

Avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral acompanhados por programas de assistência domiciliária

EVALUATION OF PATIENTS WITH STROKE MONITORED BY HOME CARE PROGRAMS

EVALUACIÓN DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ACOMPAÑADOS POR PROGRAMAS DE CUIDADO DOMICILIARIO

Ana Railka de Souza Oliveira¹, Thelma Leite de Araujo², Alice Gabrielle de Sousa Costa³, Huana Carolina Cândido Morais⁴, Viviane Martins da Silva⁵, Marcos Venícios de Oliveira Lopes⁶

RESUMO

A proposta do estudo foi avaliar o paciente com acidente vascular cerebral em tratamento domiciliário, investigando capacidade funcional, estado mental e análise antropométrica. Estudo transversal realizado em Fortaleza/CE, de janeiro a abril de 2010. Foram investigados 61 indivíduos acompanhados pelo programa de assistência domiciliar de três hospitais terciários, mediante entrevista e aplicação de escalas. Encontrou-se maioria do sexo feminino (59%), idosos, acamados, com baixa escolaridade, com história de outros eventos de acidente vascular cerebral, elevado grau de dependência para as atividades básicas (73,8%) e instrumentais (80,3%) da vida diária e baixo nível cognitivo (95,1%). Também apresentavam traqueostomia, sondagem gástrica e vesical, dificuldades para ouvir, falar, mastigar, engolir e faziam uso diário de vários medicamentos. Concluiu-se que o atendimento domiciliário de enfermagem consolida-se como alternativa de assistência aos indivíduos com acidente vascular cerebral.

DESCRIPTORIOS

Acidente vascular cerebral
Assistência domiciliária
Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the patient with a stroke in home treatment, investigating physical capacity, mental status and anthropometric analysis. This was a cross-sectional study conducted in Fortaleza/CE, from January to April of 2010. Sixty-one individuals monitored by a home care program of three tertiary hospitals were investigated, through interviews and the application of scales. The majority of individuals encountered were female (59%), elderly, bedridden, with a low educational level, a history of other stroke, a high degree of dependence for basic (73.8%) and instrumental (80.3 %) activities of daily living, and a low cognitive level (95.1%). Individuals also presented with tracheostomy, gastric feeding and urinary catheter, difficulty hearing, speaking, chewing, swallowing, and those making daily use of various medications. It was concluded that home care by nurses is an alternative for care of those individuals with a stroke.

DESCRIPTORS

Stroke
Home nursing
Nursing care

RESUMEN

La propuesta del estudio fue evaluar al paciente con accidente cerebro vascular en tratamiento domiciliario, se investigó la capacidad funcional, el estado mental y el análisis antropométrico. Estudio transversal desarrollado en Fortaleza/CE, de enero a abril del 2010. Se investigaron 61 personas acompañadas por el programa de atención domiciliar de tres hospitales de nivel terciario a través de entrevistas y aplicación de escalas. Se encontró en la mayoría: mujeres (59%), adultos mayores, postrados en cama, con bajo nivel de educación, con historia de otros accidentes cerebro vasculares, alto grado de dependencia para las actividades básicas (73,8%) e instrumentales (80,3%) de la vida diaria y bajo nivel cognitivo (95,1%). También tenían traqueotomía, sonda nasogástrica y vesical, dificultad para oír, hablar, masticar, tragar y usaban varios medicamentos diarios. Se concluye que la atención domiciliar de enfermería se consolida como alternativa de cuidado a las personas con accidente cerebro vascular.

DESCRIPTORIOS

Accidente cerebrovascular
Atención domiciliar de salud
Atención de enfermería

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista CAPES. Fortaleza, CE, Brasil. railkaufc@yahoo.com.br ² Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora do CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. thelmaaraujo2012@gmail.com ³ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista FUNCAP. Fortaleza, CE, Brasil. alice_gabrielle@yahoo.com.br ⁴ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista FUNCAP. Fortaleza, CE, Brasil. huanacarolina@yahoo.com.br ⁵ Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. vivianemartinsdasilva@hotmail.com ⁶ Doutor em Enfermagem. Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisador do CNPq. Fortaleza, CE, Brasil. marcos@ufc.br

INTRODUÇÃO

Entre as doenças cardiovasculares, o acidente vascular cerebral (AVC) destaca-se como uma das mais prevalentes, sendo causa de déficits neurológicos importantes. Aproximadamente 20% dos pacientes com AVC sobrevivem apenas um mês após sua ocorrência, outros 50% sobrevivem por mais tempo, mas apresentam deficiência, considerável e permanente, necessitando de cuidados. Os demais 30% apresentam déficits neurológicos, adquirindo permanentemente certo grau de dependência⁽¹⁾.

Além das grandes repercussões para o paciente, sua família e a comunidade, os investimentos na prevenção dessa doença são decisivos para evitar gastos com a hospitalização e a reabilitação⁽²⁾. No entanto, segundo se observa, cuidar de alguém com AVC no domicílio é cada vez mais frequente no cotidiano das famílias. Surgem então alguns desafios para os profissionais enfermeiros: como atender às necessidades desses pacientes e como promover a sua saúde.

De acordo com as pesquisas que envolvem o cuidar/cuidado domiciliar, a permanência de doentes em casa não é mais uma tendência, é uma realidade. Assim, compreender parte do processo de cuidar no domicílio possibilita identificar algumas das carências e das fragilidades para as quais o enfermeiro precisa dirigir sua atenção, eleger prioridades e concentrar seu trabalho⁽³⁾.

Para prestar uma assistência mais direcionada, é importante conhecer as características e as necessidades do paciente, adequando as condutas à realidade encontrada.

Dessa forma, o objetivo desse estudo é conhecer o perfil dos pacientes com AVC em tratamento domiciliar, quanto à capacidade funcional, estado mental e análise antropométrica.

Pesquisas como esta podem contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem, tornando-a mais qualificada e orientada para as necessidades das populações estudadas, uma vez que a maioria dos trabalhos aborda o atendimento ao paciente idoso, sem avaliar os casos particulares, como o AVC, que implicam diferentes repercussões.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, realizado em pacientes com AVC acompanhados pelo Programa de Assistência Domiciliária (PAD) de três hospitais em Fortaleza/CE, no período de janeiro a abril de 2010. A amostra foi formada por pacientes com diagnóstico médico de AVC e maiores de 18 anos. Foram excluídos aqueles que, além do AVC, tinham transtornos mentais, outras doenças neurológicas, eram alcoolistas ou dependentes químicos. Selecionou-se o grupo

participante por conveniência de forma consecutiva. Desse modo, foram incluídos todos aqueles acompanhados pelo PAD no período da coleta de dados e que atenderam aos critérios de inclusão, totalizando 61 pacientes.

Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário elaborado por meio de levantamento bibliográfico e submetido à validação opinativa de três enfermeiras especialistas no cuidado aos pacientes com AVC ou com pacientes dependentes. Essa estratégia destinava-se a avaliar a aparência e se o constructo respondia à questão de pesquisa. Todas as sugestões propostas foram adotadas e contribuíram para o refinamento do instrumento de coleta de dados.

Avaliaram-se os seguintes dados: sexo, escolaridade, idade, tempo da doença, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), circunferência da panturrilha e do braço, comprimento da perna, prega cutânea subescapular, capacidade funcional e função cognitiva.

Para realizar a avaliação antropométrica fez-se a estimativa do peso e da altura, de acordo com fórmulas padronizadas⁽⁴⁻⁵⁾ que consideram valores de circunferência da panturrilha e do braço, comprimento da perna e prega subescapular. Essas equações apresentam importantes limitações, como a margem elevada de erro e a necessidade de várias medidas corporais. Entretanto, uma vez que equações mais simplificadas e acuradas ainda não foram elaboradas, utilizaram-se fórmulas⁽⁴⁻⁵⁾ que permitiram esses cálculos.

Calculou-se o Índice de Massa Corporal com os dados de peso e estatura estimados pela fórmula: $\text{Peso (kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$, com resultado em kg/m^2 . A classificação do estado nutricional⁽⁶⁻⁷⁾ foi efetuada de acordo com os graus de baixo peso: grau I - magreza leve ($\text{IMC } 17,0\text{-}18,49 \text{ kg/m}^2$); grau II - magreza moderada ($\text{IMC } 16,0\text{-}16,99 \text{ kg/m}^2$); grau III - magreza intensa ($\text{IMC} < 16,0$); eutrofia ($\text{IMC } 18,5\text{-}24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($\text{IMC } 25\text{-}29,9 \text{ kg/m}^2$), obesidade classe I ($\text{IMC } 30,0\text{-}34,9 \text{ kg/m}^2$), obesidade classe II ($35,0\text{-}39,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade classe III ($\text{IMC} > 40,0 \text{ kg/m}^2$).

Para avaliar a capacidade funcional para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) utilizou-se a versão em português do Índice de Barthel, que mede o grau de assistência exigido por um indivíduo em 10 itens sobre mobilidades e cuidados pessoais. As atividades avaliadas foram: alimentar-se, banhar-se, pentear-se ou cortar as unhas dos pés, vestir-se, controlar o esfíncter urinário, controlar o esfíncter intestinal, usar o banheiro, deitar/levantar-se de cama ou cadeira, subir um lance de escada, andar no plano⁽⁸⁾. Esses itens foram somados, atingindo de 0 a 100 pontos. Um total de 0-20 indica dependência total; 21-60, dependência grave; 61-90, dependência moderada; 91-99, dependência muito leve, e 100, independência⁽⁹⁾.

Para avaliar a capacidade funcional para a realização das atividades básicas da vida diária (ABVD) utilizou-se a versão em português do Índice de Barthel, que mede o grau de assistência exigido por um indivíduo em 10 itens sobre mobilidades e cuidados pessoais. As atividades avaliadas foram: alimentar-se, banhar-se, pentear-se ou cortar as unhas dos pés, vestir-se, controlar o esfíncter urinário, controlar o esfíncter intestinal, usar o banheiro, deitar/levantar-se de cama ou cadeira, subir um lance de escada, andar no plano⁽⁸⁾. Esses itens foram somados, atingindo de 0 a 100 pontos. Um total de 0-20 indica dependência total; 21-60, dependência grave; 61-90, dependência moderada; 91-99, dependência muito leve, e 100, independência⁽⁹⁾.

Ainda para avaliar a capacidade funcional dos pacientes, utilizou-se a escala de atividades instrumentais da vida diária (AIVD)⁽¹⁰⁾, validada no Brasil⁽¹¹⁾ junto a uma população de idosos, tendo sido verificado um índice intraclasse quase perfeito e um intervalo de confiança significativo tanto na reprodutibilidade (0,89) quanto na objetividade (0,80). A avaliação consta de questões como capacidade para usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, executar atividades domésticas, tomar seus medicamentos, controlar as finanças e viajar. A Escala de Lawton permite ao profissional de saúde estabelecer o quanto um indivíduo é independente no exercício de determinadas funções ou se, pelo contrário, necessita de ajuda, por meio de gradientes cujos extremos são independência total e dependência total⁽¹¹⁾.

Utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) validado no Brasil⁽¹²⁾, para avaliar o estado cognitivo. A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada em 5-10 minutos. O exame é composto por diversas questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto).

Os dados foram coletados por enfermeiros e graduandos do último semestre de do curso de enfermagem, que passaram por um treinamento prévio que abordou o conteúdo teórico da pesquisa e a aplicação do instrumento, o qual foi submetido a teste piloto com quatro pacientes, que foram excluídos do estudo. Os resultados foram compilados em uma planilha do Excel 8.0, processados e analisados com auxílio do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 15.0*. Para todos os testes, o nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Procedeu-se à análise mediante abordagem estatística descritiva, com distribuição das frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e médias, desvio padrão, mediana e percentis para variáveis contínuas. Para as quantitativas aplicaram-se os testes de Shapiro-Wilk e o de Kolmogorov-Smirnov para verificar a adesão dos dados à distribuição normal. Quanto o valor de p nestes testes for menor do que 0,05, a distribuição não é normal, portanto, os valores de mediana são mais adequados para representar a população. Quando a distribuição é normal ou simétrica, os valores de média e mediana são semelhantes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o Protocolo número 310/09 e, no desenvolvimento, foram atendidos todos os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, em consonância com a Resolução 196/96 do

Conselho Nacional de Saúde. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, caso algum estivesse impossibilitado de fazê-lo, esse foi assinado por seu cuidador familiar.

RESULTADOS

A maioria dos participantes era do sexo feminino (59%), com média de 73,57 anos ($\pm 15,54$) de idade e 50% havia estudado por um ano. As variáveis tempo do último AVC e número de episódios anteriores tiveram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$). Assim, os valores de mediana encontrados foram de dois episódios prévios, havia 17 meses. O uso de medicamentos foi referido por 98,4% dos participantes, com média diária de 5,67 ($\pm 2,61$) remédios.

A Tabela 1 mostra a caracterização dos pacientes com AVC quanto a sexo, classificação de IMC, capacidade funcional e estado cognitivo.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes com AVC quanto ao sexo, classificação de IMC, capacidade funcional e estado cognitivo - Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	36	59
Masculino	25	41
Classificação IMC¹		
Magreza intensa grau III	28	45,9
Magreza intensa grau II	4	6,6
Magreza intensa grau I	7	11,5
Normal	20	32,8
Sobrepeso	1	1,6
Classificação Barthel		
Dependência total	45	73,8
Dependência severa	13	21,3
Dependência moderada	3	4,9
Classificação Lawton		
Dependência total	49	80,3
Dependência parcial	12	19,7
Classificação MEEM²		
Normal	3	4,9
Alterado	58	95,1

¹IMC: Índice de Massa Corporal; ² MEEM: Mini Exame do Estado Mental

Ressalte-se que, dos avaliados, 85,2% era acamado; 78,7% tinha dificuldade para falar; 70,5% não apresentava nenhuma doença além do AVC; 57,4% não praticava nenhum tipo de atividade física; 36,1% apresentava algum tipo de alteração da integridade da pele e usava curativo; 32,8% tinha dificuldade para ouvir; 11,5% era traqueostomizado e 9,8% fazia uso de sondagem vesical.

Na Tabela 2 estão expostas as medidas de tendência central e de dispersão referentes aos dados sócio-demográficos e clínicos dos pacientes com AVC.

Tabela 2 - Distribuição das medidas de tendência central e de dispersão dos dados sócio-demográficos e clínicos dos pacientes com AVC - Fortaleza, CE, Brasil, 2010

	Média	DP ¹	Mediana	Valor p ²
Idade (anos)	73,57	15,54	76,00	0,330
Escolaridade (anos)	3,70	4,61	1,00	0,001
Número de AVC	2,19	1,45	2,00	0,003
Tempo do último AVC (meses)	34,83	40,88	17,00	0,000
Número de medicamentos por dia	5,67	2,61	5,00	0,286
MEEM	5,62	7,97	0,00	0,000
Peso estimado (kg)	40,13	14,45	37,64	0,406
Atura estimada (cm)	154,17	9,59	152,41	0,735
IMC estimado	16,51	4,47	15,89	0,837
Índice de Barthel	14,51	22,48	0,00	0,000
Escala de Lawton	7,82	2,24	7,00	0,000

¹ DP - Desvio Padrão. ² Testes de Dispersão

Em relação aos dados antropométricos, 45,9% apresentava com magreza intensa e 32,8%, IMC normal. A média do IMC ficou em torno de 16,51(±4,47) Kg/m². Além disso, 45,9% fazia uso de dieta enteral, 72,1% apresentava dificuldade para mastigar e 59%, dificuldade para engolir.

O nível cognitivo mostrou-se bastante alterado, porquanto 95,1% dos avaliados atingiram pontuação do MEEM inferior ao equivalente para o seu grau de escolaridade. Tal como outras variáveis, essa escala revelou uma distribuição assimétrica (p<0,05), tanto de forma geral como quando se avaliou cada item individualmente: orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual.

No referente ao grau de dependência dos pacientes, 73,8% apresentava dependência total para as ABVD e 80,3%, para as AIVD. A mediana dessas variáveis (p<0,05) foi uma pontuação total zero no Índice de Barthel e sete na Escala de Lawton, a menor pontuação possível de se obter em ambas as escalas. Tal fato também se repetiu ao ser avaliado cada item das duas escalas, mostrando que os pacientes eram totalmente dependentes. Na Tabela 3 exhibe as ABVD segundo o Índice de Barthel para pacientes com AVC.

o avaliar as ABVD individualmente, observou-se que a maioria dos pacientes não conseguia executar cada atividade isoladamente ou necessitava do apoio de um cuidador para realizar a tarefa. O mesmo aconteceu ao verificar as AIVD presentes na Figura 1. Observa-se aqui o grau de incapacidade evidenciado pela Escala de Lawton para pacientes com AVC.

Quando ao cuidador, a maioria era do sexo feminino (93,4%), casado(a) (52,5%) e filho(a) do paciente com AVC (50,8%). Além dos cuidadores primários, 72,1% dos pacientes possuía um cuidador secundário para auxiliar no serviço e 26,2% pagava alguém para auxiliar no cuidado. Quando necessário, os pacientes contavam com o apoio de um cuidador eventual (36,1%).

Tabela 3 - Distribuição das ABVD segundo o Índice de Barthel para pacientes com AVC - Fortaleza, CE, Brasil, 2010

Índice de Barthel	N	%
Alimentação		
Dependente	43	70,5
Precisa de ajuda	12	19,7
Independente	6	9,8
Capacidade de vestir-se		
Dependente	45	73,8
Precisa de ajuda	15	24,6
Independente	1	1,6
Banho		
Dependente	57	93,4
Independente	4	6,6
Uso do banheiro		
Dependente	52	85,2
Precisa de ajuda	7	11,5
Independente	2	3,3
Cuidados pessoais		
Precisa de ajuda	54	88,5
Independente	7	11,5
Eliminação urinária		
Incontinente	44	72,1
Acidente ocasional	7	11,5
Continência	10	16,4
Eliminação intestinal		
Incontinente	38	62,3
Acidente ocasional	9	14,8
Continência	14	23,0
Subir escadas		
Dependente	57	93,4
Precisa de ajuda	4	6,6
Deambulação		
Imóvel	49	80,3
Independente em cadeira de rodas	4	6,6
Ajuda mínima	7	11,5
Marcha independente	1	1,6
Passa da cama para cadeira e da cadeira para a cama		
Incapaz	42	68,9
Grande ajuda	12	19,7
Pequena ajuda	4	6,6
Independente	3	4,9

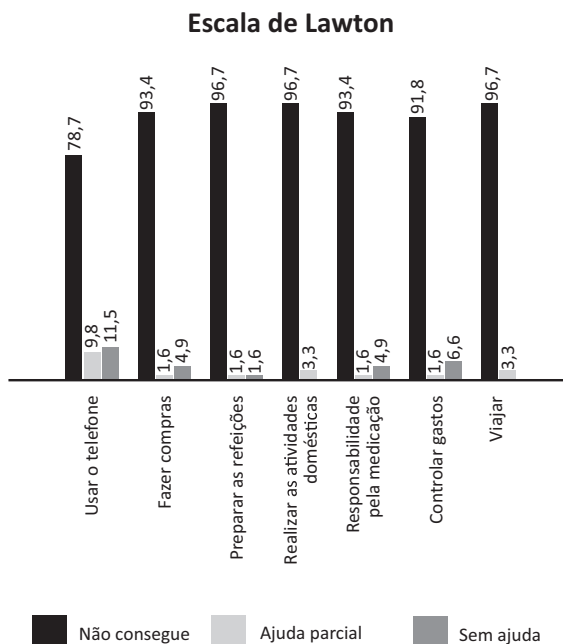


Figura 1 - Grau de incapacidade para realizar as AIVD segundo a Escala de Lawton - Fortaleza, CE, Brasil, 2010

DISCUSSÃO

A visão atual da assistência em saúde propõe que o indivíduo portador de doença crônica seja cuidado no mesmo ambiente em que viveu e adoeceu, logo, em seu domicílio. Para tanto, programas de atenção domiciliária devem ser desenvolvidos por equipes multiprofissionais, a partir de cada situação vivenciada⁽¹³⁾.

Conhecer o perfil desse paciente possibilita ações mais efetivas para a promoção, a manutenção e a reabilitação em saúde. Neste estudo, o perfil dos pacientes com AVC quanto a capacidade funcional, nível cognitivo e análise antropométrica apresentou resultados desfavoráveis, caracterizando os investigados como um grupo vulnerável.

Quanto à capacidade funcional, 73,8% dos participantes manifestou dependência total para as ABVD e 80,3%, para as AIVD. A incapacidade funcional é um processo dinâmico e progressivo, consequente das doenças crônico-degenerativas e de mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento, que podem ocorrer de forma aguda no AVC e na fratura do fêmur⁽¹⁴⁾. Está relacionada ao comprometimento das atividades físicas e mentais, impossibilitando a realização de atividades de forma autônoma e independente⁽¹⁵⁾.

Escore mais baixos para ABVD e AIVD são associados à limitação da autonomia do indivíduo, redução de sua qualidade de vida e aumento do risco de dependência, institucionalização e morte prematura. O estado funcional é o parâmetro mais fidedigno no estabelecimento de critérios de atendimento⁽¹⁴⁾.

Dentre os elementos de capacidade funcional investigados, estudo aponta que ocorre quase duas vezes mais perdas funcionais para as AIVD do que para as ABVD; isso pode ser indicativo de que o índice de AIVD seja um marcador sensível do grau de socialização da pessoa⁽¹⁴⁾.

Outra pesquisa⁽¹⁶⁾ apresentou resultados semelhantes, na qual todos os pacientes cuidados pelos entrevistados apresentaram variados graus de dependência para realização das ABVD. Havia desde pacientes com dependência total até aqueles com X dependência leve, de acordo com escores obtidos pelo Índice de Barthel e pelo relato dos cuidadores. Já para as atividades instrumentais, segundo os escores obtidos pela Escala de Lawton, todos apresentavam alta dependência.

Um fator que pode estar associado à presença de incapacidade funcional é o déficit cognitivo, que se manifesta durante o processo de envelhecimento e relaciona-se com perdas biológicas inerentes à idade e ao nível cultural do indivíduo. Em populações com baixo nível de escolaridade, especialmente, pode se ligar à presença de incapacidade funcional no desempenho de AVD⁽¹⁷⁾.

No presente estudo, 95,1% dos participantes atingiu pontuações do MEEM inferiores ao equivalente para

seu grau de escolaridade. Estudo anterior que avaliou a associação de declínio cognitivo e capacidade funcional identificou que existe um número grande de habilidades que os idosos com declínio cognitivo não conseguem realizar, levando a maior dependência e restringindo a autonomia⁽¹⁷⁾. Ressalta-se que a incapacidade funcional pode interferir no desenvolvimento pessoal e coletivo do indivíduo.

Esses dados corroboram a necessidade de o serviço de saúde estar preparado para identificar tais indivíduos, fornecendo-lhes assistência diferenciada e pautada na participação de diferentes profissionais da área da saúde, seja em âmbito hospitalar ou domiciliário. Estudo⁽¹⁸⁾ realizado com idosos com AVC residentes em instituições de longa permanência, que identificou altos níveis de incapacidades funcionais e cognitivas, aponta que os cuidados não são abordados de forma sistemática e sugere maiores esforços das equipes multiprofissionais e melhores investimentos.

Outra condição que merece atenção particular refere-se ao estado nutricional dos pacientes com AVC, que nessa fase tornam-se em geral mais suscetíveis às perdas de peso involuntárias. Ademais, pode ocorrer com frequência a redução do apetite, geralmente atribuída ao aparecimento de outras doenças crônicas, uso de vários medicamentos, problemas de mastigação e deglutição, depressão e alterações da mobilidade, com consequente dependência funcional⁽¹⁹⁾.

Em relação aos dados antropométricos, 45,9% apresentava magreza intensa e 32,8%, IMC normal; 72,1% apresentava dificuldade para mastigar e 59%, dificuldade para engolir. Esses dados caracterizam o risco nutricional dos participantes.

A utilização de medidas estimadas para peso e altura é uma prática recomendada para pacientes acamados, com resultados semelhantes aos valores reais. Estudo realizado com idosos com câncer⁽²⁰⁾ identificou que, para determinar a situação nutricional dos avaliados, as medidas estimadas diferem dos parâmetros encontrados com utilização de valores reais, mas devem ser empregadas, pois o desconhecimento de peso e altura reais dificulta a rotina e a avaliação nutricional do paciente.

Estudo apresentou como resultados que os idosos com alto risco nutricional são os que se encontram em piores condições socioeconômicas; identificou-se também associação entre o risco nutricional e as doenças crônicas⁽²¹⁾.

Essa situação torna fundamental o trabalho do cuidador, ao colaborar com atividades que estimulem a independência do paciente para se alimentar sozinho. No entanto, também consolida a sobrecarga de atividades, pois mais tempo é necessário para proceder à alimentação do paciente e o fato de acompanhar o definhamento do seu familiar contribui ainda mais para o estresse do cuidador.

Nesse contexto de dependência funcional, o atendimento domiciliário de enfermagem consolida-se como alternativa de assistência aos indivíduos com AVC. Esse atendimento tem como base a orientação, a informação e o apoio de profissionais especializados, para pacientes e cuidadores, e essas ações dependem essencialmente do suporte familiar e informal para seu bom funcionamento. O cuidador é responsável pela continuidade da assistência dada pela equipe, tornando-se assim elemento terapêutico no processo de reabilitação⁽¹⁵⁾.

As atividades desenvolvidas pelos cuidadores relacionam-se com as condições dos pacientes. Quanto mais comprometida sua autonomia, maiores são as demandas e a complexidade das atividades executadas pelo cuidador. E, portanto, maior sua sobrecarga de trabalho, com consequências sociais, físicas e emocionais⁽²²⁾. É papel fundamental de todos os profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, orientar e educar os cuidadores familiares para a realização de cuidados complexos.

O desenvolvimento dessas estratégias de educação em saúde deve ser capaz de valorizar os saberes dos sujeitos, partindo de sua realidade, possibilitando que se vejam como sujeitos do processo de cuidar. Salienta-se a necessidade de uma equipe multiprofissional que apoie as decisões dos cuidadores e acompanhe o processo de cuidar de forma periódica.

Ressalta-se que as ações prioritárias do enfermeiro devem ser executadas por esses profissionais e não delegadas ao cuidador, mesmo no contexto do domicílio. Além disso, todas as demais ações devem ser supervisionadas de forma periódica.

As equipes multidisciplinares, formadas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, entre outros profissionais, devem atuar junto aos cuidadores de pacientes com AVC, no intuito de reduzir ou aliviar a sobrecarga de trabalho, situação comum na prática de cuidados continuados a pessoas com dependência. Dessa forma, espera-se incentivar o cuidador para a adoção de práticas preventivas na busca da promoção da saúde e da prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS

1. Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. Cerebrovascular accident in the aged: changes in family relations. *Rev Latino Am Enferm*. 2006;14(3):364-71.
2. Bocchi SCM, Angelo M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):729-38.
3. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(2):154-63.
4. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc*. 1985;33(2):116-20.
5. Chumlea WC, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc*. 1988;88(5):564-8.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). El estado físico: uso e interpretación de la antropometria. Informe de um Comité de Expertos de la OMS. Ginebra; 1995.

CONCLUSÃO

Avaliaram-se 61 indivíduos acompanhados por programas de assistência domiciliária. Na maioria, eram do sexo feminino (59%), idosos, média de 73,57 anos ($\pm 15,54$), com baixa escolaridade, média de 3,7 anos de estudo ($\pm 4,6$) e história de outros episódios de AVC, sendo que 50% havia apresentado dois episódios havia 17 meses.

Quanto à capacidade funcional, 73,8% apresentava dependência total para as ABVD e 80,3%, para as AIVD, sendo que a mediana indicou pontuação mínima em ambas as escalas. O nível cognitivo mostrou-se bastante alterado, porquanto 95,1% atingiu pontuação do MEEM inferior ao equivalente para o seu grau de escolaridade. Quanto à análise antropométrica, 45,9% estava com magreza intensa e o IMC médio foi de 16,51($\pm 4,47$) Kg/m².

O perfil permite classificar o grupo como vulnerável, situação agravada por outras condições de risco, como traqueostomia, sondagem gástrica e vesical, dificuldades para ouvir, falar, mastigar, engolir e uso diário de vários medicamentos. Os resultados deste trabalho permitiram ampliar o conhecimento sobre as principais limitações impostas pelo AVC ao paciente acompanhado no domicílio com o apoio do PAD. Entretanto, o estudo ora realizado limitou-se por seu desenho metodológico, que não incluiu o acompanhamento dos pacientes. Diante do exposto, os resultados deste trabalho permitiram ampliar o conhecimento sobre as principais limitações impostas pelo AVC ao paciente acompanhado no domicílio com o apoio do PAD.

Espera-se que sejam realizados outros estudos nessa mesma perspectiva, investigando pacientes que não contam com o ajuda de profissionais de programas de assistência domiciliária, realidade da maioria dos que sofreram com AVC. Aumentar o número de pesquisas na área e contribuir para o trabalho dos enfermeiros com esses indivíduos totalmente dependentes e que podem ser institucionalizados, caso não lhes seja dada a devida atenção.

7. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva; 1998.
8. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
9. Azeredo Z, Matos E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Rev Facul Med Lisboa*. 2003;8(4): 199-204.
10. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-85.
11. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoção Saúde* [Internet]. 2008 [citado 2012 jul. 22];21(4): 290-6. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/575>
12. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of education status. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
13. Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da estratégia de saúde da família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):1103-12.
14. Sthal HC, Berti HW, Palhares VC. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(1):59-67.
15. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Functional dependency of older individuals and caregiver burden. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2013 Mar 16];47(1):137-44. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a17v47n1.pdf
16. http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a17v47n1.pdf
17. Oliveira ARS, Costa AGS, Chaves DBR, Alves FEC, Moreira RP, Araujo TL. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2011 [citado 2012 jul. 19];5(3):748-56. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1654>
18. Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Sociodemographic characteristics, functional status and morbidity among older adults with and without cognitive decline. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1): 29-35.
19. Cowman S, Royston M, Hickey A, Horgan F, McGee H, O'Neill D. Stroke and nursing home care: a national survey of nursing homes. *BMC Geriatr*. 2010;10:4.
20. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Disability among elderly women in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):383-91.
21. Dock-Nascimento DB, Aguilar-Nascimento JE, Costa HCBAL, Vale HV, Gava MM. Precisão de métodos de estimativa do peso e altura na avaliação do estado nutricional de pacientes com câncer. *Rev Bras Nutr Clin*. 2006;21(2):111-6.
22. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Amendola F. Evaluation of the nutritional risk in elderly assisted by Family Health Teams. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2012 July 25];44(4):1046-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_27.pdf
23. http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_27.pdf
24. Morais HCC, Soares AMG, Oliveira ARS, Carvalho CML, Silva MJ, Araujo TL. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. *Rev Latino Am Enferm*. 2012;20(5): 944-53.