão no joelho, outra no quadril e dar um estímulo para que o paciente levante o quadril (não deixar o pé acometido fazer força nas pontas dos pés e sim no calcanhar).



Rodando o corpo a partir do lado envolvido

Com uma mão no quadril e outra na escápula, apenas ajudar o paciente a realizar um rolamento adequado (proteger ao máximo o braço envolvido durante o deslocamento). Em uma segunda opção, o paciente pode cuidar de seu braço.



Passando para a posição sentada

Dobrar as pernas do paciente e observar para que o ombro acometido receba o peso do corpo sem que caia para frente. Colocar a mão na axila para proteger a articulação do ombro. Uma outra maneira é deixar o paciente cuidar do ombro acometido e realizar a passagem de maneira mais independente.



Deslocamento a partir dos movimentos do quadril

Com o paciente já sentado, colocar uma mão em cada lado do quadril e puxar um lado de cada vez de maneira a levar o corpo para frente. O paciente pode segurar o braço acometido ou colocar ambos ao redor do pescoço do cuidador. Uma outra opção é dar apenas um auxílio permitindo uma maior participação do paciente.



Sentado para em pé

Com uma mão em cada escápula, dar apoio no joelho acometido e trazer o tronco do paciente para frente e para cima. Caso seja necessário trazê-lo para a ponta da cadeira, colocar uma mão em cada lado do quadril e puxá-lo para frente. Outra opção é ficar ao lado do paciente enquanto ele se apoia em algum objeto a sua frente e realiza o movimento, garantindo maior segurança.



Andando

Dando apoio ao braço acometido e tronco, proporcionar suporte para que o paciente ande ereto. É importante segurar o antebraço rodado para fora e com o polegar aberto, assim os outros dedos também abrirão. Outra opção é posicionar-se do lado acometido e colocar uma mão em cada lado do quadril, auxiliando na transferência de peso para a perna desse lado.



Mudança de decúbito

Como prevenir úlceras de pressão?

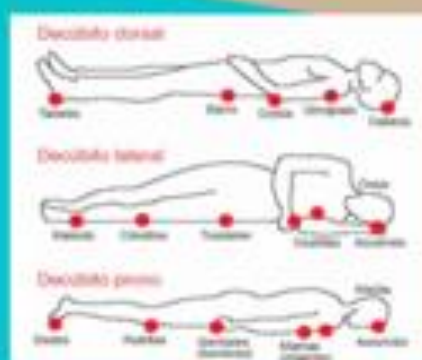


Úlceras de Pressão

É uma lesão da pele e dos tecidos
Aparecimento de manchas vermelhas que permanecem após a mudança de decúbito é um sinal de alerta..

Prevenção

- 1 - Realizar mudança de decúbito (posição) de 2/2h;
- 2 - Com a utilização travesseiros ou almofadas macias entre os joelhos, tornozelos e calcanhares, auxiliando a evitar o aparecimento dessas feridas;
- 3 - O uso de colchões ajudam no alívio da pressão, como o colchão caixa de ovo e/ou colchão de ar;



ZONAS DO CORPO QUE DEVEM SER VIGIADAS POR SEREM SUSCEPTÍVEIS Á FORMAÇÃO DE UP

Cadeirantes: não podem ficar com os joelhos encostados na cadeira, deve haver um espaço!

Alongamentos

o alongamento apresenta inúmeros benefícios como melhora da postura, aumento da flexibilidade, alívio da dor em algumas doenças ou mesmo na prevenção de lesões.

- são exercícios em que a pessoa permanece por um determinado tempo;
- esses alongamentos a seguir podem ser realizados por 15 segundos cada.



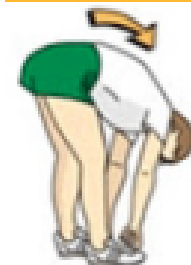
1- Em pé, puxe a cabeça com uma das mãos até sentir a lateral do pescoço. Realizar esse exercício dos dois lados.



2- Em pé, ergua os braços esticando-os em cima da cabeça e mãos entrelaçadas.



3- Em pé, com os joelhos semi-flexionados e uma das mãos na cintura, levante a outra mão para cima e incline para lateral. Realizar esse exercício dos dois lados



4- Em pé, sem dobrar os joelhos, incline o tronco para frente e tente apoiar as mãos no chão.

Alongamentos



5- Deitado, perna direita flexionada e joelhos dobrados, pé apoiado no chão. Elevar a perna direita, com uma toalha envolvendo o pé direito e segure-a pelas pontas com as duas mãos. A perna deve ser estendida puxando a ponta do pé na direção do seu corpo. Realizar esse exercício com a outra perna em seguida.



6- Deitado de barriga para cima, puxe umas das pernas para perto do peito o máximo que conseguir. Depois repita com a outra perna.



7- Deitado, com as pernas estendidas e relaxadas. Coloque as mãos atrás das coxas, sob os joelhos e puxe-as em direção ao peito, mantendo a coluna no chão.



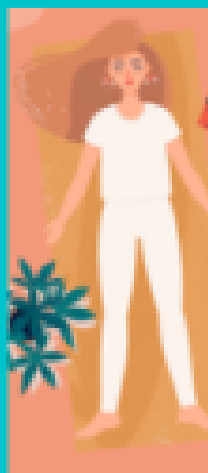
8- Deitar de barriga para baixo, esticar as pernas e os dedos dos pés. Colocar as mãos embaixo dos ombros com as palmas das mãos viradas para baixo. Pressionar as mãos contra o chão e levantar, devagar, a cabeça, os ombros e o peito, com cotovelos esticados. Manter pescoço e tronco alinhados.

Autocuidado

O QUE É AUTOCUIDADO?

É um conjunto de atitudes no cuidado de si mesmo. Dar valor aos pensamentos, emoções, na tentativa de administrar melhor sua saúde melhorando a qualidade de vida!

– Cuidado com o corpo. A prática de exercícios associado a alimentação saudável é de extrema importância para sua saúde.



– Dormir bem: Estar com as horas de sono em dia é algo essencial, para ficar descansado e poder dar seu melhor no dia a dia.

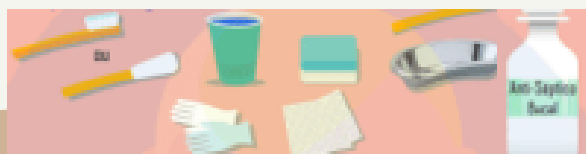


Atenção em sua saúde: fique atento para realizar exames regulares e ter hábitos saudáveis, visitar o médico regularmente!
Atividades como exercícios físicos podem ajudar combater depressão, estresse e ansiedade.

A higiene oral em paciente acamados

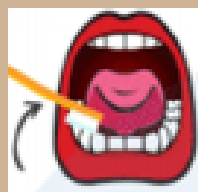
Material a utilizar:

Escova de dente ou espatula com gaze (bonequinha), copo descartável com água, toalha de rosto, cuba-rim, anti-septico oral, luva de procedimento, gaze.

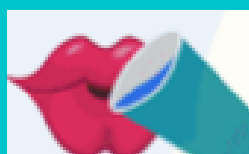
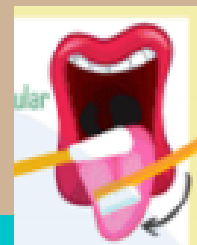


Realizando o procedimento:

Utilizar a escova de dentes da raiz em direção a extremidade dos dente. Fazer cerca de 6 a 10 movimentos em cada superfície dental, com pressão constante da escova.

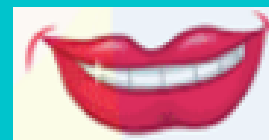


Repetir esse movimento na superfície vestibular e lingual, tracionando a língua com a espatula protegida com gaze.



Oferecer copo com água para exaguar a boca.

E pronto! Deixe seu paciente confortável e com o sorriso mais bonito!



Realizando o procedimento em paciente com Prótese:

- Solicitar que retire a prótese ou fazer por ele, utilizando a gaze;
- Colocá-la na cuba rim;
- Escovar a gengiva, palato e língua, se o paciente não puder fazê-lo;
- Oferece-la para que o paciente coloque-a ainda molhada;

Uso e armazenamento de medicamentos



1. Como armazenar os medicamentos?

Mantenha-os em lugares frescos, secos e seguros, longe do alcance de crianças e animais;
Evite guardá-los com produtos de limpeza, perfumes e alimentos;
Não guarde na porta da geladeira ou próximo do congelador;
O armazenamento deve ser individualizado para evitar erros e trocas;
Se utiliza porta comprimidos deixe somente a quantidade suficiente para 24 horas.

2. Higiene

- Guarde em local limpo;
- Lave as mãos antes de manusear qualquer medicamento.

3. Horários

- Respeitar os horários prescritos;
 - Não interromper o tratamento antes do dia previsto.
- Nunca acrescente, diminua, substitua ou retire um medicamento sem orientação!



4. Organização

- Procure mantê-los muito bem organizados;
- Abra somente um frasco ou embalagem por vez;
- Mantenha-os nas embalagens originais para facilitar sua identificação e controle de validade;
- Consulte seu médico ou farmacêutico caso observe qualquer mudança no medicamento: cor, mancha ou cheiro estranho.



5. Administração dos medicamentos

- Sempre com água



LEMBRE-SE:

- Sempre leve todas as receitas, os exames e os medicamentos em uso para as consultas médicas;
- Mantenha a receita médica junto com os medicamentos;
- Nunca espere o medicamento acabar para providenciar nova receita, para comprá-lo ou buscá-lo na unidade de saúde.