



## Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa

Strategies for self-management support by patients with stroke: integrative review

Estrategias de autocuidado apoyado para pacientes con accidente vascular cerebral: revisión integradora

Huana Carolina Cândido Morais<sup>1</sup>, Nathalia Costa Gonzaga<sup>1</sup>, Priscila de Souza Aquino<sup>2</sup>, Thelma Leite de Araujo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>2</sup>Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>3</sup>Professora Associada, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze strategies for self-management support by patients with stroke in the light of the methodology of the five A's (ask, advice, assess, assist and arrange). **Methods:** Integrative review conducted at the following databases CINAHL, SCOPUS, PubMed, Cochrane and LILACS. **Results:** A total of 43 studies published between 2000 and 2013 comprised the study sample. All proposed actions in the five A's methodology and others were included. We highlight the Assist and Arrange, in which we added actions, especially with regard to the use of technological resources and joint monitoring between patients, families and professionals. No study included all five A's, which suggests that the actions of supported self-management are developed in a fragmented way. **Conclusion:** The use of five A's strategy provides guidelines for better management of patients with stroke with lower cost and higher effectiveness.

### DESCRIPTORS:

Stroke; Self Care; Activities of Daily Living; Nursing Care; Review.

### Autor Correspondente:

Thelma Leite de Araujo  
Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo  
CEP 60430-160 – Fortaleza, CE, Brasil  
E-mail: thelmaaraujo2012@gmail.com

Recebido: 25/07/2014  
Aprovado: 18/10/2014

## INTRODUÇÃO

Diante da magnitude das condições crônicas, o conceito de autocuidado apoiado, proposto no *Chronic Care Model* (CCM), vem sendo muito discutido nos últimos anos. Autocuidado apoiado refere-se às estratégias utilizadas com o objetivo de preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada, enfatizando o papel central dos indivíduos no gerenciamento do seu próprio cuidado<sup>(1)</sup>.

O autocuidado é sustentado por uma metodologia desenvolvida pelo *National Cancer Institute*, em 1989, para ser utilizada com pessoas tabagistas. Entretanto, ao longo do tempo essa metodologia sofreu alterações e pode ser aplicada em contextos clínicos diversos. Tornando-se conhecida como a metodologia dos 5 As: avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento. As ações representadas pelos 5 As estão fortemente inter-relacionadas, e um sistema de autocuidado apoiado é mais eficaz quando utilizado em conjunto<sup>(2)</sup>.

Há evidências robustas de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. Isso significa fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde<sup>(2)</sup>.

Essa metodologia pode ser aplicada de forma eficaz aos pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), o qual representa a principal causa de incapacidade crônica em todo o mundo<sup>(3)</sup>, ocasionando limitações no funcionamento físico, psicológico e social nos indivíduos acometidos por essa condição neurológica<sup>(4)</sup>.

Estima-se que entre 30 e 40% dos sobreviventes de episódios de AVC desenvolvem algum grau de dependência funcional, o que os impede de se reinserirem no mercado de trabalho e demanda algum tipo de auxílio no desempenho de atividades básicas de vida diária (AVD)<sup>(5)</sup>. Estudo realizado com pacientes na fase de reabilitação identificou que a localização da lesão, o tempo de recuperação, o desempenho nas atividades instrumentais da vida diária e a idade foram os mais importantes determinantes para a qualidade de vida desses pacientes<sup>(6)</sup>.

Salienta-se que os problemas de saúde secundários ao AVC podem reduzir ainda mais a qualidade de vida do paciente. Dentre os principais comprometimentos desenvolvidos após um AVC destacam-se o aparecimento ou agravamento do comprometimento motor, problemas no sono, quedas, incontinência urinária e déficits de memória<sup>(7)</sup>.

Nesse contexto, os profissionais de saúde devem desempenhar um importante papel na assistência aos pacientes com AVC, acompanhando o processo de tratamento e reabilitação, prevenindo ou detectando precocemente as complicações, com a finalidade de alcançar o bem-estar desses pacientes e, assim, a promoção da saúde<sup>(8)</sup>. Ademais, o ponto de partida para a assistência consiste na percepção dos profissionais a respeito das necessidades de saúde dos pacientes, inseridas num plano de cuidados integral<sup>(9)</sup>.

Para tanto, é necessário que esses profissionais de saúde desenvolvam habilidades para atuar junto aos indivíduos com AVC, proporcionando maiores oportunidades de redução dos danos e incapacidades, bem como melhorando a capacidade de autocuidado visando a uma melhor qualidade de vida.

No entanto, reconhece-se que o processo de empoderamento precisa ser pautado em métodos adequados para que os resultados possam ser eficazes. Neste contexto, surgiu o seguinte questionamento: *Quais têm sido as estratégias utilizadas para aumentar o autocuidado apoiado de pacientes com AVC, publicadas e disponíveis em bases de dados?*

A resposta a essa questão pode colaborar para uma reflexão crítica da prática assistencial de profissionais de saúde no suporte de autocuidado apoiado a pacientes com AVC, visando aprimorar a atuação dos mesmos. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar as estratégias relacionadas ao autocuidado apoiado de pacientes com AVC, publicadas e disponíveis em bases de dados.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, método que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado<sup>(10)</sup>.

Para o alcance do objetivo proposto, seguiram-se as seguintes etapas: (1) identificação do problema ou da temática (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de descritores); (2) determinação de critérios para inclusão/exclusão de artigos (seleção dos artigos); (3) categorização dos estudos de acordo com a metodologia dos 5 As; (4) definição das informações a serem extraídas dos trabalhos selecionados; (5) análise e discussão; (6) síntese dos achados evidenciados nos artigos analisados<sup>(11)</sup>.

A metodologia dos 5 As engloba cinco estratégias que devem ser utilizadas para apoiar a construção do plano de cuidados, são elas: Avaliação, na qual se investigam as crenças, comportamentos e conhecimentos dos pacientes; Aconselhamento, quando são informados os riscos da saúde e os benefícios da mudança; Acordo, necessário para a definição colaborativa de metas, de plano de ações e de grau de confiança; Assistência, em que se identificam barreiras, tecnologias de solução de problemas e apoio material e/ou social; e Acompanhamento, quando se implanta o sistema de monitoramento<sup>(2)</sup>. Essas estratégias nortearam a análise dos dados do presente estudo.

Os critérios de inclusão para a seleção das publicações foram: possuir como temática a utilização de alguma estratégia de apoio ao autocuidado em pacientes com AVC; estar disponível eletrônica e gratuitamente na íntegra; ser classificado como artigo original, relato de experiência ou revisão sistemática; ser indexado em no mínimo uma das seguintes bases de dados: *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS, *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PubMed), Cochrane ou *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). Foram excluídos os editoriais, as cartas ao editor, os artigos de reflexão e os repetidos.

O levantamento dos artigos foi realizado no mês de novembro de 2013, utilizando-se os descritores controlados da LILACS “*acidente vascular cerebral*” e “*autocuidado*”. Os descritores MeSH (*Medical Subject Headings*), “*stroke*” e “*self-care*” foram utilizados nas bases CINAHL, SCOPUS, PubMed e Cochrane. Ressalta-se que a busca, a seleção dos artigos e a extração dos dados foram realizadas por um único pesquisador.

A partir da associação dos descritores, foram encontrados 560 artigos, publicados entre os anos de 2000 e 2013. Inicialmente, foram lidos os títulos e resumos e avaliados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Após essa etapa, realizou-se a leitura de 73 artigos na íntegra, dos quais 43 atendiam aos critérios de inclusão (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição dos artigos encontrados e selecionados - Fortaleza, 2013.

Artigos/Base	PubMed	CINAHL	SCOPUS	Cochrane	LILACS	Total
Encontrados	172	72	312	2	2	560
Excluídos	168	55	290	2	2	517
Selecionados	4	17	22	0	0	43

Dos manuscritos excluídos, 83 estavam indisponíveis eletronicamente (21 no PubMed, 24 na CINAHL, 36 na SCOPUS e dois na Cochrane); 19 eram editoriais ou opiniões de especialistas (PubMed, SCOPUS); seis revisões narrativas (CINAHL, SCOPUS); quatro resumos de congresso (CINAHL, SCOPUS); duas dissertações (CINAHL); 288 não responderem à questão de pesquisa (39 no PubMed, 224 na SCOPUS, 23 na CINAHL e dois na LILACS) e 115 eram duplicatas (107 no PubMed, 7 na SCOPUS e 1 na CINAHL).

Os resultados do estudo são apresentados em forma de quadro e analisados segundo as categorias predefinidas de acordo com a metodologia dos 5 As. Inicialmente foram lidos títulos e resumos para pré-selecionar o artigo, após, procedeu-se a leitura na íntegra dos artigos para confirmar sua permanência na amostra e iniciar a extração dos dados. Um artigo poderia apresentar mais de uma estratégia, podendo contemplar mais de um dos 5 As.

## RESULTADOS

Dos 560 artigos, 43 compuseram a amostra do estudo, contemplando os critérios de inclusão. Foram publicados

nos anos de 2000 a 2013, com concentração de publicações nos quatro últimos anos.

O Quadro 1 apresenta as estratégias de autocuidado apoiado, identificadas nas publicações selecionadas pela revisão integrativa. As ações sublinhadas foram identificadas nos artigos selecionados, mas não constam na metodologia desenvolvida pelo *National Cancer Institute*. Conforme proposto, estão divididas de acordo com as ações da metodologia dos 5 As.

Destaca-se que nenhum artigo congregou todas as cinco estratégias da metodologia. Dois artigos<sup>(12-13)</sup> abordaram quatro estratégias, enquanto 18 artigos só contemplaram uma única estratégia. Foi semelhante a quantidade de artigos que abordaram duas e três estratégias, 12 e 11 publicações, respectivamente. As estratégias de Assistência e Avaliação foram as mais identificadas. Ressalta-se que algumas das estratégias podem ser classificadas em mais de uma categoria da metodologia, e que essa escolha era definida a partir do contexto do estudo analisado.

**Quadro 1** – Estratégias de autocuidado utilizadas em pacientes com AVC de acordo com a metodologia dos 5 As - Fortaleza, 2013.

Metodologia dos 5As
<p><b>Avaliação</b></p> <p>Avaliar o conhecimento da pessoa sobre sua condição de saúde<sup>(14-18)</sup>.</p> <p>Perguntar à pessoa o que é mais importante para ela, no momento, no autocuidado<sup>(13,19-22)</sup>.</p> <p>Perguntar à pessoa quais são as barreiras ao autocuidado<sup>(14,21,23)</sup>.</p> <p>Avaliar a importância e o grau de confiança da pessoa para o autocuidado<sup>(2,14,17,24-29)</sup>.</p> <p>Avaliar a capacidade dos participantes para a realização de uma intervenção computacional para sua autogestão<sup>(30)*</sup>.</p> <p>Conhecer as estratégias utilizadas por pacientes com disartria após um AVC para reabilitar-se<sup>(23)*</sup>.</p> <p>Avaliar o grau de depressão após um AVC que influencia as ações de autocuidado<sup>(17)*</sup>.</p>
<p><b>Aconselhamento</b></p> <p>Informar a pessoa sobre os seus sintomas<sup>(31)</sup> e os resultados dos exames complementares, reconhecendo a sua singularidade cultural<sup>(12)</sup>.</p> <p>Informar a pessoa que as mudanças comportamentais são tão importantes quanto tomar medicamentos<sup>(32)</sup>.</p> <p>Informar quais são as evidências sobre as mudanças de comportamento na saúde<sup>(31,33)</sup>.</p> <p>Compartilhar as diretrizes clínicas baseadas em evidência para encorajar a pessoa a participar no tratamento<sup>(33-34)</sup>.</p> <p>Estabelecer um programa de intervenção com sessões semanais com o objetivo de melhorar o conhecimento dos pacientes e de envolvê-los no autocuidado<sup>(12,18,29,35-37)</sup>, incluindo o uso de cartilha educativa sobre autogerenciamento<sup>(38)*</sup>.</p>

continua...

continuação...

<p><b>Acordo</b></p> <p>Estabelecer, de forma compartilhada com a pessoa, uma meta específica para o autocuidado<sup>(12-13,19,26-27,39)</sup>.</p> <p>Prover possíveis opções para a definição da meta de autocuidado<sup>(40)</sup>.</p> <p>Estimular a pessoa a buscar a ajuda de parentes e amigos para a definição da meta<sup>(40-41)</sup>.</p> <p>Discutir benefícios e riscos referentes a possíveis metas<sup>(32)</sup>.</p> <p>Estabelecer de forma compartilhada o plano de ações para alcançar a meta definida<sup>(31,34,42-43)</sup>.</p> <p>Estabelecer, em conjunto, o grau de confiança da pessoa em alcançar a meta<sup>(32,39)</sup>.</p>
<p><b>Assistência</b></p> <p>Ajudar a pessoa a identificar possíveis barreiras para atingir a meta<sup>(13,40)</sup>.</p> <p>Discutir com a pessoa o plano de autocuidado<sup>(40)</sup>. Elaboração do Processo de Enfermagem na reabilitação após um AVC segundo a Teoria de Orem<sup>(44)</sup>.</p> <p>Encaminhar a pessoa a um grupo ou a um curso sobre autocuidado apoiado<sup>(12,18,27-29)</sup>.</p> <p>Identificar com a pessoa possíveis recursos existentes na família e na comunidade que possam dar suporte ao autocuidado<sup>(36,40,43-44)</sup>.</p> <p>Prestar serviços que sejam adequados à cultura da pessoa<sup>(12,29,36,40)</sup>.</p> <p>Nos encontros de monitoramento, fazer a revisão de progresso do plano de autocuidado, renegociar meta e rever plano de ações<sup>(13)</sup>.</p> <p>Incluir estratégias de Entrevista Motivacional<sup>(32)*</sup>.</p> <p>Implementar uma intervenção de autocuidado centrada no paciente<sup>(13,45-46)*</sup>.</p> <p>Permitir que o paciente descubra as suas próprias habilidades após um AVC<sup>(20,29,47)*</sup>.</p> <p>Trabalho em equipe multiprofissional<sup>(18,20,27,29,48)*</sup>.</p> <p>Assistir os pacientes na realização de um plano de autocuidado para reabilitação motora após um AVC<sup>(33,37,41,49-50)*</sup>.</p> <p>Intervenções com uso de recursos tecnológicos, como telemedicina, realidade virtual e programas computacionais, em variados aspectos da reabilitação<sup>(19,30,42,47,51-53)*</sup>.</p>
<p><b>Acompanhamento</b></p> <p>Dar à pessoa uma cópia, por escrito, do plano de autocuidado<sup>(40)</sup>.</p> <p>Monitorar, a distância, por telefone ou correio, o plano de autocuidado<sup>(17,28,39,51)</sup>.</p> <p>Interferir para que a pessoa possa utilizar os recursos comunitários importantes no seu autocuidado<sup>(12,28)</sup>.</p> <p>Grupo de pares com apoio de profissionais<sup>(36,51)*</sup>.</p> <p>Acompanhar os pacientes<sup>(20,31,44,51)</sup> por questionários que avaliem atividades da vida diária, autocuidado e qualidade de vida de forma contínua<sup>(16)*</sup>.</p> <p>Encorajar o paciente e a família a monitorar o seu progresso e a necessidade de mudanças no plano de autocuidado<sup>(13,32,40)*</sup>.</p> <p>Avaliar o alcance de metas em conjunto com o paciente<sup>(13,42)*</sup>.</p> <p>Avaliar o alcance de metas em conjunto com o paciente<sup>(13,42)*</sup>.</p>

\*Ações sugeridas pelas autoras do estudo.

## DISCUSSÃO

Os pacientes com AVC possuem necessidades especiais que os enquadram como sujeitos que requerem cuidados variados. Por ser uma doença de início súbito, necessita de uma maior atenção profissional nos primeiros momentos, seguida de uma maior responsabilização do indivíduo pelo seu próprio cuidado. Destaca-se que alguns pacientes continuam dependentes de ajuda profissional devido à gravidade das sequelas advindas dessa condição de saúde. Mas mesmo esses indivíduos devem ter seu autocuidado incentivado.

Consoante com as ações elencadas, o primeiro A (Avaliação) consiste no entendimento das crenças e valores, dos conhecimentos<sup>(14-18)</sup> e dos comportamentos das pessoas usuárias nas áreas sanitárias e motivacionais. Dentro da área comunitária deve-se entender a condição de saúde da pessoa e qual a sua capacidade para se autocuidar. No componente emocional é importante a avaliação da motivação para a mudança e a identificação das barreiras<sup>(14,21,23)</sup> para atingir as metas estabelecidas no plano de autocuidado.

O paciente com AVC deve ser incluído no seu tratamento como responsável principal, especialmente porque a doença acarreta déficits funcionais e psicológicos importantes. Destaca-se a importância de se avaliar o que é importante para o indivíduo no momento do autocuidado<sup>(13,19-22)</sup> e a capacidade dele para realizar as intervenções propostas<sup>(30)</sup>. Além de investigar sintomas depressivos, que influenciam diretamente na realização de cuidados gerais de prevenção, tais como receber uma vacina contra a gripe, realizar tratamento contra pneumonia, uma mamografia nos últimos dois anos e exame de sangue para rastrear alterações, etc<sup>(17)</sup>.

O segundo A, Aconselhamento, consiste na transmissão de informações específicas sobre os riscos e os benefícios das mudanças por meio da educação em saúde e do treinamento de habilidades. Está conectado com a importância que a pessoa dá às mudanças comportamentais<sup>(2)</sup>.

Nas ações compreendidas nesse A destaca-se a educação em saúde, especialmente voltada para a autogestão do paciente da sua condição crônica<sup>(38)</sup>, estando associada



a melhores resultados clínicos e custos mais baixos<sup>(36)</sup>. Esta estratégia deve estar apoiada em evidências científicas e diretrizes clínicas<sup>(31,33-34)</sup> para promover uma mudança de comportamento mais ampla e permanente. Estudos variados abordaram a implantação de um programa de intervenções com o objetivo de melhorar o conhecimento sobre a doença dos pacientes e envolvê-los com o autocuidado<sup>(12,18,29,35-37)</sup>.

De acordo com os resultados desta revisão, as ações do terceiro A (Acordo) foram integralmente contempladas, e não foram encontradas ações diferentes. O plano de cuidados ou metas específicas devem ser construídos nesta etapa<sup>(12-13,19,26-27,39)</sup>. Esta ação deve ser realizada de forma compartilhada entre profissionais, pacientes, parentes e amigos<sup>(40-41)</sup>. Outro aspecto importante é a determinação da autoeficácia do paciente para alcançar a meta proposta<sup>(32,39)</sup>.

Nesta revisão não se encontraram referências aos riscos da mudança. Credita-se o fato às características de pacientes com AVC, que já possuem um agravo instalado, e ao teor das intervenções propostas, as quais buscam prevenção secundária, como a não ocorrência de novos eventos agudos.

Dentre os As, o quarto, Assistência, foi o que agrupou uma maior quantidade de estudos. Dentre as ações consolidadas<sup>(2)</sup>, podemos observar uma reafirmação daquelas realizadas anteriormente, como identificação de barreiras para atingir as metas<sup>(13,40)</sup>, discussão do plano de cuidados<sup>(40)</sup>, e revisão do progresso de acordo com as metas estabelecidas<sup>(13)</sup>, revisando o plano para se adequar às reais necessidades do paciente a cada encontro de monitoramento. Destaca-se estudo que apontou a importância do Processo de Enfermagem na reabilitação do paciente com AVC e o uso da Teoria de Orem, que trabalha o autocuidado dos indivíduos<sup>(44)</sup>.

Outra ação seria encaminhar a pessoa e seus cuidadores a um grupo ou a um curso sobre autocuidado apoiado<sup>(12,18,27-29)</sup>, interferir para que recursos comunitários e familiares apoiem a reabilitação<sup>(36,40,43-44)</sup>. Salienta-se a importância da família nesse processo e a criação de cursos adequados à cultura das pessoas<sup>(12,29,36,40)</sup>. Uma das abordagens apontadas como eficazes na abordagem do paciente é a entrevista motivacional<sup>(32)</sup>.

Foram identificadas outras ações pertencentes a esse A que devem ser implementadas para o autocuidado apoiado. São elas: implementar uma intervenção de autocuidado centrada no paciente<sup>(13,45)</sup> de acordo com suas dificuldades mais prementes, por exemplo, a capacidade de vestir-se<sup>(46)</sup>. Permitir que o paciente descubra suas próprias habilidades<sup>(20,29,47)</sup>, evitando uma superproteção que dificulte a conquista da autonomia; presença de equipes multiprofissionais para o cuidado<sup>(18,20,27,29,48)</sup>; execução de planos de reabilitação física mais intensivos, com maior presença profissional e estímulo ao autogerenciamento dos exercícios<sup>(33,37,41,49-50)</sup>.

Intervenções com o uso de recursos tecnológicos, como telemedicina<sup>(47)</sup>, telerreabilitação<sup>(42,51)</sup>, realidade virtual<sup>(52)</sup> e programas computacionais<sup>(30,52)</sup>, foram empregadas para auxiliar a reabilitação dos indivíduos. Destaca-se que estudos posteriores que avaliem a eficácia dessas intervenções devem ser realizados. Pacientes com AVC que, muitas vezes, queixam-se de dificuldades de locomoção ou recursos financeiros para comparecer aos centros de cuidados podem

se beneficiar com a utilização desses recursos tecnológicos e realizar a reabilitação de forma mais precoce, completa e permanente.

Salienta-se que os programas de reabilitação assistenciais com ajuda profissional limitam-se a fornecer subsídios apenas no primeiro ano após o AVC, prejudicando o processo de reabilitação plena do indivíduo. Recomenda-se a necessidade de ampliação desse tempo de atendimento, pois estudos apontam avanços na recuperação mesmo após dois anos do evento<sup>(18,45)</sup>.

Após a assistência ao paciente com AVC, o último A consiste no Acompanhamento, ou seja, na elaboração e execução conjunta de um sistema de monitoramento<sup>(2)</sup>.

O autocuidado apoiado não é uma atividade de curto prazo, principalmente em um paciente acometido por AVC, o qual comumente tem de conviver com as sequelas do evento cerebrovascular. Dessa forma, é preciso que os profissionais de saúde realizem acompanhamento regular e sistemático por muito tempo, adotando diversas formas, tais como: visitas regulares aos serviços de saúde, visitas domiciliares, telefone<sup>(17,28,39)</sup>, correio eletrônico, grupos de pares<sup>(36)</sup> ou recursos comunitários<sup>(12,28)</sup>.

Na presente revisão, verificou-se que em apenas um estudo relatou-se a entrega de um plano de autocuidado por escrito ao paciente<sup>(40)</sup>. Esse resultado foi considerado negativo, visto que se recomenda que o plano deve ser escrito e colocado em um lugar visível para ser consultado todos os dias como, por exemplo, na porta da geladeira<sup>(2)</sup>.

Um acompanhamento regular pode ser realizado não tão somente pelos profissionais de saúde, mas também pelos pacientes e familiares<sup>(13,32,40,42)</sup>, a fim de adequar o plano às possibilidades reais da pessoa. Para isso, devem-se utilizar métodos de solução de problemas: identificar o problema, listar as alternativas para solucioná-lo, escolher as alternativas mais viáveis, monitorar os resultados e, em algumas circunstâncias, aceitar a ideia de que o problema pode não ser solucionado nesse momento<sup>(2)</sup>.

O acompanhamento pode ser muito benéfico quando se utilizam grupos de pares, com presença de várias pessoas, ou mesmo grupos de duas pessoas usuárias. Neste contexto, os profissionais da Atenção Primária em Saúde podem reunir pacientes com a mesma condição crônica, o que facilita o diálogo e a ajuda mútua diante das barreiras, bem como o compartilhamento das emoções com as metas alcançadas. O acompanhamento por pares com ajuda de profissionais foi uma abordagem utilizada em apenas um dos estudos incluídos nesta revisão<sup>(36)</sup>.

O autocuidado apoiado é um tema de estudo bastante recorrente na literatura, especialmente para pacientes com AVC, o que ratifica a sua importância. Entretanto, destaca-se que nenhum dos estudos analisados utilizou toda a estratégia dos 5 As, o que representa um ponto negativo, pois, quando usados em conjunto, eles reforçam sobremaneira o autocuidado apoiado.

Dentre as limitações presentes estudo, destacam-se a utilização de apenas cinco bases de dados, e que foi encontrado um elevado número de artigos somente em três delas; busca realizada por um único pesquisador; a escassez de

trabalhos brasileiros que abordem a temática em questão, uma vez que apenas um artigo foi encontrado. Dessa forma, a análise de artigos publicados em outros países pode ter sofrido interferências culturais, já que estão inseridos em outra realidade sociocultural.

## CONCLUSÃO

Foram analisados 43 artigos sobre as estratégias de autocuidado apoiado, utilizadas em pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral. No entanto, nenhum artigo englobou as cinco estratégias da metodologia dos 5 As, e a Assistência foi a mais encontrada, o que incita a uma reflexão sobre a forma fragmentada que os profissionais de saúde estão adotando para incentivar e apoiar o paciente a alcançar maiores níveis de autonomia e autocuidado.

O autocuidado apoiado estruturado de acordo com a estratégia dos 5 As fornece diretrizes para uma melhor abor-

dagem do paciente com AVC, com menor custo e maior efetividade. Especialmente quando empregado para a reabilitação física e social desse indivíduo.

Portanto, é fundamental a elaboração de um plano de autocuidado individualizado com metas realistas que atendam às necessidades de pacientes com AVC. Ele deve ser elaborado em comum acordo com o paciente, o profissional e os familiares, e devem ser elencados todos os recursos disponíveis na comunidade para sua efetiva realização.

Por fim, destaca-se que esta revisão pode contribuir para uma reflexão teórico-prática por parte de profissionais que atendem pacientes acometidos por AVC, principalmente aqueles da Atenção Primária em Saúde. Em busca de um cuidado humanizado e integral em todos os níveis de atenção, faz-se necessário que a equipe de saúde da família esteja preparada e seja proativa, a fim de colaborar para a reabilitação e reinserção de indivíduos com essa condição crônica.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral, à luz da metodologia dos 5 As (avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento). **Método:** Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados CINAHL, SCOPUS, PubMed, Cochrane e LILACS. **Resultados:** Foram selecionados 43 artigos, publicados entre 2000 e 2013, que compuseram a amostra do estudo. Todas as ações propostas na metodologia dos 5 As foram contempladas, e outras foram incluídas. Destacaram-se as relativas à Assistência e Acompanhamento, nas quais foram acrescentadas ações, especialmente no que se refere ao uso de recursos tecnológicos e trabalho conjunto de monitoramento entre pacientes, familiares e profissionais. Nenhum estudo contemplou todos os 5 As, o que sugere que as ações de autocuidado apoiado são desenvolvidas de forma fragmentada. **Conclusão:** O uso da estratégia dos 5 As fornece diretrizes para uma melhor abordagem do paciente com acidente vascular cerebral com menor custo e maior efetividade.

## DESCRIPTORIOS:

Acidente Vascular Cerebral; Autocuidado; Atividades Cotidianas; Cuidados de Enfermagem; Revisão.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las estrategias de autocuidado apoyado para pacientes con accidente vascular cerebral, a la luz de la metodología de las 5 As (apreciación, consejamiento, acuerdo, asistencia y acompañamiento). **Método:** Revisión integradora de la literatura llevada a cabo en las bases de datos CINAHL, SCOPUS, PubMed, Cochrane y LILACS. **Resultados:** Fueron seleccionados 43 artículos, publicados entre 2000 y 2013, que compusieron el muestreo del estudio. Todas las acciones propuestas en la metodología de las 5 As fueron contempladas, y otras fueron incluídas. Se destacaron las concernientes a la Asistencia y el Acompañamiento, a las que se añadieron acciones, especialmente en lo que se refiere al uso de recursos tecnológicos y trabajo conjunto de monitoreo entre pacientes, familiares y profesionales. Ningún estudio contempló todas las 5 As, lo que sugiere que las acciones de autocuidado apoyado se desarrollan de manera fragmentada. **Conclusión:** El empleo de la estrategia de las 5 As brinda directrices para un mejor abordaje del paciente portador de accidente vascular cerebral con menor costo y mayor efectividad.

## DESCRIPTORIOS:

Accidente Cerebrovascular; Autocuidado; Actividades Cotidianas; Atención de Enfermería; Revisión.

## REFERÊNCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington: OPAS; 2013.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPAS; 2012.
3. World Health Organization. Global status health report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
4. Korpershoek C, Van der Bijl J, Hafsteinsdottir TB. Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2011;67(9):1876-94.
5. Oliveira ARS, Araujo TL, Costa AGS, Morais HCC, Silva VM, Lopes MVO. Evaluation of patients with stroke monitored by home care programs. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1143-9.
6. Huang YH, Wu CY, Lin KC, Hsieh YW, Snow WM, Wang TN. Determinants of change in strokespecific quality of life after distributed constraint-induced therapy. *Am J Occup Ther*. 2013;67(1):54-63.

7. Divani AA, Majidi S, Barrett AM, Noorbaloochi S, Luft AR. Consequences of stroke in community-dwelling elderly: the health and retirement study, 1998-2008. *Stroke*. 2011;42(7):1821-5.
8. Cavalcante TF, Moreira RP, Guedes NG, Araujo TL, Lopes MVO, Damasceno MMC, et al. Nursing interventions for stroke patients: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(6):1486-90.
9. Maniva SJCF, Freitas CHA, Jorge MSB, Carvalho ZMF, Moreira TMM. Experiencing acute stroke: the meaning of the illness for hospitalized patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):357-63.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
11. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):434-8.
12. Goldfinger JZ, Kronish IM, Fei K, Graciani A, Rosenfeld P, Lorig K, et al. Peer education for secondary stroke prevention in inner-city minorities: design and methods of the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials*. 2012;33(5):1065-73.
13. Guidetti S, Ytterberg C. A randomised controlled trial of a client-centred self-care intervention after stroke: a longitudinal pilot study. *Disabil Rehabil*. 2011;33(6):494-503.
14. Satink T, Cup EH, Ilott I, Prins J, de Swart BJ, Nijhuis-van der Sanden MW. Patients' views on the impact of stroke on their roles and self: a thematic synthesis of qualitative studies. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013;94(6):1171-83.
15. Guidetti S, Asaba E, Tham K. The lived experience of recapturing self-care. *Am J Occup Ther*. 2007;61(3):303-10.
16. Ghatnekar O, Eriksson M, Glader EL. Mapping health outcome measures from a stroke registry to EQ-5D weights. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:34.
17. Ellis C, Grubaugh AL, Egede LE. The association between major depression, health behaviors, and quality of life in adult with stroke. *Int J Stroke*. 2012;7(7):536-43.
18. Marsden D, Quinn R, Pond N, Golledge R, Neilson C, White J, et al. A multidisciplinary group programme in rural settings for community-dwelling chronic stroke survivors and their carers: a pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2010;24(4):328-41.
19. Huijbregts MPJ, McEwen S, Taylor D. Exploring the feasibility and efficacy of a telehealth stroke self-management programme: a pilot study. *Physiother Can*. 2009;61(4):210-20.
20. Proot IM, Abu-Saad HH, Van Oorsouw GG, Stevens JJ. Autonomy in stroke rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes. *Nurs Ethics*. 2002;9(1):36-50.
21. Olofsson A, Andersson SO, Carlberg B. 'If only I manage to get home I'll get better'--interviews with stroke patients after emergency stay in hospital on their experiences and needs. *Clin Rehabil*. 2005;19(4):433-40.
22. Choi-Kwon S, Lee SK, Park HA, Kwon SU, Ahn JS, Kim JS. What stroke patients want to know and what medical professionals think they should know about stroke: Korea perspectives. *Patient Educ Couns*. 2005;56(1):85-92.
23. Brady MC, Clark AM, Dickson S, Paton G, Barbour RS. Dysarthria following stroke: the patient's perspective on management and rehabilitation. *Clin Rehabil*. 2011;25(10):935-52.
24. Jones F, Riazi A. Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2011;33(10):797-810.
25. Robinson-Smith G, Johnston MV, Allen J. Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2000;81(4):460-4.
26. Proot IM, Abu-Saad HH, de Esch-Janssen WP, Crebolder HF, ter Meulen RH. Patient autonomy during rehabilitation: the experiences of stroke patients in nursing homes. *Int J Nurs Stud*. 2000;37(3):267-76.
27. Huijbregts MPJ, Myers AM, Streiner D, Teasell R. Implementation, process, and preliminary outcome evaluation of two community programs for persons with stroke and their care partners. *Top Stroke Rehabil*. 2008;15(5):503-20.
28. Kendall E, Catalano T, Kuipers P, Posner N, Buys N, Chaker J. Recovery following stroke: the role of self-management education. *Soc Sci Med*. 2007;64(3):735-46.
29. Nir Z, Weisel-Eichler A. Improving knowledge and skills for use of medication by patients after stroke: evaluation of a nursing intervention. *Am J Phys Med Rehabil*. 2006;85(7):582-92.
30. Palmer R, Enderby P, Cooper C, Latimer N, Julious S, Paterson G, et al. Computer therapy compared with usual care for people with long-standing aphasia poststroke: a pilot randomized controlled trial. *Stroke*. 2012;43(7):1904-11.
31. Guidetti S, Tham K. Therapeutic strategies used by occupational therapists in self-care training: a qualitative study. *Occup Ther Int*. 2002;9(4):257-76.
32. Ireland S, MacKenzie M, Gould L, Dassinger D, Koper A, LeBlanc K. Nurse case management to improve risk reduction outcomes in a stroke prevention clinic. *Can J Neurosci Nurs*. 2010;32(4):7-13.
33. Huijben-Schoenmakers M, Rademaker A, Scherder E. 'Can practice undertaken by patients be increased simply through implementing agreed national guidelines?' An observational study. *Clin Rehabil*. 2013;27(6):513-20.
34. Hosomi M, Koyama T, Takebayashi T, Terayama S, Kodama N, Matsumoto K, et al. A modified method for constraint-induced movement therapy: a supervised self-training protocol. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2012;21(8):767-75.
35. Sit JWH, Yip VYB, Ko SKK, Gun AP, Lee JSH. A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke. *J Clin Nurs*. 2007;16(2):272-81.
36. Ovbiagele B. 'Al pie de la letra': crafting a report card for elderly spanish-only-speaking patients with stroke. *Stroke*. 2010;41(4):771-7.

37. Gustafsson L, Hodge A, Robinson M, McKenna K, Bower K. Information provision to clients with stroke and their carers: self-reported practices of occupational therapists. *Aust Occup Ther J.* 2010;57(3):190-6.
38. Jones F, Mandy A, Partridge C. Changing self-efficacy in individuals following a first time stroke: preliminary study of a novel self-management intervention. *Clin Rehabil.* 2009;23(6):522-33.
39. Damush TM, Ofner S, Yu Z, Plue L, Nicholas G, Willians LS. Implementation of a stroke self-management program a randomized controlled pilot study of veterans with stroke. *Transl Behav Med.* 2011;1(4):561-72.
40. Harwood M, Weatherall M, Talemaitoga A, Barber PA, Gommans J, Taylor W, et al. Taking charge after stroke: promoting self-directed rehabilitation to improve quality of life: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2012;26(6):493-501.
41. Azab M, Al-Jarrah M, Nazzal M, Maayah M, Sammour MA, Jamous M. Effectiveness os constraint-induced movement therapy (CIMT) as home-based therapy on barthel index in patients with chronic stroke. *Top Stroke Rehabil.* 2009;16(3):207-11.
42. McCullagh PJ, Mountain GA, Black ND, Nugent CD, Zheng H, Davies RJ, et al. Knowledge transfer for technology based interventions: collaboration, development and evaluation. *Technol Disabil.* 2012;24(3):233-43.
43. Quintas R, Cerniauskaite M, Ajovalasit D, Sattin D, Boncoraglio G, Parati EA, et al. Describing functioning, disability, and health with the International Classification of Functioning, Disability, and Health Brief Core Set for Stroke. *Am J Phys Med Rehabil.* 2012;91(13 Suppl 1):S14-21.
44. Lessmann JC, De Conto F, Ramos G, Borenstein MS, Meirelles BMS. Atuação da enfermeira no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofrem com Acidente Vascular Encefálico. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(1):198-202.
45. Chaiyawat P, Kulkantrakorn K. Effectiveness of home rehabilitation program for ischemic stroke upon disability and quality of life: a randomized controlled trial. *Clin Neurol Neurosurg.* 2012;114(7):866-70.
46. Christie L, Bedford R, McCluskey A. Task-specific practice of dressing task in a hospital setting improved dressing performance post-stroke: a feasibility study. *Aust Occup Ther J.* 2011;58(5):362-69.
47. Kuo YH, Chien YK, Wang WR, Chen CH, Chen LS, Liu CK. Development of a home-based telehealthcare model for improving the effectiveness of the chronic care of stroke patients. *Kaohsiung J Med Sci.* 2012;28(1):38-43.
48. Askim T, Mørkved S, Engen A, Roos K, Aas T, Indredavik B. Effects os a community-based intensive motor training program combined with early supported discharge after treatment in a comprehensive stroke unit: a randomized, controlled trial. *Stroke.* 2010;41(8):1697-703.
49. Harris JE, Eng JJ, Miller WC, Dawson AS. A self-administered graded repetitive arm supplementary program (GRASP) improves arm function during inpatient stroke rehabilitation: a multi-site randomized controlled trial. *Stroke.* 2009;40(6):2123-28.
50. Skidmore ER, Rodgers JC, Chandler LS, Holm MB. Dynamic interactions between impairment and activity after stroke: examining the utility of decision analysis methods. *Clin Rehabil.* 2006;20(6):523-35.
51. Taylor DM, Stone S, Huijbregts MP. Remote participants' experiences with a group-based stroke self-management program using video-conference technology. *Rural Remote Health Online [Internet].* 2012 [cited 2014 May 26];12:1947. Available from: <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=1947>
52. Langan J, DeLave K, Phillips L, Pangilinan P, Brown SH. Home-based telerehabilitation shows improved upper limb function in adults with chronic stroke: a pilot study. *J Rehabil Med.* 2013;45(2):217-20.
53. Cameirão MS, Badia SB, Duarte E, Verschure PFMJ. Virtual reality based rehabilitation speeds up functional recovery of the upper extremities after stroke: a randomized controlled pilot study in the acute phase of stroke using the rehabilitation gaming system. *Restor Neurol Neurosci.* 2011;29(5):287-98.