Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Programa de Educação de Pacientes com Acidente
Vascular Cerebral baseado na Classificação
Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e
Saúde**

Luana Talita Diniz Ferreira

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Cassia Maria Buchalla

São Paulo

2017

Programa de Educação de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

Luana Talita Diniz Ferreira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia

Versão Revisada

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Esta tese foi redigida de acordo com as Diretrizes do Guia de Apresentação de Teses da USP: documento eletrônico e impresso – 2ª Edição, atualizada em 2015.

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais, Antonio Alves Ferreira e Ana Diniz Ferreira, pelo carinho, amor incondicional, dedicação e confiança. Pelo apoio dado durante esta jornada, durante os momentos mais turbulentos na realização de mais este sonho.

Às minhas queridas irmãs, Daniela Cristina Diniz Ferreira e Tatiana Cristina Diniz Ferreira pela compreensão com a ausência no papel de irmã, quando necessário dedicar-me aos estudos, por estimularem e apoiarem minhas decisões.

Aos sobrinhos Gabriel, Bernardo e Beatriz, quase filhos, que me inspiram e me ensinam a cada dia o que é o amor. Porque uma das coisas mais felizes da vida é amar docemente essas crianças que enchem a minha vida de VIDA.

A todos os pesquisadores e aos estudantes da CIF, aos pacientes que participaram da minha construção profissional, minha eterna gratidão por todo aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Os meus melhores e mais sinceros agradecimentos à **Profa. Dra. Cassia Maria Buchalla** pela orientação, ensinamento, paciência, tolerância, palavra amiga, carinho, por confiar no meu potencial e por incentivar e facilitar a realização deste trabalho;

À **Carla Sabariego**, que atenciosamente me recebeu em sua instituição, cedeu todo o material e pacientemente discutiu comigo assuntos pertinentes ao tema em estudo.

Às Colegas do grupo de pesquisa: **Michele Ferrer, Etienne Duim, Renata Martins, Soraia Micaela e Ligia Oliveira** que dividiram comigo durante a jornada, as angústias, as dúvidas e, principalmente, os bons momentos, e auxiliaram com idéias, sugestões e novos pontos de vista desde o planejamento do projeto até a escrita final do trabalho.

À **Clarissa Oliveira, Uleida Lima, Carolina Alonso e Marizilda Camargo** meu profundo agradecimento e respeito por toda colaboração na execução do trabalho dentro da Associação de Assistência à Criança Deficiente. Muito obrigada mesmo por toda a paciência durante a coleta de dados.

Aos **Professores** que compõem a banca de avaliação desta pesquisa pelas sugestões, comentários na qualificação e defesa desta tese;

Aos **amigos**, aos **colegas da Associação de Assistência a Criança Deficiente**, aos **colegas do Hospital Israelita Albert Einstein** e da **Faculdade de Saúde Pública**, aos **pacientes**, aos **funcionários** e aos **professores**;

Ao **Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo**; ao **Centro de Reabilitação Associação de Assistência à Criança Deficiente**; ao **Departamento de Saúde Biopsicossocial do Instituto de Saúde e Ciências de Reabilitação da Ludwig-Maximilians-University**.

E a todos que colaboraram para a execução desta pesquisa, o meu muito, muito obrigada!

EPÍGRAFE

“Dificuldades preparam pessoas comuns
para destinos extraordinários.”

CLIVE STAPLES LEWIS

Programa de Educação de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Avanços tecnológicos tem contribuído para a reabilitação de pacientes que convivem com incapacidades secundárias a esta doença, entretanto outros recursos para melhorar a qualidade de vida destas pessoas estão em desenvolvimento. Programas de educação em saúde são ferramentas valiosas para o autocuidado ajudando no processo de reabilitação e de independência. Este estudo teve como objetivo adaptar e testar o Programa de Educação para pacientes com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Munique. A primeira fase do estudo consistiu na tradução ao português e a adaptação do material utilizado para o serviço onde o programa seria testado. A segunda fase consistiu na realização de teste na prática clínica. Foi conduzido um estudo de intervenção, randomizado, com 30 pacientes com diagnóstico de AVC, em que foi avaliado o efeito do programa sobre a sensação de bem-estar subjetiva, qualidade de vida e impacto sobre o AVC. As informações foram obtidas por meio das ferramentas: Escala de Bem-Estar Subjetivo, Escala de Impacto de AVC e Escala de Qualidade de Vida, e seus resultados comparados entre os dois grupos. Não houve diferença nos aspectos avaliados antes e depois do programa, quando comparados os dois grupos. Ainda assim podemos afirmar que processos educativos constituem ferramentas úteis para pacientes que necessitem conhecer suas potencialidades e desenvolver habilidades para gerenciar a sua saúde de forma mais independente.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Educação em Saúde. Reabilitação. Pessoas com Deficiência. Qualidade de Vida.

A Program Education for Stroke Patients based on the International Classification of Functioning, Disability and Health

ABSTRACT

Stroke is considered one of the leading causes of morbidity and mortality in the world. Technological advances have contributed to the rehabilitation of patients living with disabilities secondary to this disease, however other resources to improve the quality of life of these people are in development. Health education programs are valuable tools for self-care helping in the process of rehabilitation and independence. This study aimed to adapt and test the Education Program for patients based on the International Classification of Functioning, Disability and Health developed by researchers at the University of Munich. The first phase of the study consisted of the translation into Portuguese and the adaptation of the material used for the service where the program would be tested. The second phase consisted of a test in clinical practice. A randomized, double-blind intervention study was conducted with 30 stroke patients, which evaluated the effect of the program on subjective well-being, quality of life and impact on stroke. The information was obtained through the tools: Subjective Well-Being Scale, Stroke Impact Scale and Quality of Life Scale, and their results compared between the two groups. There was no difference in the aspects evaluated before and after the program, when comparing the two groups. Nevertheless, we can affirm that educational processes are useful tools for patients who need to know their potential and develop skills to manage their health more independently.

Keywords: Stroke. International Classification of Functioning, Disability and Health. Health Education. Rehabilitation. Disabled Persons. Quality of Life.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1. O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DE PACIENTES COM AVC BASEADO NA CIF	24
1.1.1. O Manual	24
1.1.2. Os Cartões	25
1.1.3. O Livreto	26
1.1.4. A intervenção	26
1.1.5. O Papel dos pacientes	27
1.1.6. O Papel do instrutor	28
1.1.7. Diferencial	28
2. OBJETIVOS	30
2.1. OBJETIVO GERAL	30
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3. MÉTODOS	31
3.1. ESTUDO	31
3.1.1. Tipo de Estudo	31
3.1.2. Amostra	31
3.1.3. Período e Local	32
3.1.4. Recrutamento	32
3.1.5. Critérios de Inclusão	33
3.1.6. Critérios de Exclusão	33
3.1.7. As avaliações	34
3.2. MATERIAL	37
3.2.1. O Manual	38
3.2.2. O Programa	38
3.2.3. Os Cartões	39
3.2.4. O Livreto	40
3.2.5. A intervenção	41
3.2.6. O Papel dos Pacientes e do Instrutor	43
3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA	43
3.3.1. Variáveis	43
3.3.2. Análise	44

3.4.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA	45
4.	RESULTADOS	46
5.	DISCUSSÃO	55
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
8.	APÊNDICES	70
8.1.	APÊNDICE 1: MANUAL	70
8.2.	APÊNDICE 2: CARTÕES.....	146
8.3.	APÊNDICE 3: LIVRETO.....	166
8.4.	APÊNDICE 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	172
9.	ANEXO.....	173
9.1.	ANEXO 1: TERMO DE COOPERAÇÃO.....	173
10.	CURRÍCULO LATTES	174

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição da frequência dos participantes do estudo segundo o grupo e características sócio demográficas e de saúde. São Paulo, 2015-2016.	49
Tabela 2.	Diferenças de médias e respectivo desvio padrão (dp) entre os resultados dos testes segundo grupo, sexo e fonte financiadora do tratamento. São Paulo, 2015-2016.	52
Tabela 3.	Diferenças de médias (dp) ou diferença de postos por grupos, segundo instrumentos utilizados (e respectivos domínios). São Paulo, 2015-2016.	53
Tabela 4.	Problemas mais frequentes, identificados por categoria da CIF, segundo grupo. São Paulo, 2015-2016.	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Exemplos de cartões utilizados no programa educativo (frente e verso)	25
Figura 2.	Acompanhamento dos grupos no tempo	37
Figura 3.	Exemplos de cartões adaptados (frente e verso)	40
Figura 4.	Organograma do processo de seleção da amostra	48
Figura 5.	Comparativos dos resultados de cada escala, obtidos no T0 e T2, por grupo	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Instrumentos usados, seus objetivos e conteúdo	36
Quadro 2.	Módulos do programa original e adaptações realizadas para sua aplicação neste estudo	42

SIGLAS UTILIZADAS

AACD	Associação de Assistência a Criança Deficiente
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CDSM	<i>Chronic Disease Self-Management</i>
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EBES	Escala de Bem-Estar Subjetivo
ES	Educação em Saúde
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
MOST	<i>Moving On after Stroke</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIS	<i>Stroke Impact Scale</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1	Manual Traduzido	70
Apêndice 2	Cartões	146
Apêndice 3	Livreto	166
Apêndice 4	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	172

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Termo de Cooperação	173
----------------	---------------------	-----

1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Estima-se que cerca de 30 a 40% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de limitação funcional, sendo impedidos de retornar ao trabalho (Falcão et al., 2004; Moraes et al., 2015). Em 2011 foi considerada a principal causa de morte, com idade ajustada, no Brasil (Carvalho et al., 2011). Apesar da mortalidade por esta doença ter caído cerca de 36% nos Estados Unidos na última década, ainda há muitos indivíduos enfrentando problemas de funcionalidade como consequência da doença (Almeida, 2012; Winstein et al., 2016).

Muitos sobreviventes apresentam consequências crônicas que na maioria das vezes são complexas e heterogêneas (Almeida, 2012). As sequelas físicas, de comunicação e as emocionais resultam em problemas de funcionalidade que podem culminar em incapacidade para vida social e trabalho (Falcão et al., 2004). A morbidade causada pelo AVC, relacionada ao quadro crônico da doença, traz como consequência altos custos para o estado e para o paciente, com despesas hospitalares, com a reabilitação ou previdenciários. Essas questões expressam a gravidade da incapacidade relacionada ao AVC (Falcão et al., 2004).

O desenvolvimento tecnológico, os novos conhecimentos na área de neurociência, os materiais para tecnologia assistiva e o acesso ao tratamento e serviços de reabilitação são indispensáveis para diminuir a taxa de letalidade e minimizar o impacto da incapacidade na vida dos sobreviventes após episódio de AVC (Brasil, 2013). Apesar destes esforços, o aumento da expectativa de vida na população ocidental associado a mudanças nos hábitos de vida (estresse, fumo,

diminuição da prática de atividade física) implicam no aumento do risco e incidência desta condição de saúde. A prevenção terciária, que visa minimizar agravamento das incapacidades, e a Educação em Saúde (ES) voltada para o AVC são lacunas a serem preenchidas. Essas ações aumentam a consciência sobre o AVC e suas consequências, diminuindo o impacto da incapacidade sobre a qualidade de vida (Maasland et al., 2011). Considerando a ES como uma abordagem que pode ser utilizada independente do acesso à recursos de informática e de tecnologia assistiva, essa pode ser peça fundamental para o tratamento do AVC.

Muitos ensaios clínicos sobre técnicas, abordagens, inovações tecnológicas dedicadas à reabilitação pós-AVC foram discutidos na literatura nos últimos 20 anos (Maasland et al., 2011). Na prática, indivíduos que sofreram AVC relatam insatisfação com a quantidade de informações prestadas sobre aspectos da doença e apoio disponíveis (Sabariego et al., 2013). Intervenções visando o fornecimento de informações já foram desenvolvidas, ainda sem um padrão-ouro estabelecido (Sabariego et al., 2013).

A Educação em Saúde tem como objetivo desenvolver competências e habilidades que ajudam a mudar os comportamentos relativos à saúde. Por meio da ES é possível alterar fatores de risco para AVC (ou novo episódio), diminuir a mortalidade e minimizar os efeitos secundários da lesão (déficits funcionais, incapacidade) (Maasland et al., 2011). A ES é uma estratégia que permite comunicação interativa entre o provedor de saúde e o paciente aumentando a participação e tornando-o ativo no processo de reabilitação (autocuidado apoiado), mantendo cuidados continuados (Maasland et al., 2011; Morais et al., 2015). O autocuidado apoiado oferece aos sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral um caminho para promover sua recuperação (Fryer et al., 2016).

Segundo a teoria social cognitiva, o comportamento humano é condicionado e regulado por estímulos ambientais e é afetado pela expectativa e confiança dos indivíduos sobre sua capacidade de realizar determinada ação (Bandura, 1999; Newman et al., 2004). Essa idéia tem sido utilizada e sugerida por programas de autocuidado apoiado baseado no ensino de habilidades tais como: estratégias de resolução de problemas, delineamento de metas para aumentar a autoeficácia do indivíduo, estratégias para enfrentamento do estresse e prontidão para a mudança (Newman et al., 2004; Fryer et al., 2016).

Intervenções baseadas na educação e na autogestão foram desenvolvidas para que pacientes com doenças crônicas possam gerir melhor a sua saúde. Elas são caracterizadas por influenciar os pacientes a estabelecer suas metas, por compartilhar a responsabilidade sobre o tratamento, fazê-los participar da elaboração de planos de cuidados e identificar e superar as barreiras que se antepõem à saúde permitindo maior domínio sobre a reabilitação (Newman et al., 2004; Moraes et al., 2015).

Considerando os altos custos do tratamento de AVC no Brasil, a condução de programas de educação em saúde pode ser uma estratégia de tratamento. A ES promove a autogestão gerando mudanças no estilo de vida, adoção de ações preventivas e participação ativa nas decisões cotidianas que exercem impacto sobre a saúde (Newman et al., 2004). Uma vez que o paciente assume o protagonismo no processo de reabilitação, aumentam as chances de ganhos potenciais durante o processo tanto para o paciente quanto para o serviço e a gestão do sistema de saúde.

Algumas abordagens de autogestão para pacientes com doenças crônicas são descritas na literatura (Rodgers et al., 1999; Barlow et al., 2002; Newman et al.,

2004; Kendall et al., 2007; Fryer et al., 2016). A maior parte dos programas já desenvolvidos tem como foco indivíduos adultos com diagnóstico de asma, artrite e diabetes, e são realizados - em sua maioria - em ambientes hospitalares e domiciliar. Podem ser realizados em grupo, individualmente ou de maneira combinada. Conduzidos por profissionais de saúde, podem ter diferentes formatos (palestras, folhetos, manuais, entre outros); cujo conteúdo aborde informações sobre medicamentos, sobre os sintomas mais frequentes, sobre as potenciais consequências psicossociais da doença, ou sobre o estilo de vida após o início da doença (Barlow et al., 2002).

Os programas traçados possuem diferenças de conteúdo e os resultados gerais apresentam ponto de vistas otimistas (Newman et al., 2004; Fryer et al., 2016) considerando as particularidades de cada doença. Por exemplo, na asma o foco é minimizar o desenvolvimento dos sintomas (orientação sobre fatores de risco modificáveis), no caso de artrite o foco recai sobre reduzir o efeito dos sintomas com orientações mais amplas, e na diabetes a atenção é voltada para estilo de vida (Newman et al., 2004). A questão a ser considerada é que o autocuidado apoiado é mais do que uma simples adesão ao tratamento, pois incorpora a gestão psicológica e social de conviver com uma doença crônica (Newman et al., 2004).

Uma intervenção baseada na resolução de problemas e no delineamento de metas pode ser adequada para a autogestão. Alguns programas incluem, inclusive, pessoas com diferentes condições de saúde em um mesmo grupo. Estabelecer em que medida as habilidades são suficientes em qualquer doença para a mudança desejada, seria uma grande descoberta (Newman et al., 2004).

O AVC é uma doença crônica de impacto sobre a independência do indivíduo em longo prazo. Programas de autocuidado apoiado nesse grupo devem ser

discutidos mais profundamente pois acredita-se que intervenções que estimulem a participação mais ativa do indivíduo em seu processo de reabilitação podem influenciar a independência no dia-a-dia (Fryer et al., 2016).

Um programa de educação específico para pacientes com AVC foi desenvolvido na Inglaterra, visando pacientes e seus cuidadores. Neste programa, as informações sobre a doença, forma de diagnóstico e tratamento, prevenção e consequências, recuperação funcional, serviços de saúde existentes, benefícios sociais, bem como mudanças no estilo de vida eram fornecidas com detalhes. Apesar do maior conhecimento e da satisfação dos pacientes com os serviços de saúde oferecidos, não houve consequência quanto à percepção de melhora no *status* de saúde (Rodgers et al., 1999).

Outros programas de educação de pacientes pós-AVC são descritos em estudos randomizados controlados, como o 'Programa de Autogestão de Doenças Crônicas' (*Chronic Disease Self-Management*, CDSM) e o 'Movendo-se após o AVC' (*Moving on After Stroke*, MOST). Ambos têm como desfecho a autoeficácia percebida (Kendall et al., 2007; Sabariego et al., 2013). No CDSM os grupos foram compostos por 10 a 15 pacientes, com duração de 6 semanas (2 horas por semana), o conteúdo discutido consistia de estratégias para gerenciar o AVC ativamente em todos os domínios da vida, tendo sido verificado impacto sobre qualidade de vida e auto-eficácia percebida, havendo resultados positivos sobre o último. No MOST os grupos foram compostos por mais de 10 pacientes, com duração total de 8 semanas (17 sessões, 2 horas cada, 3 vezes por semana) e seu conteúdo envolvia o desenvolvimento de metas a curto prazo e resolução de problemas para estas.

Pesquisadores da Universidade de Munique, Alemanha (*Ludwig-Maximilians-University*) desenvolveram um Programa de Educação para Pacientes com AVC

baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Neubert et al., 2011; Sabariego et al., 2013). Este foi desenvolvido em cinco etapas: (1) definição das áreas consideradas relevantes, (2) desenvolvimento de estratégias para aumentar a autoeficácia nessas áreas, (3) desenvolvimento de material e instruções, (4) configuração do programa e definição dos módulos e (5) teste na prática clínica. A CIF foi usada como base, neste modelo, na tentativa de aumentar a percepção do participante sobre a sua autoeficácia. Por apresentar abrangência e universalidade (linguagem mundial comum) essa classificação oferece um valioso quadro conceitual para estruturar intervenções de ES.

Pacientes que sofreram AVC apresentam seu nível de funcionalidade reduzido devido a fatores secundários. Esses fatores incluem: a fraqueza muscular, as limitações para a marcha e a restrição para atividades de lazer e trabalho, assim como o comprometimento das interações com o ambiente e amigos. Por esta razão a CIF torna-se ferramenta útil para descrever a saúde deste grupo de indivíduos.

A CIF é uma classificação de referência da Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) que propõe um modelo biopsicossocial, no qual componentes de estruturas e funções corpóreas, atividades e participação e fatores pessoais e ambientais se correlacionam com a condição de saúde para descrever a funcionalidade. Seu uso na reabilitação neurológica e, especificamente, na reabilitação do AVC já foi relatado na literatura (Rentsch et al., 2003; Geyh et al., 2004; Algurén et al., 2010; Riberto et al., 2013).

Tendo em vista a necessidade de desenvolver intervenções para educação do paciente e, associado a isso, fortalecer o uso da CIF na prática clínica, o modelo da classificação foi utilizado para desenvolver o Programa de Educação de Pacientes com AVC baseado na CIF intitulado como: "*Development and Evaluation*

of an ICF-based Patient Education for Stroke Patients” (Sabariego et al., 2013). O programa foi elaborado utilizando o *Core Set* abrangente da CIF para AVC (Geyh et al., 2004; Escorpizo et al., 2011; Selb et al., 2015). Os *Core Sets* são listas resumidas de categorias da Classificação que são essenciais para doenças específicas, podendo ser amplo ou resumido.

A autoeficácia é definida como a convicção de uma pessoa em realizar uma tarefa específica. No Programa de Educação para Pacientes com AVC baseado na CIF os pacientes são encorajados a identificar áreas corporais e atividades que se tornaram problemáticas após a lesão, discutem estratégias de resolução de problemas e, identificam fatores ambientais e pessoais que podem ser modificados de modo a influenciar positivamente sua funcionalidade (Neubert et al., 2011; Sabariego et al., 2013). O objetivo principal desta intervenção no estudo europeu era avaliar o efeito da autoeficácia sobre a funcionalidade do paciente. Demais objetivos eram: melhorar a compreensão e consciência do paciente quanto a seu nível de funcionalidade, aumentar sua participação no processo de reabilitação (sujeito ativo) e avaliar se a percepção do próprio nível de funcionalidade e a satisfação com a vida poderiam ser influenciadas por fatores externos (Neubert et al., 2011; Sabariego et al., 2013).

Poucos programas têm sido adaptados para diferentes culturas (Barlow et al., 2002). Há diferenças específicas entre serviços de reabilitação pós-AVC no Brasil e na Europa. Na Alemanha, por exemplo, o programa de reabilitação frequentemente acontece em regime de internação; e, os serviços públicos de saúde no Brasil ainda sofrem com falta de recursos para atender o grande contingente de pacientes. O programa de educação é uma estratégia de baixo custo e possível efetividade para a população brasileira. Em adição a isso, os pacientes com AVC podem lançar mão de

um recurso a mais para desenvolver maior conhecimento de sua situação e capacidade funcional, assim como ter maior engajamento para enfrentar o processo de reabilitação. Por estas razões pensamos em adaptar o programa baseado na CIF.

1.1. O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO DE PACIENTES COM AVC BASEADO NA CIF

O material utilizado para o Programa de Educação de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral Baseado na CIF foi desenvolvido e disponibilizado pela equipe do *Department of Medical Informatics, Biometry and Epidemiology, Research Unit for Biopsychosocial Health of Ludwig Maximilians University* (Universidade de Munique, Alemanha).

O material consiste de: a) manual do programa, b) cartões elaborados baseados em categorias do *core set* abrangente da CIF para AVC e c) um livreto com informações sobre o programa e sobre serviços de reabilitação existentes nas regiões em que o projeto foi desenvolvido.

1.1.1. O Manual

O manual consiste na descrição do programa. Contem os objetivos de cada etapa do programa e ilustrações com orientações para o instrutor e o paciente.

Além de explicar detalhadamente o programa educativo, o manual contém informações sobre a CIF, classificação em que se baseia. Há ainda informações sobre o objetivo principal da intervenção, sobre as habilidades necessárias para ser instrutor no programa, assim como um guia de possíveis soluções para os problemas discutidos com os pacientes.

1.1.2. Os Cartões

O programa utiliza um conjunto de cartões elaborados com base no *core set* abrangente da CIF para AVC (Geyh et al., 2004) e que representam áreas relevantes atingidas pelos efeitos do AVC. Foram utilizadas 77 categorias das 130 que compõem o *core set* abrangente, sendo excluídas aquelas referentes a funções da consciência - b110, funções reflexas - b750, por não se adequarem à população de estudo. Cada cartão identifica uma categoria específica da CIF, renomeada em linguagem coloquial. O verso do cartão apresenta exemplos para facilitar a compreensão do paciente sobre essas categorias (Figura 1).

Figura 1. Exemplos de cartões utilizados no programa educativo (frente e verso)

Esses cartões permitem identificar as principais funções e estruturas do corpo comprometidas e facilitar a identificação, pelos pacientes, das áreas que apresentam limitações funcionais consideradas mais importantes. Cada paciente recebe um conjunto de cartões e duas caixas: uma vermelha e uma verde. Manuseando os cartões, o participante identifica aqueles que correspondem às alterações ou problemas em suas funções corporais e coloca-os na caixa vermelha. Os demais cartões vão para a caixa verde.

1.1.3. O Livreto

Na Europa, o programa é realizado no momento em que o paciente recebe alta do serviço de reabilitação (fase subaguda). Cada paciente recebe um livreto contendo informações sobre serviços de saúde específicos onde podem dar continuidade ao tratamento após alta hospitalar. O livreto é entregue individualmente.

1.1.4. A intervenção

O programa desenvolvido na Universidade de Munique sugere uma intervenção em grupo de no máximo quatro pacientes. É conduzida por cinco dias consecutivos, com duração de 60 a 90 minutos cada sessão diária. Os pacientes são acompanhados por um instrutor, para a atividade de escolher cartões que indiquem os problemas que cada um identifica como importante em sua vida após o AVC.

O programa é dividido em 3 módulos:

- Módulo 1, com uma única sessão na qual os pacientes são estimulados a selecionar seus principais problemas (distinguir áreas intactas e áreas comprometidas);

- Módulo 2, no qual são realizadas 3 sessões, em que os pacientes discutem suas limitações e são estimulados a utilizar o livreto com informações sobre serviços onde podem encontrar ajuda para resoluções de problemas individuais, quando em fase de reabilitação ambulatorial; e,

- Módulo 3, composto por uma sessão, na qual volta-se aos temas abordados nas sessões anteriores, reforçando problemas encontrados e soluções discutidas em grupo.

Para avaliar efeitos dessa intervenção foi conduzida pesquisa clínica. Um estudo duplo cego, randomizado e multicêntrico avaliou o efeito da educação do paciente sobre a autoeficácia percebida e, para tanto, foi utilizada a *Liverpool Self-Efficacy Scale*. Foram avaliados também a satisfação com a vida por meio do WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) e o Impacto do AVC por meio da SIS (*Stroke Impact Scale*), em três momentos no tempo: 1 semana antes da intervenção, 1 semana após a intervenção e 6 meses depois da intervenção.

1.1.5. O Papel dos pacientes

Durante o treinamento, os problemas de funcionalidade (funções corporais, atividades e participação) e fatores contextuais (listados no *core set* abrangente para AVC) são identificados e discutidos. Os pacientes identificam 6 áreas como prioritárias entre as mais problemáticas.

Durante a dinâmica de grupo, o paciente é estimulado a invocar diferentes fatores ambientais (pessoas, auxílios, instituições) para encontrar estratégias de resolução de problemas.

1.1.6. O Papel do instrutor

O instrutor deve possuir informações detalhadas sobre todo o processo do programa, ter conhecimento sobre a CIF e sobre o manual de educação do programa.

O instrutor define previamente o seu papel e o papel dos outros terapeutas na equipe de reabilitação. Durante as sessões, atua como facilitador e procura junto aos participantes as soluções para os problemas identificados nas sessões. E, ao final do programa, auxilia na formulação do resumo do que foi discutido nos dias anteriores.

1.1.7. Diferencial

A CIF é considerada um banco de itens universais de valor inestimável (Tesio, 2011). Por ser uma ferramenta de amplo uso pode ser utilizada em um Programa Educativo. Neste caso, seu uso permite identificar ações e acompanhar o envolvimento do paciente em sua reabilitação. O que diferencia este programa dos demais existentes. Uma nova forma de uso para a Classificação é proposta, estimulando o envolvimento do paciente em sua reabilitação e ampliando a perspectiva.

Além disso, no programa a perspectiva do paciente é o centro das discussões. Isso sensibiliza o paciente, os profissionais de saúde e o serviço a desenvolver práticas, atitudes e políticas voltadas ao olhar do cliente.

A razão pela qual o programa baseado na CIF foi escolhido baseia-se na idéia de que a classificação possui uma visão abrangente sobre a saúde e funcionalidade, considerando aspectos ambientais, pessoais e de participação do paciente. Além disso, o foco do programa nesse modelo é voltado para estratégias de resolução de problema, o que incrementa a autonomia do paciente. Dessa forma, o objetivo deste estudo é traduzir, adaptar, aplicar o programa (material e método proposto) e avaliar os resultados em uma população de um centro de reabilitação referência no município de São Paulo (São Paulo, Brasil).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Adaptar e testar o Programa de Educação para Pacientes com Acidente Vascular Encefálico baseado na CIF, em um grupo de pacientes brasileiros.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traduzir ao Português e adaptar o manual do programa para uso num serviço de reabilitação no Brasil
- Adaptar o livreto do programa original à realidade do serviço selecionado para este estudo
- Testar o programa na população alvo
- Verificar os resultados pré e pós-intervenção sobre o bem-estar subjetivo, sobre a funcionalidade e sobre a qualidade de vida
- Listar os problemas mais frequentes identificados pelos pacientes segundo categorias da CIF.

3. MÉTODOS

3.1. ESTUDO

A proposta de realização deste estudo surgiu durante uma visita realizada pela pesquisadora, à Universidade de Munique (LMU), quando teve primeiro contato com o material original.

O conhecimento mais detalhado do projeto e a possibilidade de reprodução do estudo em serviços de reabilitação do Brasil, considerada após discutir as possíveis adaptações, levaram ao estabelecimento de uma parceria e foi firmado o acordo (ANEXO 1). Este acordo entre a Unidade de Saúde Biopsicosocial da Universidade de Munique e o Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, inclui a autorização para tradução, adaptação, melhorias e implantação deste programa no Brasil.

3.1.1. Tipo de Estudo

A partir da tradução e adaptação de um Programa de Educação para Pacientes com Acidente Vascular Cerebral realizou-se um estudo de intervenção, randomizado, em um centro de reabilitação na cidade de São Paulo.

3.1.2. Amostra

Trata-se de uma amostra de demanda, probabilística, de pacientes com diagnóstico de AVC (Acidente Vascular Cerebral) admitidos no serviço de reabilitação em fase de tratamento ambulatorial. Os participantes tinham idade acima de 18 anos, de ambos os sexos e com diferentes níveis de funcionalidade.

A triagem inicial foi feita por avaliação de prontuários, com exclusão de pacientes com outros diagnósticos. O agendamento das avaliações foi realizado depois de identificados os pacientes com diagnóstico de AVC.

3.1.3. Período e Local

A coleta de dados foi realizada no período de Junho de 2015 a Junho de 2016. Os pacientes entravam no estudo à medida que eram registrados no serviço de reabilitação da AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente), desde que cumprissem os critérios de inclusão.

3.1.4. Recrutamento

A AACD possui um fluxograma de admissão de pacientes para processo de reabilitação. Os pacientes seguem o seguinte fluxo: após avaliação médica inicial, passam por uma avaliação denominada avaliação global. Neste procedimento, uma equipe multidisciplinar composta por médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, odontólogo e assistente social, avaliam e discutem os casos definindo qual o programa terapêutico que será oferecido para cada paciente.

Os participantes foram selecionados após a avaliação global, enquanto aguardavam o início da terapia no setor de fisioterapia. Todos passaram por uma triagem com a pesquisadora principal a fim de preencher uma ficha inicial e verificar se atendiam aos critérios de inclusão no estudo. Após a seleção dos participantes, desde que cumprindo os fatores de inclusão, os pacientes foram convidados a

participar do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido, as dúvidas sanadas e o termo assinado (APÊNDICE 4).

Após a triagem, foram alocados de forma randomizada nos grupos de estudo. A equipe de agendamento de consultas marcava as avaliações seguindo a ordem de procura ao serviço. Os indivíduos eram direcionados para cada grupo à medida que tinham o agendamento para a reabilitação. De forma aleatória, um a um, respectivamente iam para o grupo controle e o seguinte para o grupo intervenção. Caso não fosse possível agendar a consulta, o próximo paciente da lista de espera era agendado.

3.1.5. Critérios de Inclusão

Os pacientes selecionados deveriam ter:

- Acidente Vascular Cerebral como diagnóstico principal (independente do tempo de lesão)
- Estar em período de reabilitação ambulatorial
- Ter mais de 18 anos
- Ter capacidade suficiente para se comunicar verbalmente ou ser capaz de participar de uma discussão em grupo (30 minutos, dois encontros)
- Domínio da língua portuguesa.

3.1.6. Critérios de Exclusão

Foram excluídos os pacientes que apresentassem:

- Limitações de memória e na capacidade de atenção (Mini Exame do Estado Mental com pontuação inferior a 24 pontos)
- Alteração comportamental (Escala Rancho Los Amigos nível menor que 8)
- Afasia (de expressão, de compreensão ou mista)
- Comprometimento visual importante (Snellen inferior a 20/50 pontos)
- Aqueles que apresentassem doença psiquiátrica associada (registro em prontuário)
- Pacientes reabilitados na AACD previamente
- Enquadramento por fase de reabilitação pós-operatória ortopédica
- Aqueles sem alterações funcionais secundárias ao AVC.

Os testes usados para excluir os pacientes foram aplicados na avaliação de triagem.

Após definição dos grupos Intervenção (GI) e Controle (GC), foi agendada a avaliação com o avaliador cego. Ao completar 4 indivíduos do GI avaliados, o início do programa de educação para estes pacientes era marcado. O treinamento ocorreu em 3 sessões (1 sessão por dia, 3 dias consecutivos), com duração de 120 minutos cada sessão.

3.1.7. As avaliações

As avaliações eram realizadas por 2 avaliadores cegos, que não acompanharam as intervenções. Foram aplicados os seguintes questionários validados para o português (Quadro 1): a Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES - variável de desfecho principal) - uma vez que a *Liverpool Self-Efficacy Scale* não

possuía sua versão em português validada, a SIS versão 3.0 (*Stroke Impact Scale*, escala de avaliação de impacto do AVC, instrumento que avalia aspectos funcionais) e o WHOQOL BREF (*World Health Organization Quality of Life*, Escala para avaliação dos efeitos sobre a qualidade de vida) na sua versão resumida (Fleck et al., 1999; Fleck et al., 2000; Carod-Artal et al., 2008; Albuquerque & Troccoli, 2004; Scorsolini-Comin & Santos, 2010).

O Bem-Estar Subjetivo é considerado o modo pelo qual o indivíduo julga sua satisfação com relação à vida e relata a frequência de emoções recentes de prazer e insatisfação (Scorsolini-Comin & Santos, 2010). A autoeficácia é definida como um sentimento pessoal sobre o desempenho em habilidades adquiridas e pode determinar como a pessoa se sente, pensa, comporta e motiva-se com relação a sua saúde (Sabariego et al., 2013).

A autoeficácia percebida foi usada como variável de desfecho no estudo de Munique, porém não foram encontrados resultados significantes. Ao se discutir o resultado anterior com a equipe da Alemanha pensou-se em analisar no estudo brasileiro os efeitos sobre o Bem-Estar Subjetivo.

Os participantes foram acompanhados nos seguintes momentos (Figura 2): T0 (ambos os grupos), T1 (grupo intervenção, apenas a EBES), e T2 (ambos os grupos). Tanto no T0 quanto no T2 foram aplicadas todas as escalas.

O projeto brasileiro inicialmente previa o acompanhamento por 6 meses. Entretanto, esses pacientes são de classe social baixa, portanto com baixa renda, que enfrentam problemas de transporte que foram acentuados ao longo do tempo. Por esses motivos, optou-se por concluir a pesquisa no terceiro mês após a intervenção (T2), avaliando que o acompanhamento até o sexto mês levaria a um número grande de perdas, comprometendo muito os resultados do estudo.

Quadro 1. Instrumentos usados, seus objetivos e conteúdo

INSTRUMENTOS	OBJETIVOS	DOMÍNIOS	CONTEÚDO	PONTUAÇÕES	INTERPRETAÇÃO
EBES	Medir por meio de auto relato a satisfação com relação à vida e frequência de emoções afetivas recentes de prazer e desprazer.	Dividida em duas partes. - Parte 1: Avalia afetos positivos e negativos - Parte 2: Avalia nível de satisfação com a vida	Possui 62 itens, em que é possível pontuar sentimentos, emoções e opiniões numa escala que varia de 1 a 5 o nível de concordância.	- Parte 1: 47 itens, com pontuações que variam de 47 a 235 pontos. - Parte 2: 15 itens, com pontuações que variam de 15 a 75 pontos - Total: 62 itens - Pontuação Total: de 62 a 310.	Pontuações mais elevadas indicam experiências positivas e maior sensação de satisfação com a vida.
SIS	Medir por entrevista com o paciente ou seu cuidador, a qualidade de vida relacionada a saúde após o AVC.	Composta por 9 dimensões: - Problemas físicos - Memória - Emoções - Comunicação - Atividades diárias - Mobilidade - Função manual - Participação social - Percepção do paciente sobre sua recuperação após o AVC (em porcentagem)	Cada dimensão possui um conjunto de questões que vão de 4 a 11 itens, com pontuações que variam de 1 a 5 para cada item, considerando a limitação e o nível de dificuldade.	A pontuação total varia de 59 a 359 considerando todas as dimensões da escala.	Maiores pontuações indicam percepção de melhora no estado funcional e percepção de melhor qualidade de vida referida.
WHOQOL BREF	Mede a qualidade de vida. Esta escala encontra-se em sua versão resumida, derivada da WHOQOL-100.	Consta de 26 questões. Duas questões gerais sobre a qualidade de vida e 24 divididas em 4 domínios: - Físico - Psicológico - Relações sociais - Meio ambiente.	Cada dimensão possui itens, com pontuações que variam de 1 a 5 para cada, avaliando nível de satisfação e frequência.	Pontuações de cada domínio (média dos resultados).	Seu resultado final é uma análise das médias de cada domínio e quanto maior sua pontuação, melhor o resultado sobre a sensação de melhor qualidade de vida

Figura 2. Acompanhamento dos grupos no tempo.

3.2. MATERIAL

O material consistiu de: a) manual do programa, b) cartões baseados em códigos do *core set* abrangente da CIF para AVC e c) um livreto. Os dois primeiros itens foram traduzidos, seguindo tradução simples realizada pela pesquisadora, submetendo o texto à criadora do programa que é brasileira, embora tenha criado o programa em inglês. Em casos de palavras em inglês com mais de um significado em português, ou caso houvesse palavras em inglês sem tradução para o português, dúvidas eram registradas no documento para posterior análise pela idealizadora do programa.

O material foi adaptado levando em consideração as particularidades da população estudada e do serviço, bem como o formato de realização da atual pesquisa. A adaptação foi necessária uma vez que, na Alemanha os pacientes encontravam-se em regime de internação hospitalar e o programa era realizado na

fase de alta do serviço; enquanto que em São Paulo era em regime de atendimento ambulatorial, na fase de admissão do serviço (fase esta escolhida, a fim de estimular participação mais ativa do paciente em seu processo de reabilitação). No Brasil, o serviço era de atendimento prioritário do SUS (Sistema Único de Saúde) que se caracteriza por possuir em sua maioria pessoas de baixa renda e baixa escolaridade.

Considerando particularidades dos fatores de exclusão/ inclusão, alguns códigos da CIF foram adicionados.

O livreto foi elaborado em Português, totalmente adaptado, de acordo com a proposta do estudo realizado no Brasil.

3.2.1. O Manual

Consiste na descrição do programa e em informações sobre a CIF. Ao ser traduzido, foi também adaptado para incluir informações sobre seus módulos, objetivos de cada etapa e ilustrações com orientações fundamentais para o instrutor e o paciente (APÊNDICE 1).

3.2.2. O Programa

O programa é dividido em 3 módulos, cada módulo consistindo de apenas uma sessão:

- Módulo 1, como no programa original, os pacientes são estimulados a selecionar seus principais problemas (distinguir áreas intactas e áreas comprometidas) a partir dos cartões com desenhos e descrições, que lhe são oferecidos na primeira sessão;

- Módulo 2, os pacientes discutem suas limitações e possíveis soluções de seus problemas, e a instrutora preenche os livretos de cada paciente; e,

- Módulo 3, é realizada revisão dos temas abordados nas sessões anteriores, com distribuição do livreto e o esclarecimento de quaisquer dúvidas.

3.2.3. Os Cartões

O conjunto de cartões foi traduzido, adaptado e impresso (APÊNDICE 2). Para facilitar o entendimento de seu conteúdo, uma das adaptações realizadas foi acrescentar figuras representando as funções do corpo e atividades (FIGURA 3). Estas foram retiradas do site *ICF Illustration Tool* (http://www.icfillustration.com/icfil_eng/), estão disponíveis na internet, e o acesso é gratuito.

Os atendimentos realizados pela AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente) são, em sua maior parte, pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os pacientes atendidos nessa instituição são, em sua maioria, de baixa renda e baixa escolaridade e têm pouco acesso às informações de saúde.

Em função dessas características, buscou-se rever o *core set* de AVC de forma a contemplar aspectos pertinentes à população de estudo, em fase de reabilitação (crônica) e reinserção social. Assim, outras 3 categorias foram selecionadas e incluídas, perfazendo um total de 80 categorias. Foram acrescentadas: Atenção - b140; Escrever – d170 ; Vida Comunitária – d910.

Figura 3. Exemplos de cartões adaptados (frente e verso)

<p style="text-align: right;">b134 (3)</p> <p style="text-align: center;">Sono</p>	<p style="text-align: right;">b134 (3)</p> <p style="text-align: center;">Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas para pegar <u>no</u> sono - Problemas em permanecer <u>dormindo</u>
<p style="text-align: right;">b140 (4)</p> <p style="text-align: center;">Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas de concentração - Problemas em acompanhar <u>uma</u> conversa - Problemas para acompanhar <u>um</u> noticiário 	<p style="text-align: right;">b140 (4)</p> <p style="text-align: center;">Atenção</p>
<p style="text-align: right;">b144 (5)</p> <p style="text-align: center;">Memória</p>	<p style="text-align: right;">b144 (5)</p> <p style="text-align: center;">Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esquecer coisas novas - Lapsos de memória

Nos cartões, a identificação do código da CIF foi feita no canto superior direito. O número em parenteses referia-se a ordem dos cartões seguindo a classificação.

3.2.4. O Livreto

O programa foi realizado no momento prévio ao início da fisioterapia, por esta razão o livreto foi totalmente adaptado.

O livreto desenvolvido contém informações sobre as etapas realizadas durante a intervenção em grupo (APÊNDICE 3). Este foi entregue para cada paciente com informações individualizadas sobre as questões levantadas e estratégias de resoluções dos problemas discutidos em grupo.

3.2.5. A intervenção

O programa adaptado consiste em uma intervenção em grupo de 3-4 pacientes. Devido a questões locais, como nível socioeconômico, alto grau de limitação para locomoção e falta de transporte para deslocamento até o local da reabilitação ambulatorial, o treinamento foi adaptado e conduzido por 3 dias consecutivos, com duração de 120 minutos cada sessão diária.

O programa adaptado foi dividido em 3 módulos, conforme Quadro 2.

Os participantes do GC receberam o conjunto de cartas e foram estimulados a escolher 6 áreas prioritárias para seu tratamento, sem que fossem discutidas as estratégias de resolução de problemas. Assim, não sofreram a intervenção educativa.

Os participantes alocados aleatoriamente para a intervenção foram divididos em grupos de 3 a 4 pessoas para o desenvolvimento dos módulos. Foram informados sobre as atividades e conduzidos por um instrutor a escolher os cartões. A intervenção educativa consistia em discutir com o grupo estratégias de resoluções de problemas, aumentando a participação dos pacientes sobre seu tratamento.

Na primeira sessão os pacientes selecionaram seus principais problemas (áreas comprometidas). Na segunda sessão, discutiram suas limitações e possíveis formas para resoluções de seus problemas. Na terceira e última sessão, os temas abordados em sessões anteriores são revisados, o livreto preenchido com tópicos específicos de cada indivíduo, é entregue e as dúvidas são sanadas. Os pacientes ofereceram *feedback* do programa.

Quadro 2. Módulos do programa original e adaptações realizadas para sua aplicação neste estudo

	Programa Desenvolvido pela Universidade de Munique	Programa Adaptado pela Universidade de São Paulo	Justificativas para as mudanças
Módulo 1	<ul style="list-style-type: none"> - Duração: Uma sessão - Pacientes são estimulados a selecionar seus principais problemas: distinguir áreas intactas e comprometidas - Escolhidas 6 áreas prioritárias para reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> - Duração: Uma sessão - Conduta Mantida 	<ul style="list-style-type: none"> - Sem necessidade de mudanças
Módulo 2	<ul style="list-style-type: none"> - Duração: Três sessões - Pacientes discutem suas limitações e são estimulados a utilizar o livreto com informações sobre serviços onde podem encontrar ajuda para resoluções de seus problemas individuais 	<ul style="list-style-type: none"> - Duração: Uma sessão - Pacientes discutem suas limitações e são estimulados a discutir estratégias de resoluções de seus problemas - O livreto é preenchido pela instrutora 	<ul style="list-style-type: none"> - O programa foi reduzido para apenas uma sessão nesta etapa devido a característica de ser ambulatorial no qual os pacientes precisariam se deslocar mais vezes durante a semana até o serviço de reabilitação. Como o impacto financeiro quanto a transporte poderia comprometer aderência ao programa, este módulo foi reduzido a uma sessão - Como o livreto foi totalmente adaptado, este não contém informações sobre serviços, e sim sobre as etapas realizadas no programa. - O livreto é preenchido pela instrutora (uma vez que alguns pacientes possuíam problemas com escrita), enquanto os participantes discutem os problemas e suas soluções
Módulo 3	<ul style="list-style-type: none"> - Duração: Uma sessão - Volta-se aos temas abordados nas sessões anteriores, reforçando problemas encontrados e soluções discutidas em grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Duração: Uma sessão - Recapitulação dos problemas e potenciais soluções encontradas - As dúvidas são sanadas, e o livreto adaptado é disponibilizado para o participante. 	<ul style="list-style-type: none"> - As dúvidas são sanadas, e o livreto adaptado é disponibilizado para o participante.

Após realizado o programa, as seis areas escolhidas pelos pacientes de ambos os grupos foram apresentadas para a equipe de reabilitação que acompanhou o paciente no seu processo de reabilitação institucional, como sugestão de áreas a serem consideradas. Para atingir os objetivos acima descritos, a intervenção feita levou em conta a perspectiva dos pacientes, como preconizado pela CIF.

3.2.6. O Papel dos Pacientes e do Instrutor

O papel dos pacientes foi mantido em ambas as versões do programa.

A instrutora, autora deste trabalho, tem experiência na área, conhece a CIF e foi treinada na Universidade de Munique, com informações detalhadas sobre o programa, tendo recebido o material e a autorização para traduzir e adaptá-lo.

No desenvolvimento do programa, a instrutora atuou como facilitadora procurando junto aos participantes as soluções para os problemas identificados. Discutiu e ajudou os pacientes a construir possíveis soluções. Para tanto, definiu previamente o seu papel e o papel dos outros terapeutas, esclarecendo que não poderiam aconselhá-los em relação à sua situação pessoal.

3.3. ANÁLISE ESTATÍSTICA

3.3.1. Variáveis

As variáveis dependentes estudadas foram os escores de:

- 1) Bem estar, verificado através da EBES: com pontuação total que varia de 62 a 310, sendo que pontuações mais elevadas indicam experiências positivas e maior satisfação com a vida.
- 2) Percepção de melhora no estado funcional e qualidade de vida referida, baseado nos resultados da SIS: pontuação total variando de 59 a 359, na qual maiores pontuações indicam melhor qualidade de vida referida.
- 3) Qualidade de vida, através da WHOQOL: Pontuações de cada domínio variam de 1 a 5 (média dos domínios). O resultado final é uma análise das médias. Quanto maior sua pontuação, melhor a qualidade de vida.

As variáveis independentes consideradas no presente estudo foram: a intervenção proposta, sendo uma variável dicotômica (Grupo Intervenção X Grupo Controle); sexo e fonte financiadora.

As demais variáveis consideradas, de controle, no presente estudo foram: variáveis categóricas (sexo, religião, fonte pagadora) coletadas na triagem dos pacientes por meio de entrevista, assim como as variáveis quantitativas (número de episódios de AVC, tempo de lesão considerando o último episódio de AVC quando mais de um evento), e as variáveis qualitativas de caracterização da população (tipo de AVC, lado da hemiparesia, predomínio do déficit, dominância). As variáveis qualitativas são apresentadas por meio de frequência (absoluta e relativa), enquanto as variáveis quantitativas, por meio de média, mediana e desvio-padrão.

3.3.2. Análise

Procedeu-se análise estatística no intuito de verificar a influencia da intervenção pretendida na avaliação de bem estar subjetivo, qualidade de vida, e impacto do AVC. Para descrição da amostra foi apresentada a comparação entre grupos, sendo esta realizada por meio de teste exato de Fisher, para variáveis categóricas, e de valores médios com respectivo desvio padrão, para variáveis contínuas.

O Efeito da Intervenção foi avaliada por meio de teste t de Student, quando a diferença dos resultados pré e pós intervenção apresentavam natureza paramétrica, e Wilcoxon, para diferenças com característica não paramétrica. Neste sentido, foram avaliadas as diferenças de médias entre os participantes do grupo controle e do grupo intervenção.

O pequeno número de participantes limitou a análise estatística. Não foi realizado o cálculo de tamanho amostral previamente por se tratar de uma amostra de demanda, tendo sido selecionados os pacientes do serviço, desde que atendessem aos critérios de inclusão. Considerando a amostra restrita, utilizou-se p valor de 0,2 para avaliar a tendência dos resultados. A análise dos dados foi realizada pelo software *STATA*, versão 13.0.

3.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Assistência a Criança Deficiente e atende às recomendações da Resolução nº 466/2012 de 13 de junho de 2013, do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa científica em seres humanos.

Os responsáveis pelos pacientes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1) e estavam cientes de que nenhuma informação que permita identificar as pessoas incluídas no estudo seria divulgada, garantindo a privacidade e confidencialidade das informações e o anonimato dos sujeitos submetidos à pesquisa, utilizando-se os dados exclusivamente para tese e publicações.

4. RESULTADOS

A etapa de tradução e adaptação do conteúdo está descrita em métodos e resultou nos seguintes produtos: manual do programa, cartões e livreto, que se encontram no apêndice. Após essa etapa, o programa foi então testado num serviço de reabilitação no Brasil.

A tradução de todo o material foi feita de forma simples, realizada pela pesquisadora treinada *in loco*, na Universidade de Munique, com conhecimento prévio do conteúdo do programa. As principais adaptações realizadas se deram devido ao fato de que, na Europa, a reabilitação ocorre em regime de internação. O programa, naquele ambiente, era realizado na fase de alta do processo, quando o paciente teria que adaptar sua nova condição funcional ao ambiente domiciliar. No Brasil, a reabilitação ocorre em sua maioria, em regime de tratamento ambulatorial e a intervenção era realizada na fase de admissão do serviço. Muitas vezes após o paciente ser submetido à realidade domiciliar em sua nova condição funcional, após lesão.

Foi sugerido realizar em fase inicial de reabilitação no Brasil, pois acreditava-se que ao identificar melhor suas próprias limitações na fase prévia ao tratamento, o paciente poderia tornar-se mais ativo no processo, o que poderia influenciar sua qualidade de vida e funcionalidade.

Adaptações com relação à quantidade de dias da intervenção tem relação com a frequência de comparecimento ao centro de reabilitação, o que se relaciona com custos com transporte e poderia diminuir a aderência da população ao estudo.

A colocação de imagens nos cartões foi proposta com o objetivo de ampliar o entendimento do paciente quando existisse limitação na leitura ou compressão.

Foram triados 186 pacientes com Lesões Encefálicas Adquiridas (incluindo AVC, tumores, neurotoxoplasmose, traumatismo crânio encefálico, entre outras lesões). Desses, 67 foram avaliados, 31 excluídos e 3 recusaram participar da pesquisa por problemas com transporte, embora desejassem participar do estudo (Figura 4). Dos excluídos 15 tinham pelo menos um fator de exclusão, e 16 tinham dois ou mais fatores.

A afasia era presente em 22 indivíduos, 13 pontuaram abaixo de 24 pontos no Mini-Exame do Estado Mental. Demais participantes apresentaram pontuação menor que 8 na Escala Rancho Los Amigos, ou tinham sido reabilitados na AACD previamente, ou estavam em fase de enquadramento devido a pós operatório ortopédico.

Dos 33 participantes incluídos, 3 foram considerados perdas. Dois por apresentarem dificuldade com transporte público, e um responsável declinou participar da pesquisa devido ao tempo em que o paciente precisaria ficar sentado para participar dos grupos (apresentava baixa mobilidade).

Dos 30 pacientes incluídos, 17 foram direcionados para o grupo controle e 13 para o grupo intervenção.

Figura 4. Organograma do processo de seleção da amostra

Tabela 1. Distribuição da frequência dos participantes do estudo segundo o grupo e características sócio demográficas e de saúde. São Paulo, 2015-2016***.

	Grupo Intervenção N (%)	Grupo Controle N (%)	Total N
Sexo			
Feminino	6(46.2)	9(52.9)	15
Masculino	7(53.8)	8(47.1)	15
Idade*	58.6(18.2)	53.6(13.0)	55.8(15.4)
Idade categorizada			
< 60 anos	8(61.5)	11(64.7)	19
60 anos ou mais	5(38.5)	6(35.3)	11
Religião			
Católica	6(46.2)	11(64.7)	17
Outras	7(53.8)	6(35.3)	13
Tipo de atendimento			
SUS	9(69.2)	11(64.7)	20
Particular/Convênio	4(30.8)	6(35.5)	10
Presença de DCNT**			
0 ou 1 doenças	6(46.2)	5(29.4)	11
2 ou mais	7(53.8)	12(70.6)	19
Tabaco			
Não tabagista	8(61.5)	12(70.6)	20
Tabagista	5(38.5)	5(29.4)	10
Tipo de AVC			
Isquêmico	9(69.2)	13(76.5)	22
Hemorragico	4(30.8)	4(23.5)	8
Tempo de AVC*	3.2 (5.6)	3.3 (4.6)	3.2 (5.0)
Hemiparesia			
Direita	4(30.8)	5(29.4)	9
Esquerda	9(69.2)	12(70.6)	21
Total	13(43.3)	17(56.7)	30

* Variável contínua, representada por média (desvio padrão).

**DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

***Não houve diferença estatística entre os grupo intervenção e controle, de acordo com Teste Exato de Fisher.

Considerando a randomização para a amostragem e as características da população selecionada, consideramos o GC e o GI comparáveis. A população estudada foi formada por pacientes com idade média de 55,8 anos, de ambos os sexos. Em sua maioria eram atendidos pelo SUS por AVC isquêmico, com

hemiparesia à esquerda, católicos. A maior parte dos participantes (n=19) tinha 2 ou mais comorbidades, e eram não tabagistas no momento inicial (Tabela 1). Dos 30 indivíduos, 4 eram restritos a cadeira de rodas para locomoção, 2 não tinham sido reabilitados depois da alta hospitalar.

O paciente com diagnóstico de AVC (considerando o último episódio, em caso de mais de um) a mais tempo tinha 21 anos de lesão, e o paciente com diagnóstico mais recente tinha 1 mês de lesão. Entre os grupos não foi identificada diferença entre tempo de AVC. Sabendo que a neuroplasticidade tem maior atuação dentro de 2 anos após lesão, este ponto de corte foi utilizado para comparar os grupos. Categorizou-se a diferença entre tempo de AVC, entretanto, não foi observado diferença entre os grupos (dado não reportado em tabela).

Os resultados finais das escalas, por indivíduo, podem ser encontrados na Figura 5. Para fins de ilustração, nesta figura são apresentados os gráficos de resultados obtidos no T0 e no T2 em cada grupo nas diferentes escalas utilizadas.

As diferenças de médias (e respectivos desvios padrão) entre resultados finais e iniciais obtidos nos testes SIS, WHOQOL e EBES segundo grupo são apresentadas na Tabela 2. O grupo intervenção apresenta uma indicação de melhora na qualidade de vida (WHOQOL).

Os grupos eram semelhantes entre eles, mas algumas variáveis poderiam comprometer essa semelhança: sexo e classe social (nível educacional). Por isso, foram testados sexo e fonte financiadora dos indivíduos que participaram do Grupo Intervenção. Quanto à fonte pagadora do GI, pacientes que tem seu tratamento custeado pelo SUS tendem a perceber melhor a mudança em seu estado funcional (SIS). A melhora na qualidade de vida após a intervenção foi melhor percebida pelo

sexo feminino. Não foi observada diferença média na EBES para o GI em relação a fonte pagadora e sexo.

Figura 5. Comparativo dos resultados de cada escala, obtidos no T0 e T2, por grupo.

Os domínios de cada escala foram analisados separadamente, e verificou-se que os domínios de relação social e meio ambiente (WHOQOL) indicam desfechos significantes para as análises realizadas. Os aspectos do meio ambiente relacionam-se à melhora na qualidade de vida no grupo intervenção, enquanto os aspectos de relações sociais relacionam-se à pior percepção de qualidade de vida (Tabela 3).

Tabela 2. Diferenças de médias e respectivo desvio padrão (dp) entre os resultados dos testes segundo grupo, sexo e fonte financiadora do tratamento. São Paulo, 2015-2016.

Grupo	SIS	p valor	WHOQOL	p valor	EBES	p valor
Intervenção	18.31(37.8)	0,953	0.31(0.5)	0,144	-6.92(24.5)	0,788
Controle	17.59(28.0)		-0.12(0.9)		-9.06(18.8)	
Sexo (GI)						
Feminino	19.3(12.6)	0,942	0.5(0.2)	0,193	-5.3(12.5)	0,839
Masculino	17.4(17.2)		0.1(0.1)		-8.3(7.7)	
Fonte financiadora (GI)						
SUS	28.8(11.7)	0,140	0.3 (0.2)	0,787	-7.4(9.9)	0,914
Particular/convênio	-5.3(18.5)		0.3(0.3)		-5.7(3.0)	

*GI = Grupo Intervenção

O poder desta amostra foi calculado em 11%. Os resultados indicam que não há efeitos significantes quando se compara o grupo que sofreu intervenção e o que não sofreu.

Os dados sobre as áreas prioritárias para reabilitação identificadas pelos participantes são apresentados na tabela 4.

Para fins de ilustração, *feedback* do programa foi oferecido pelos pacientes. Parte deles referia ao final do programa sensação de satisfação ao fazer parte do grupo e sentia-se agradecido pela possibilidade de entender melhor suas limitações. A pesquisadora notou que eles encontravam-se motivados ao final do programa.

Tabela 3. Diferenças de médias (dp) ou diferença de postos* por grupos, segundo instrumentos utilizados (e respectivos domínios). São Paulo, 2015-2016.

	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p valor
EBES			
EBES Parte 1	-7.08(23.42)	-8.71(14.37)	0,816
EBES Parte 2	0.15(4.01)	-0.12(7.75)	0,909
SIS			
Força	0.30(2.69)	1.76(2.86)	0,167
Memória**	208(201.5)	257(263.5)	0,785
Emoção**	180.5(201.5)	284.5(263.5)	0,377
Comunicação	1.92(4.92)	-0.41(4.00)	0,163
AVD**	209.5(201.5)	255.5(263.5)	0,738
Mobilidade	2.15(6.49)	-0.53(5.43)	0,228
Mão**	198.5(201.5)	266.5(263.5)	0,898
Participação**	206(201.5)	259(263.5)	0,849
WHOQOL			
Físico**	203.5(201.5)	261.5(263.5)	0,933
Psicológico	-0.02(0.36)	0.09(0.47)	0,461
Relações Sociais	-0.46(0.97)	0.52(1.00)	0,011
Meio Ambiente	0.27(0.47)	-0.07(0.37)	0,035

*Para cálculo de diferenças médias foi utilizado o teste t de Student. **Diferença de postos, utilizou-se Teste não paramétrico de Wilcoxon.

Além disso, após a realização da pesquisa, os fisioterapeutas da instituição foram questionados via email sobre o que observaram no comportamento dos pacientes que participaram do programa. Embora a maioria não conseguisse visualizar mudanças no comportamento dos indivíduos na época do questionamento, houve relato de que havia participação mais ativa no processo de reabilitação, pois o paciente estava mais consciente de seus objetivos.

Tabela 4. Problemas mais frequentes, identificados por categoria da CIF, segundo grupo. São Paulo, 2015-2016.*

Códigos da CIF	Intervenção	Controle	Total
b144 – Memória	1	4	5
b710 - Mobilidade dos Braços e Pernas	5	7	12
b730, b740 - Força Muscular	4	2	6
b755 - Manutenção do Equilíbrio	3	5	8
d430, d445 - Levantar e Carregar Objetos Usando Braços e Mãos	4	5	9
d440 - Pegar e Manusear Objetos Pequenos	3	2	5
d450 – Andar	8	9	17
d455 - Subir e Descer Escadas	2	4	6
d475 - Dirigir um Carro	3	2	5
d510 - Tomar Banho	2	6	8
d540 - Vestir e Despir	1	4	5
d630 - Preparar Refeições	1	4	5
d870 - Segurança Financeira	3	3	6

* Cada participante escolheu até 6 áreas

5. DISCUSSÃO

O estudo mostrou que o programa não teve efeito estatístico na aferição pelos instrumentos usados nessa população, considerando o desfecho final das escalas. Entretanto os domínios de relação social e meio ambiente, avaliados pelo WHOQOL indicam desfechos significantes.

O tamanho restrito da amostra compromete a avaliação dos resultados, diminuindo poder das análises. Entretanto, considera-se que a forma como esse estudo foi desenhado sugere caminhos a serem seguidos em futuras intervenções

Temos que considerar que ao final do programa, embora não perguntado, houve relato espontâneo dos pacientes quanto à satisfação com a intervenção e *feedback* verbal positivo quanto ao sucesso do programa (referidos para a pesquisadora). A EBES não foi sensível para captar essa mudança, com piora da pontuação em ambos os grupos ao longo do tempo. Embora a escala apresente propriedades psicométricas adequadas, sugere-se sua administração sob condições constantes ou sistematicamente variadas pois a situação de mensuração pode influenciar as respostas. Os valores da escala podem variar a depender do estado de humor e outros fatores situacionais ao responder o instrumento (Albuquerque & Troccoli, 2004). Embora a escala não pareça ser sensível para indicar benefícios do programa, não se encontra na literatura escalas mais específicas para avaliar esses programas de educação em saúde.

A qualidade de vida percebida e o bem-estar subjetivo são significativamente comprometidos mesmo após AVC leve. A população estudada é, em sua maioria, de baixa classe social o que pode comprometer a auto-percepção de saúde e sobre os efeitos iniciais do tratamento. Maior ajustamento psicológico é verificado entre

aqueles amparados por programas sociais e de reabilitação e com escolaridade mais alta (Rabelo et al., 2006). Capacidade cognitiva preservada, suporte social efetivo, retorno ao trabalho, independência em atividades instrumentais de vida diária e humor positivo são fatores que podem afetar positivamente o bem-estar subjetivo e psicológico. Por outro lado, fatores como a incapacidade funcional, a capacidade cognitiva prejudicada, a depressão, a dificuldade em restabelecer a identidade e posição social anterior afetam de forma negativa o bem estar dos pacientes com AVC (Rabelo et al., 2006).

Resultados positivos obtidos pelo WHOQOL foram notados nos dois grupos, com tendência a uma melhor qualidade de vida no grupo intervenção. Analisando os domínios de forma isolada, há indícios de que mudanças em aspectos do ambiente são relacionadas à percepção de melhora na qualidade de vida no GI. Esse é um achado interessante uma vez que a intervenção proposta tem olhar voltado para o que o paciente pode mudar em seu dia-a-dia para tornar-se mais ativo, e na maioria das vezes tem a ver com mudanças ambientais. Isso reforça a visão abrangente de que fatores contextuais e ambientais interferem na condição de saúde do indivíduo, visão defendida pela CIF, o instrumento-linguagem escolhido para basear o programa.

Na WHOQOL, o domínio de relações sociais apresentou relação negativa com a qualidade de vida no GI. O que sugere que comportamento de pessoas no entorno do paciente após lesão deve ser melhor estruturado. É importante considerar que estratégias educativas podem estimular a participação ativa do indivíduo no controle da doença e na prevenção de suas complicações, o que gera impacto positivo sobre sua qualidade de vida (Rodgers et al., 1999; Imazu et al.,

2015). Entretanto, considera-se importante aumentar a participação de cuidadores e familiares nos programas.

Com relação a SIS, observou-se uma tendência a melhora nos domínios específicos de mobilidade e comunicação no grupo intervenção. Entretanto, tanto no estudo de Munique quanto no nosso estudo, considerando seu desfecho final, não houve resultado significativo (Sabariego et al., 2013). Adaptações no método do programa original em busca de chegar a uma versão que beneficie as lições aprendidas, já haviam sido propostas. Embora essas adaptações tenham sido realizadas e adotadas neste estudo, ainda não foram sensíveis. Provavelmente o tamanho da amostra não permitiu resultados significantes. O tempo de acompanhamento de 3 meses é um fator a ser sinalizado. Propostas educativas podem perder a influência positiva se não retroalimentadas com regularidade. Além disso, deve-se considerar a sensibilidade das ferramentas de avaliação utilizadas para captar as mudanças.

Um estudo qualitativo seria a melhor forma para captar mudanças não identificadas. Ou até, os efeitos da intervenção poderiam ser verificados em outros aspectos como resiliência, satisfação com a vida, autoestima, aspectos não citados e estudados nesta pesquisa. Qualidade de vida e limitações funcionais foram considerados como possuindo moderada qualidade de evidência científica, enquanto que a autoeficácia foi considerada de baixa qualidade de evidência, conforme revisão realizada (Fryer et al., 2016).

Foram listados os problemas mais frequentes identificados por categorias da CIF. Tendo sido sinalizados com maior frequência, a dificuldade para andar, problemas com mobilidade de braços e pernas, limitações para levantar e carregar

objetos usando braços e mãos, dificuldade em manter o equilíbrio e tomar banho, quesitos relacionados, em sua maioria, à mobilidade.

Há limitações para replicar esse estudo na prática clínica. A passividade que parece ser assumida pelos pacientes quando buscam serviços de saúde é um impasse. Muitos preferem manter a postura passiva e transferir a responsabilidade da não recuperação funcional a fatores externos. Em adição a isso, alguns serviços assumem posturas paternalistas, decidindo qual o melhor produto a ser oferecido, sem levar em conta a opinião pessoal do cliente/paciente. No caso da AACD, a opinião do paciente é considerada, entretanto, observando a perspectiva do profissional de saúde, em alguns momentos, a expectativa pode ser diferente da realidade do tratamento. Em alguns hospitais e centros de reabilitação, os pacientes são orientados a assinar um termo de permissão para que o serviço mude a conduta do tratamento caso considere adequado.

Apesar desses fatores, há numerosas vantagens no uso destes programas. Não só para pacientes com AVC, mas para indivíduos que convivem com doenças crônicas. Educar as pessoas é importante, pois ao adquirir informações sobre sua condição de saúde, o indivíduo aumenta seu conhecimento para lidar com o estado funcional em que se encontra e desenvolve recursos pessoais (psicológicos, físicos e emocionais) para gerenciar melhor sua saúde, mudar comportamentos antes negativos e passivos, atuando no processo de resolução de problemas, definindo metas e enfrentando o estresse (Newman et al., 2004).

Em adição, há vantagens do programa brasileiro, especificamente. O uso de figuras nos cartões pode ser potencialmente interessante dado o nível de escolaridade encontrado nesta população. Além disso, a entrega do livreto, após

leitura em grupo, com informações resumidas pode auxiliar o paciente, com lembranças sobre itens discutidos e manutenção desses tópicos a longo prazo e em ambientes domiciliares ou sociais.

O programa interativo estimula a participação ativa do paciente no tratamento, junto às outras estratégias utilizadas pelo serviço de saúde. Há manutenção de cuidados dentro e fora do ambiente de reabilitação, que se estende ao ambiente social (Maasland et al., 2011). É possível analisar e discutir estratégias de intervenção baseadas no olhar do paciente. No componente emocional, a avaliação da motivação para a mudança e a identificação das barreiras para atingir as metas estabelecidas no plano de autocuidado são importantes. O paciente com AVC deve ser considerado responsável e incluído no seu tratamento como tal, especialmente porque a doença desencadeia déficits funcionais e psicológicos de diferentes níveis de severidade. Avaliar o que é importante para o indivíduo e a capacidade dele para realizar as intervenções propostas é necessário (Morais et al., 2015). Acredita-se que quando o objetivo do programa de reabilitação é voltado para a demanda do cliente, e compartilhado com a equipe multiprofissional, há alcance de resultados mais brevemente, maiores efeitos sobre satisfação e qualidade de vida são observados.

Um Programa de Educação no AVC, testado em uma população de 204 pacientes e cuidadores, aumentou o conhecimento sobre o AVC tanto do paciente quanto do cuidador, melhorou aspectos de satisfação com o serviço, entretanto não esteve associado à melhora na percepção do estado de saúde. Esperava-se que a melhora da percepção do estado de saúde estivesse associado a seu aprendizado sobre AVC e o aumento da sua capacidade em lidar com a doença. Concluiu-se que embora a melhor maneira de oferecer informações para pacientes com AVC ainda

não esteja clara, seus resultados sugerem que estratégias que envolvam a participação ativa dos pacientes e seus cuidadores devem ser utilizadas na prática diária (Rodgers et al., 1999).

Uma intervenção baseada na expansão de habilidades psicossociais foi avaliada por meio de estudo randomizado e controlado envolvendo pacientes com AVC (Kendall et al., 2007). O programa de autogestão apresentou função protetora no grupo intervenção, melhorando a capacidade de gerenciar requisitos funcionais de vida diária, porém sem efeitos sobre a autoeficácia.

Revisão publicada pela Lancet em 2004, sobre intervenções de autogestão para doenças crônicas conclui que a mudança de comportamento relacionado às doenças é observada como desfecho de melhor êxito, embora sejam comportamentos diferentes a depender da doença estudada. Além disso, a redução na utilização de serviços de saúde é um dos possíveis benefícios econômicos dessa prática (Newman et al., 2004).

Uma das questões a ser discutida é: o programa pode ser adaptado para o Brasil, onde as condições de vida e de acesso a serviços de saúde são diferentes? A necessidade das adaptações tendo em vista as diferenças da população torna o programa atrativo. Ele pode ser reproduzido, é viável e pode trazer benefícios. O baixo poder estatístico de nossos resultados, influenciados pelo tamanho amostral, pode ser reflexo de instrumentos de análises pouco específicos para verificar a eficácia do programa desenvolvido. Consideramos o envolvimento dos pacientes vital para expor suas expectativas, oferecendo opinião pessoal sobre o serviço. Assim, os profissionais se envolvem mais, gerando impacto positivo e melhoria sobre os serviços prestados. O sistema de saúde, em consequência, depende

menos recursos financeiros: reabilitação ativa, objetivos alcançados em menor espaço de tempo, recursos direcionados para prevenção primária.

Outra questão merece ser discutida: o tempo de acompanhamento (3 meses) é capaz de captar mudanças no bem-estar e na qualidade de vida? Os indivíduos que sofreram episódio de AVC apresentam, na fase inicial do processo de reabilitação, expectativas elevadas, acreditando que a reabilitação conduzirá à total recuperação. Considerando o tempo entre a alta hospitalar e o início da reabilitação ambulatorial, que em nosso meio é elevado, teremos situações nas quais as sequelas já estão instaladas. Com a cronicidade das consequências secundárias e a recuperação parcial da participação social, é esperado que o começo do processo de reabilitação seja permeado de frustração (Oliveira, 2004). À medida que o tratamento (médico, psicológico, funcional) avança, parte da recuperação acontece e as adaptações às atividades funcionais desencadeiam maior independência, as expectativas tornam-se mais ajustadas à atual condição. É esperado que o indivíduo passe por uma fase de aceitação de sua condição, durante a qual sua sensação de bem-estar subjetiva e sua percepção de qualidade de vida podem se apresentar diminuídas.

A fase em que o estudo atual foi realizado, início do processo de reabilitação, é caracterizada pelas alterações acima descritas (Oliveira, 2004). Acompanhar os pacientes numa fase que ainda estão ajustando suas expectativas frente à nova realidade pode indicar problemas que serão solucionados ao longo do processo. A sensação de impotência que a deficiência e incapacidade podem conduzir em estágios iniciais conduz a resultados diferentes do que se pode enxergar na fase intermediária e final da reabilitação.

Acredita-se que o programa tenha impacto positivo sobre a satisfação do cliente/paciente, entretanto esse resultado pode não ter efeito prolongado, ou as medidas utilizadas podem não ser as mais adequadas. Vale ressaltar que a amostra limitada restringe conclusões baseadas em números, e que o estudo deve ser replicado utilizando amostra maior. Além disso, o tempo de seguimento do estudo (3 meses) é pequeno se consideradas as expectativas dos participantes durante o processo de reabilitação. A realização de estudos qualitativos pode ser mais frutífera, e o seguimento deve se fazer até o momento de alta da reabilitação.

Em adição a isso, há detalhes que fogem ao desenho de estudo e que influenciam negativamente os resultados relativos à medida do bem-estar. O delicado momento político e social que o país se encontrava quando da realização do estudo gerava insegurança quanto ao futuro do país. Em virtude da restrição econômica, mudanças estruturais no serviço onde foi realizado o estudo precisaram ser realizadas, gerando impacto sobre o serviço prestado.

Em contrapartida, deve-se considerar o impacto da realização da pesquisa para o paciente e para o serviço. Ao captar as necessidades e expectativas do paciente sob o olhar do mesmo é possível discutir e implantar melhorias sobre o serviço prestado: metas alcançadas em curto prazo, satisfação do cliente, indicadores de qualidade do serviço. Os profissionais e o serviço têm a possibilidade de olhar a incapacidade e a deficiência com enfoque direcionado para aspectos de atividade e participação, e não somente funções e estruturas do corpo comprometidas.

A educação em saúde auxilia o paciente no ajuste das expectativas frente ao tratamento. Torna-o ativo e auxilia a equipe de reabilitação no enfoque voltado para

o desejo do paciente e não apenas na sua visão de profissional de saúde. Ainda existem adaptações a serem realizadas para verificar impacto deste programa sobre a vida dos participantes e sobre benefícios ao serviço. Replicar a intervenção em grupo, em diferentes momentos da reabilitação, pode consolidar sua dinâmica ativa no processo de resolução de problemas, pois as expectativas e objetivos do paciente mudam durante esse processo. Em adição a isso, o programa deve ser desenvolvido e acompanhado até o momento da alta da reabilitação a fim de verificar efeitos em longo prazo sobre a autoeficácia, a sensação de bem-estar, a qualidade de vida e a funcionalidade.

Diferentes formatos devem ser testados. O grupo focal pode ser proposto para a realização de estudo qualitativo. O grupo focal propicia um ambiente mais natural para a coleta de informações sobre as dificuldades vivenciadas por essas pessoas, favorável à discussão, pois os participantes levam em consideração a opinião dos outros para formular a própria, compartilhando ideias e lidando com divergências. Pode trazer à tona sentimentos e sensações não percebidos através de métodos de pesquisa estruturados, em prol de identificar melhor o ponto de vista do paciente (Trad, 2009).

Baseado nesses resultados ainda se questiona: devemos investir tempo em reproduzir um programa que ainda não tem eficácia comprovada? Acreditamos que um programa educativo será sempre positivo. As dificuldades enfrentadas por esses pacientes ainda é um importante problema de saúde coletiva no Brasil e no Mundo, principalmente para reintegração social. Sendo assim, conclui-se que o desenvolvimento de programas de educação e autocuidado apoiado ainda pode garantir resultados positivos sobre qualidade de vida, direcionamento de recursos

voltados para expectativa do cliente e menor tempo gasto em serviços de reabilitação.

Os pacientes beneficiam-se do conhecimento sobre a doença e de habilidades que possam promover recursos pessoais e sociais para lidar com os desafios gerados, trazendo consequências benéficas para essas pessoas e para o sistema de saúde. Pesquisas realizadas no contexto brasileiro devem ajudar a esclarecer o fenômeno e a verificar a generalidade dos dados internacionais (Rabelo et al., 2006). Porém, ainda se fazem necessárias adaptações para se captar resultados do programa e se ajustar aos diferentes formatos de serviços.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A eficácia do programa de educação do paciente baseada na CIF pôde ser confirmada nos domínios específicos de relação social e meio ambiente analisados na ferramenta de qualidade de vida WHOQOL.

Embora o método criterioso tenha sido desenhado para realização adequada deste estudo, prospectivo, randomizado, o tamanho restrito da amostra e tempo de seguimento curto, limitou a análise estatística dos dados, tendo sido discutida a tendência dos resultados encontrados.

Este estudo foi realizado a primeira vez no Brasil, mas traz considerações para novas pesquisas ou novas intervenções na prática clínica. Direciona o olhar para análises mais qualitativas ou com enfoque em aspectos não avaliados como resiliência, satisfação com a vida e auto-estima. Indivíduos que desejarem utilizar essa intervenção em seu serviço de saúde já possuem indicações sobre necessidade de retroalimentação periódica e reavaliação por longo período.

Os aspectos positivos de funcionalidade, escolhidos pelos pacientes na caixa verde também podem ser considerados. Usar áreas positivas para conscientizar o paciente de que ele pode encontrar recursos próprios partindo de seu potencial individual para lidar melhor com o estado de saúde pós AVC, e assim, lidar melhor com os problemas encontrados, é uma alternativa.

É necessário ainda discutir na prática clínica, como estreitar mais a relação entre o grupo de treinamento (programa de educação) e a equipe de reabilitação. Os objetivos podem se tornar mais alinhados: o que o serviço sugere x o que o paciente espera.

Empoderamento é definido como o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais (VASCONCELOS, 2001). Considerando a importância do conceito para a continuação da implementação da CIF na prática clínica e a falta de programas de grupos de autogestão e empoderamento eficazes para pacientes com AVC, acredita-se que esta seja uma proposta a ser considerada para novas adaptações, e implementação na prática clínica. Discute-se a possibilidade e a sugestão deste programa ser adaptado a diferentes condições de saúde e diferentes contextos clínicos, considerando as devidas particularidades.

Deve-se considerar potenciais ganhos com a realização do programa. Pacientes ativos em seu processo de reabilitação, profissionais engajados nos objetivos direcionados pelos participantes, impacto positivo sobre os serviços e o sistema de saúde são aspectos a serem considerados. Adaptações ainda se fazem necessárias para comprovar os efeitos da autogestão de saúde sobre a vida dos pacientes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque AS, Tróccoli BT. Desenvolvimento de uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2004; 20(2):153-164.
- Algurén B, Lundgren-Nilsson A, Sunnerhagen KS. Functioning of Stroke Survivors – A validation of the ICF Core Set for Stroke in Sweden. *Disability and Rehabilitation*, 2010; 32(7): 551–559.
- Almeida SRM. Análise Epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. *Revista de Neurociências*. 2012; 20 (4): 481-482.
- Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Asian Journal of Social Psychology*. 1999; 2: 21-41.
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-Management Approaches for People with Chronic Conditions: A Review. *Patient Education and Counseling*. 2002; 48:177-187.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 74p.
- Carod-Artal FJ, Coral LF, Trizotto DS, Moreira CM. The Stroke Impact Scale 3.0: Evaluation of acceptability, reliability, and validity of the Brazilian version. *Stroke*. 2008; 39:2477-2484.
- Carvalho JJF, Alves MB, Viana GAA, Machado CB, Santos BFC, Kanamura AH, Lottenberg CL, Cendoroglo-Neto M, Silva GS. Stroke Epidemiology, Patterns of Management, and Outcomes in Fortaleza, Brazil: a Hospital-Based Multicenter Prospective Study. *Stroke*. 2011; 42: 3341- 3346.
- Escorpizo R, Finger M, Glässel A, Gradinger F, Lückenkemper M, Cieza A. A Systematic Review of Functioning in Vocational Rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Occup Rehabil*. 2011; 21:134-146.
- Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente Vascular Cerebral Precoce: Implicações para Adultos em Idade Produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2004; 4 (1): 95-102.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL- 100). *Revista de Saúde Pública*. 1999. 33(2): 198-205.
- Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de abreviado de avaliação de

qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Revista de Saúde Pública*. 2000. 34(2): 178-183.

Fryer CE, Luker JA, McDonnell MN, Hillier SL. Self Management Programmes for Quality of Life in People with Stroke (review). *Cochrane Database of Systematic Review*. 2016. 22(8): 1-76.

Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, Kostanjsek N, Ring H, Stucki G. ICF Core Set for Stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004. 44: 135-141.

Imazu MFM, Faria BN, Arruda GO, Sales CA, Marcon SS. Efetividade das Intervenções Individual e em Grupo junto a Pessoas com Diabetes Tipo 2. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2015, 23 (2): 200-207.

Kendall E, Catalano T, Kuipers P, Posner N, Buys N, Charker J. Recovery following Stroke: The role of self-management Education. *Social Science & Medicine*. 2007, 64: 735–746

Maasland L, Brouwer-Goossensen D, Den Hertog HM, Koudstaal PJ, Dippel DW. Health education in patients with a recent stroke or transient ischaemic attack: A comprehensive review. *International Journal of Stroke*. 2011, 6(1): 67-74.

Morais HCC, Gonzaga NC, Aquino PS, Arauho TL. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Revisão Integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2015; 49(1): 136-143.

Neubert S, Sabariego C, Stier-Jamer M, Cieza A. Development of an ICF-based patient program. *Patient Education and Counseling*. 2011; 84 (2): e13-e17.

Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management Interventions for Chronic Illness. *Lancet*. 2004; 364: 1523-1537.

Oliveira RA. O Sujeito e o Corpo Perante a Incapacidade Física. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 2004; 6(1):63-67.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. 1ed. São Paulo: EDUSP, 2003. 325p.

Rabelo DF, Néri AL. Bem-estar Subjetivo e Senso de Ajustamento Psicológico em Idosos que sofreram Acidente Vascular Cerebral: uma revisão. *Estudos de Psicologia*. 2006; 11(2): 169-177.

Rentsch HP, Bucher P, Nyffeler ID, Wolf C, Hefti H, Fluri E, Wenger U, Wälti C, Boyer I. The implementation of the 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary Project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disability and Rehabilitation*. 2003; 25(8): 411–421.

Riberto M, Lopes KAT, Chiappetta LM, Lourenção MIP, Battistella LR. The use of the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health core set for Stroke for Chronic Outpatients in three Brazilian Rehabilitation Facilities. *Disability and Rehabilitation*. 2013, 35 (5): 367-374.

Rodgers H, Atkinson C, Bond S, Suddes M, Dobson R, Curless R. Randomized controlled trial of a Comprehensive Stroke Education Program for Patients and Caregivers. *Stroke*, 30(12): 2585-2591.

Sabariego C, Barrera AE, Neubert S, Stier-Jamer M, Bostan C, Cieza A. Evaluation of an ICF-based patient education programme for stroke patients: A randomized, single-blinded, controlled, multicenter trial of the effects on self-efficacy, life satisfaction and functioning. *British Journal of Health Psychology*. 2013; 18: 707-728.

Scorsolini-Comin F, Santos MA. Avaliação do Bem-Estar Subjetivo: Aspectos Conceituais e Metodológicos. *Revista Interamericana de Psicologia*. 2010, 44(3): 442-448.

Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop na International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *European Journal of Physical Rehabilitation Medicine*. 2015, 51(1): 105-117.

Trad LAB. Grupos Focais: Conceitos, Procedimentos e Reflexões baseadas em Experiências com o uso da Técnica em Pesquisas de Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19(3): 777- 796.

Tesio L, From codes to Language: Is the ICF a Classification System or a Dictionary? *BMC Public Health*. 2011; 11(Suppl 4):1-4.

Vasconcelos EM. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental. *Rev Serviço Social Soc: seguridade social e cidadania* 2001; 22(65): 5-53.;

Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, Deruyter F, Eng JJ, Fisher B, Harvey RL, Lang CE, Mac Kay-Lyons M, Ottenbacher KJ, Pugh S, Reeves MJ, Richards LG, Stiers W, Zorowitz RD, on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery - A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016, e:1-73.

8. APÊNDICES

8.1. APÊNDICE 1: MANUAL

Programa de Educação para Pacientes Baseada na CIF¹

Acidente Vascular Cerebral

Manual

Luana Talita Diniz Ferreira

Carla Sabariego

Cassia Maria Buchalla

Faculdade de Saúde Pública

Universidade de São Paulo

2014

¹ CIF abreviação para " Classificação International de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde"

Índice

Descrição Geral	72
Programa de Educação para Pacientes	75
CIF como base para o Programa de Educação para Pacientes	76
Funcionalidade, Qualidade de Vida e Bem Estar como Metas	77
Orientação fundamental para a perspectiva do paciente	78
Habilidades do Instrutor.....	80
Módulo I	81
Módulo II	87
Módulo III	92

Apêndice:

Manual do Instrutor

Quadro Sinóptico

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

Descrição Geral

Metas do Programa de Educação para Pacientes	<ol style="list-style-type: none">(1) Melhorar a compreensão dos fatores que influenciam a funcionalidade dos pacientes.(2) Ampliar nos pacientes a própria estimativa das suas capacidades quanto a superar as dificuldades e barreiras que influenciam sua funcionalidade(3) Reforçar a capacidade dos pacientes para lidar de forma responsável com a sua doença (autogestão)(4) Apoiar os pacientes em seu desejo de permanecer independente, tanto quanto possível, para participar e moldar suas vidas diárias (empoderamento).
Grupo Alvo	Pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em fase de tratamento ambulatorial num Centro de Reabilitação.
CrITÉRIOS de Inclusão	<ul style="list-style-type: none">▪ > 18 anos de idade.▪ Diagnóstico principal: Acidente Vascular Cerebral (já diagnosticado previamente no exame inicial realizado na instituição)▪ Estar em período de reabilitação (ambulatorial)▪ Capacidade para se comunicar verbalmente
CrITÉRIOS de Exclusão	<ul style="list-style-type: none">▪ AVC não confirmados no exame inicial (registrado em prontuário médico)▪ Limitações de memória e na capacidade de atenção (teste de Mini Exame do Estado Mental - MEEM): abaixo de 25 pontos, o indivíduo será excluído.▪ Casos que apresentem afasia (seja ela de expressão, compreensão ou mista),▪ Alteração comportamental (será utilizada a Escala de Funcionalidade de Níveis Cognitivos do Rancho Los Amigos – Recuperação após Lesão Cerebral): Indivíduos que se encontrem abaixo do nível 8 (Intencional e Apropriado), serão excluídos.▪ Comprometimento visual importante (será utilizada a Escala de Snellen) – Indivíduos que conseguirem ler até a terceira linha da tabela de Snellen serão incluídos, ou seja, corte até 20/70 , com correção ótica caso necessário▪ Doença psiquiátrica associada▪ Em fase de reabilitação de pós-operatório ortopédico▪ Pacientes que já passaram por processo de reabilitação na instituição previamente▪ Participantes que não apresentam alterações funcionais secundárias ao AVC

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

Campo de Aplicação	O programa de educação do paciente foi desenvolvido inicialmente com um módulo de reabilitação em regime de internação. No presente modelo está adaptado para a reabilitação ambulatorial.
Tipos de Grupos	Grupos fechados
Número de Participantes	3 a 4 participantes por grupo
Composição dos Grupos	A composição do grupo não é predeterminada e deve ocorrer ao acaso. Níveis heterogêneos de funcionalidade dos participantes são bem-vindos para incentivar a interação entre os indivíduos.
Sessões do Programa de Educação dos Pacientes	<ul style="list-style-type: none">▪ Número: 3 sessões▪ Duração: Cada sessão dura aproximadamente 2 horas▪ Frequência: 3 sessões em uma semana
Módulos do Programa de Educação dos Pacientes	<ul style="list-style-type: none">▪ Módulo I: Identificação dos problemas de funcionalidade▪ Módulo II: Discussão sobre os problemas de funcionalidade e fatores relacionados; busca de soluções em cada uma das áreas problemáticas mencionadas.▪ Módulo III: Resumo e repetição dos problemas, soluções e serviços úteis discutidos; discussão detalhada dos conteúdos do livreto.
Flexibilidade do Programa	Os pacientes completarão os 3 módulos ao final das 3 sessões. Uma vez que os módulos são configurados sequencialmente, a sua ordem não pode ser alterada.
Instrutor	Profissional de saúde com experiência no atendimento interdisciplinar de pacientes com AVC e com experiência em educação do paciente.

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

Treinamento para Instrutores

Antes que um instrutor realize a primeira sessão de educação do paciente, recomenda-se:

- Obter conhecimento fundamental da CIF
- Estudar o manual de educação do paciente
- Participar como observador em um programa de educação do paciente

Local

- Sala de treinamento, mesa com 5 cadeiras

Materiais para 4 pacientes

- 5 x 80 cartões impressos com áreas de funcionalidade
- 5 caixas vermelhas e 5 verdes - com tampa
- 5 quadros sinópticos (contendo áreas problemáticas apresentadas por pacientes com AVC), cinco livretos (contendo informações discutidas em grupo)
- Para garantir que os materiais dos pacientes não serão esquecidos, eles permanecerão com o instrutor durante o treinamento. Quando a educação do paciente for concluída, os participantes podem levar todos os documentos

Materiais para o Instrutor

- 1 “Manual para o instrutor”
- 1 pilhas de cartões
- 1 lápis
- 1 tabela sinóptica, 4 livretos
- Elásticos
- Grampeador
- Tesoura

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

Programa de Educação para Pacientes

Sessões	Metas	Conteúdo
Sessão 1	<ul style="list-style-type: none">- Conhecer uns aos outros e ao treinador- Entender o objetivo do programa de educação- Instruções sobre o procedimento- Listar os problemas experimentados como resultado do AVC- Identificar os fatores que influenciam os problemas, e discutir sobre as estratégias e ações para enfrentá-los.- Aumentar a compreensão dos pacientes de fatores que influenciam sua funcionalidade.	<ul style="list-style-type: none">- Registro sistemático do nível de funcionalidade do ponto de vista do paciente; e ações e estratégias sobre como lidar com esses problemas- Introduções e esclarecimento
Sessão 2	<ul style="list-style-type: none">- Aumentar a compreensão dos fatores que influenciam a funcionalidade dos pacientes- Favorecer a auto-estimativa das suas capacidades- Discussão visando auxiliar na superação das dificuldades e barreiras que influenciam suas habilidades- Autogestão: Fortalecimento da capacidade dos pacientes para lidar de forma responsável com a sua doença- Apoiar os pacientes em seu desejo de permanecer independente tanto quanto possível, participando individualmente das suas vidas diárias	<ul style="list-style-type: none">- Discussão de áreas problemáticas- Busca de soluções em cada uma das áreas problemáticas mencionadas- Busca comum de ofertas úteis para cada área problemática
Sessão 3	<ul style="list-style-type: none">- Consolidação dos objetivos e conteúdos dos módulos 1 e 2	<ul style="list-style-type: none">- Resumo e repetição dos problemas, soluções, e ofertas úteis discutidas- Discussão dos conteúdos do livreto

CIF como base para o Programa de Educação para Pacientes

A CIF e seu modelo

Conceitual

A "Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde" (ICF), desenvolvida pela OMS é uma estrutura universalmente aceita, que propõe uma compreensão abrangente da funcionalidade humano. Ele oferece uma linguagem universalmente aceita para descrever a saúde e os aspectos relacionados a saúde.¹

O modelo bio-psico-social de funcionalidade da CIF, engloba os componentes funções e estruturas do corpo, assim como, componentes de atividades e participação e é determinada por interações entre as condições de saúde e fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais). [Figura 1]

Figura 1: Interação dos componentes da CIF com base no modelo bio-psico-social

Na prática clínica, a CIF é freqüentemente usada para obter uma compreensão completa da funcionalidade de um paciente em uma equipe multidisciplinar.²

Durante o programa de educação do paciente, o mesmo efeito deve ser alcançado por todos os pacientes. A compreensão da relação entre funcionalidade, fatores contextuais e a doença deve ser promovida. Isto é de importância essencial para a participação responsável dos pacientes sobre sua doença.

Educação do Paciente

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

Funcionalidade, Qualidade de Vida e Bem Estar como Metas

Meta	O principal objetivo da educação do paciente com base na CIF é ampliar a auto-eficácia, aumentar sensação de bem estar. Além disso, estimular a participação ativa dos pacientes em seu processo de reabilitação, partindo do reconhecimento da sua condição de saúde.
Definição	A auto-eficácia é a avaliação pessoal da capacidade de lidar com as dificuldades e barreiras na vida diária. A literatura enfatiza que a auto-eficácia não é uma característica global, mas uma combinação de percepção auto-eficácias em completamente diferentes domínios.
Educação do Paciente	<p>A educação do paciente visa reforçar:</p> <ol style="list-style-type: none">1) A estimativa pessoal da sua própria competência para lidar com as dificuldades e os obstáculos resultantes do acidente vascular cerebral na vida diária, e2) A estimativa pessoal da sua própria competência para identificar individualmente os problemas, encontrar soluções adequadas, e procurar ajuda nos lugares certos. <p>Identificar os problemas e encontrar soluções adequadas será uma atividade praticada com os pacientes durante a educação do paciente.</p> <p>Uma melhoria no domínio da auto-eficácia deve ter um efeito positivo imediato sobre a auto-gestão e capacitação dos pacientes.</p>

Orientação fundamental para a perspectiva do paciente

Perspectiva do Paciente

Para atingir os objetivos mencionados, nós trabalhamos a partir de perspectivas dos pacientes durante toda a intervenção. No Módulo 1, os pacientes produzem um perfil de sua funcionalidade momentânea, subjetivamente, que é discutida em relação aos problemas, dificuldades e estratégias de resolução de problemas no módulo 2.

A avaliação subjetiva do paciente deve ser aceita pelo treinador e não questionada, mesmo que a percepção subjetiva do paciente sobre sua própria funcionalidade seja consideravelmente diferente da avaliação do terapeuta.

Perspectiva do Paciente quando surgem os problemas

Durante toda a educação do paciente, problemas na funcionalidade (funções corporais, atividades e participação) e os fatores contextuais serão identificados e discutidos.

Os pacientes devem decidir por si quais as áreas que são problemáticas e quais não são. Se não tiver certeza das decisões, o instrutor deve definir com precisão o que se entende por "um problema" usando um exemplo concreto (isto é especialmente importante no Módulo 1). Exemplo: "Se a sua mão esquerda tem dificuldades em prender pequenos objetos e você é capaz de compensar essa dificuldade com uma ajuda ou usando o outro lado e está satisfeito com esta solução, esta limitação não é um problema para você. Se, no entanto, não é capaz de compensar as dificuldades que você tem com a sua mão esquerda, ou se você está insatisfeito com a solução, esta limitação é um problema para você."

Perspectiva do Paciente para soluções

Juntamente com os pacientes, o instrutor busca soluções para os problemas que foram identificados e discutidos nas sessões.

Os pacientes têm níveis diferentes de estratégias de resolução: 1) a prática, e 2) a de compensação com uma parte diferente do corpo, uma ajuda, ou um ajudante. Para ser capaz de aplicar estas estratégias de resolução de problemas, o paciente pode invocar diferentes fatores ambientais (pessoas, auxílios, instituições). É dever do instrutor ajudar os pacientes a alcançar uma sinopse das diferentes possibilidades disponíveis na busca de soluções.

Não é, no entanto, dever do treinador convencer os pacientes de uma determinada solução. Esta seria uma contradição absoluta do objetivo do programa de educação do paciente. Os pacientes devem alcançar uma abordagem responsável e auto-determinada para a sua doença.

Além disso, o instrutor geralmente não tem conhecimento suficiente sobre a funcionalidade do paciente e programa terapêutico para ser capaz de fazer uma recomendação aprofundada.

Neste contexto, os instrutores devem sempre definir claramente o seu papel e do papel dos outros terapeutas na equipe de reabilitação. Eles devem deixar claro para os pacientes que não podem aconselhá-los em relação às suas situações pessoais e que seu objetivo é trabalhar com os pacientes as diferentes possibilidades, que eles próprios podem alcançar mais tarde. Os pacientes devem estar cientes de que os diferentes grupos profissionais na equipe de reabilitação são especialistas em suas áreas e que podem aconselhar os pacientes em áreas específicas.

Habilidades do Instrutor

A seção a seguir oferece uma sinopse de competências básicas que o treinador deve apresentar, especialmente no Módulo 2, em que os pacientes devem participar ativamente e refletir sobre suas próprias situações. Requer boa competência comunicativa.

Aceitação

Os pacientes, suas declarações e opiniões devem ser aceitas pelo instrutor sem reservas, sem julgamentos. Como já foi mencionado, o treinador não deve fazer avaliações funcionais dos pacientes, mesmo se possuir uma opinião diferente.

Empatia

O treinador deve sempre tentar entender a atitude e o comportamento do paciente e as razões por trás deles, tentando se colocar na mesma situação do paciente. É importante para o instrutor expressar essa compreensão para o paciente, porque esta é a base para uma relação de confiança em que o paciente pode expressar abertamente seus problemas e preocupações.

No Módulo 2, o treinador resume os problemas e as soluções que foram trabalhados para os pacientes em suas próprias palavras, no final de cada rodada de discussões. Esses resumos apresentam uma boa oportunidade para mostrar empatia com os pacientes e deve conscientemente ser utilizado pelo treinador.

Auto-determinação

O objetivo da educação do paciente - que permite a eles lidar com sua doença de forma responsável e auto-determinada - deve ser constantemente claro durante as sessões.

Isso pode ser explicado principalmente durante o esclarecimento das funções descritas na seção "Perspectivas do paciente na busca de soluções".

No final do programa de educação, os pacientes devem estar cientes de que o programa ofereceu apoio na obtenção das diferentes soluções possíveis. Em conexão com a reabilitação, o paciente é incentivado a aplicar essas idéias de acordo com suas necessidades. Para conseguir isso ele pode contar com o apoio de centros de informação, terapeutas e médicos.

Módulo I

Módulo I – Sinopse das metas de aprendizagem

- 1) Os participantes se conhecem e conhecem o treinador.
- 2) Os participantes conhecem o objetivo e os procedimentos do programa de educação do paciente.
- 3) Os participantes conhecem o conteúdo e os procedimentos do Módulo 1.
- 4) Os pacientes identificam limitações na funcionalidade (entre os componentes de "funções do corpo, atividades e participação, e fatores ambientais") que podem ser causados por um acidente vascular cerebral; e podem identificar as áreas que, em sua opinião, permaneceram intactas ou estão afetados em seu caso.

Módulo I – Preparações

Mesas e cadeiras são colocadas na sala de treinamento para que os participantes (1-4) sentem-se e o treinador (5) permaneça à cabeceira da mesa.

- As cinco caixas vermelho e cinco caixas verdes que são usadas no Módulo 1 são colocadas sobre a mesa na frente do assento cada um dos pacientes.
- Assim que os participantes tomaram seus lugares à mesa, as etiquetas de nomes são colados em suas roupas e na frente deles

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

Módulo I – Metas de Aprendizagem 1

Os participantes se conhecem e conhecem o treinador.

Métodos	Rodada de introdução
Material	-
Conteúdo e Procedimento	Saudação: "Gostaria de oferecer uma recepção calorosa para nosso grupo de educação do paciente com base na CIF. Agradeço-me que todos vocês puderam vir e gostaram da ideia de participar do programa de educação do paciente. O programa ocorrerá esta semana e nos encontraremos por duas horas nos dias marcados. "
Comentários	-

Métodos	Discussão em grupo
Material	Etiquetas de identificação
Conteúdo e Procedimento	Rodada de apresentações: "É importante para nós conhecermos um ao outro antes de começarmos a educação do paciente. Por esta razão, eu gostaria de me apresentar. Meu nome é [...], eu venho de [...], e eu sou um [profissão ...]. Eu tenho trabalhado nesta clínica para [...] anos, e minha especialidade é [...]. Agora eu gostaria de pedir-lhe para se apresentar na ordem em que vocês estão sentados. Por favor, indique o seu nome, idade e profissão e diga-nos quanto tempo você está aqui no centro de reabilitação. Eu preparei etiquetas de identificação para cada um de nós. E coloquei elas em nossos lugares para que possamos tratar um ao outro pelos nossos nomes. "
Comentários	O treinador não deve perguntar imediatamente aos participantes informações sobre o AVC durante a rodada de introdução. Esta informação não é necessária para o restante da sessão e poderia representar uma carga emocional para os pacientes.

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

Módulo I – Metas de Aprendizagem 2

Os participantes conhecem o objetivo e os procedimentos do programa de educação do paciente.

Métodos	Discussão
Material	Palestra
Conteúdo e Procedimento	<p>Momento 1: "Por que estamos fazendo o programa de educação do paciente com vocês? Nós, especialistas em reabilitação, como médicos, fisioterapeutas, neuropsicólogos, etc., temos o dever de, junto com vocês, reconhecer os problemas com funcionalidade e encontrar as soluções adequadas. Na reabilitação, estas soluções são geralmente medidas terapêuticas ou a oferecimento de auxílio".</p> <p>Momento 2: "Durante a reabilitação e após a sua alta é possível que seja confrontado com problemas novos e inesperados em suas vidas diárias, em resultado do AVC, como por exemplo, ao subir as escadas. Antes, você tinha dificuldades, que você provavelmente nem percebeu que tinha. "</p> <p>Momento 3: "Por esta razão, nós gostaríamos de ajudá-lo a reconhecer soluções adequadas para seus problemas a fim de que - após a reabilitação - você possa reagir em conformidade em casa"</p> <p>Momento 4: "As consequências de um acidente vascular cerebral podem ser diferentes para cada pessoa do grupo ..."</p> <p>Momento 5: ... Nós, em primeiro lugar, gostaríamos de ajudá-lo a obter uma visão abrangente da sua situação pessoal momentânea. Para isso, você pode escolher entre uma infinidade de cartões nas áreas que se tornaram problemáticas para você depois do derrame. "</p> <p>Momento 6: "Então, nós poderíamos discutir sobre os problemas, soluções e recursos disponíveis para essas áreas problemáticas. Vamos trabalhar em um pequeno grupo, no qual você vai ter a oportunidade de falar sobre suas opiniões e experiências pessoais. "</p>

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

Módulo I – Metas de Aprendizagem 3

Os participantes conhecem o conteúdo e os procedimentos do Módulo 1.

Métodos	Palestra
Material	-
Conteúdo e Procedimento	<p>Momento 1: "Gostaria de descobrir junto com você o quais são seus problemas devido ao AVC. Quando falo de problemas, não estamos falando apenas de seu corpo, mas também problemas em sua rotina diária ou no meio ambiente. "</p> <p>Momento 2: "Quero dizer: áreas do corpo como por exemplo: sua força muscular ou sua memória. Sua vida diária, como por exemplo: lavar-se, vestir-se, fazer compras, vida familiar e tempo de lazer. Já as áreas do meio ambiente, se referem ao seu apartamento, recursos auxiliares, ou apoio e atitudes de seu/sua companheiro(a) ".</p> <p>Momento 3: "Como podemos reconhecer os problemas? Vamos trabalhar hoje, com cartões para ajudar a reconhecer os seus problemas. Cartões como estes, que eu tenho aqui na minha mão. "[Treinador mostra uma pilha de cartões.]" Na parte da frente dos cartões é está descrita a área em que você deve decidir se é ou não problemático para você. Na parte de trás você vai encontrar exemplos apropriados para cada área. "[O instrutor demonstra com um cartão.]" "Os cartões irão ajudá-lo a obter um resumo de sua situação momentânea e irá fornecer a base para futuras sessões."</p> <p>Momento 4: "Vou agora distribuir uma pilha de cartas para cada um de vocês. "Na sua frente haverá uma caixa vermelho e uma caixa verde, ambas vazias."</p> <p>Momento 5: "Gostaria agora de passar por estes cartões com vocês, e vou perguntar se vocês têm problemas com esta área como resultado do AVC. Se vocês tiverem o problema, por favor, coloque o seu cartão na caixa vermelha. Se vocês não tiverem o problema, coloque o seu cartão na caixa branca ".</p> <p>Momento 6: "Vamos percorrer todas as cartas juntos. Seria bom se vocês pudessem esperar os outros terminarem antes de ir para o próximo cartão. "</p> <p>Momento 7: "Antes de começar, gostaria de mencionar brevemente o tema da confidencialidade. Vou tratar tudo o que discutimos em nossa sessão de forma confidencial. Eu gostaria de pedir-lhe para tratar o que os outros participantes fizessem o mesmo. "</p>
Comentários	-

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

Módulo I – Metas de Aprendizagem 4

Os pacientes identificam as limitações na funcionalidade (entre os componentes de "funções do corpo, atividades e participação, e fatores ambientais") que podem ser causados por um acidente vascular cerebral; e podem identificar as áreas que, em sua opinião, permaneceram intactas ou estão afetados em seu caso.

Método	Trabalho Individual
Material	Cartões 5 caixas vermelhas 5 caixas verdes Manual do instrutor
Conteúdo e Procedimento	<p>Os pacientes recebem do treinador uma pilha de cartas e decidem se as categorias sobre os cartões são problemáticos ou não para si, colocando os cartões em uma caixa vermelha ou verde, respectivamente. Este processo de decisão é realizado por todos os participantes simultaneamente, sendo moderado pelo instrutor, que lê as perguntas e exemplos sobre as cartas em voz alta.</p> <p>A escolha das áreas problemáticas é feito primeiro para as funções do corpo e, em seguida, para as áreas da vida diária (atividades e participação) e, finalmente, para os fatores ambientais. Se necessário, haverá uma breve pausa entre as discussões sobre as diferentes áreas.</p> <p>A escolha de palavras com que o instrutor lê as questões em voz alta e exemplos para cada cartão podem ser encontrados em "Instruções para Instrutores". A terminologia é semelhante para cada cartão de modo que os pacientes serão capazes de compreender os principais, após escolher alguns cartões. Para fornecer um resumo, as categorias em que os pacientes escolherão estão listadas abaixo (sem a formulação exata das perguntas ou exemplos).</p> <p>O treinador distribui as pilhas de cartas e lê em voz alta as categorias individuais para os pacientes.</p> <p>Os fatores ambientais são um pouco diferentes, pois o modelo CIF define fatores ambientais como barreiras (ou facilitadores) a si mesmos e não como limitações dos pacientes. Assim, o objetivo é alterar o ambiente de modo a que não represente um problema para o paciente.</p> <p>Os treinadores devem manter esta abordagem fundamental em mente. Em seguida, eles serão capazes de mostrar aos pacientes que não só eles devem mudar apenas a si mesmos, mas também seus ambientes para alcançar a participação ideal na vida cotidiana.</p>
Comentários	<ul style="list-style-type: none">- No início do processo de escolha, o instrutor deve garantir que os pacientes tenham entendido corretamente o procedimento e explicar as regras novamente, se necessário.- Se o instrutor perceber que um paciente tem um problema em uma determinada área e não pode compensar isso, mas alega que não é um problema e coloca o cartão na caixa branca, o treinador deve

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

	<p>aceitar isso. Na sessão é a perspectiva subjetiva do paciente que conta (ver também "orientação fundamental para a perspectiva do paciente").</p> <ul style="list-style-type: none">- Especialmente com os cartões, relativos à área de Atividade e Participação, pode acontecer a situação de que o paciente ainda não tenha tentado executar algumas coisas, por exemplo, eles não voltaram para seus apartamentos/ casa/quarto desde o acidente vascular cerebral. Nesses casos, as "Diretrizes para Instrutores" oferecem perguntas alternativas. Uma dessas questões, que abrange idéias e expectativas do paciente, por exemplo, é: "Você acredita que você vai ter problemas como se locomover em seu apartamento devido ao AVC?"- O treinador deve chamar a atenção dos pacientes para as situações que ele sabe que os pacientes não vão ter vivenciado. Antecipar essas situações é parte importante da educação do paciente. Uma vez que os pacientes já pensaram sobre o que eles poderiam ter dificuldades, eles têm a possibilidade de pensar no futuro e pedir ao seu médico ou terapeuta aconselhamento e podem tomar as providências necessárias.
Antecedentes dos cartões	<p>Os pacientes serão questionados sobre um total de 80 categorias (21 funções do corpo, 45 atividades e participação, e 14 fatores ambientais). Essas categorias foram escolhidas a partir do <i>Core Set</i> Abrangente da CIF para AVC, que consiste em 130 categorias que podem ser relevantes para pacientes com AVC.</p>

Módulo I – Depois da sessão

As cartas de cada paciente, das caixas vermelhas e das verdes devem estar vinculadas. Depois, cada paciente receberá um pacote de cartas com suas "áreas problemáticas" (capa vermelha) e um maço de cartas com áreas que ainda estão preservadas (capa verde).

Os cartões "problemas" que os pacientes colocaram nas caixas vermelhas devem ser avaliados. Seis selecionados. As áreas problemáticas de cada paciente são registrados em um quadro sinóptico.

As áreas a serem discutidas no módulo 2 serão escolhidas. Uma cópia deste quadro sinóptico pode ser encontrado no apêndice.

Módulo II

Módulo II – Sinopse das metas de aprendizagem

- 1) Os participantes são familiarizados com o conteúdo e procedimento do Módulo 2.
- 2) Os pacientes podem estabelecer conexões entre as limitações na sua funcionalidade (componentes das funções corporais, atividades e participação, e os factores ambientais). Os pacientes podem nomear soluções para as áreas em que eles vivenciam limitações.

Módulo II – Preparações

- A mesa e as cadeiras são colocadas como no Módulo 1.
- As etiquetas com nomes são colocados e os participantes sentam-se nos mesmo lugares do Módulo 1. Os conjuntos de cartões da caixa vermelha (áreas problemáticas) e da caixa verde (áreas não problemáticas) são distribuídos para os respectivos participantes.
- O treinador levará os folhetos e cartões. Os cartões são distribuídos aos participantes durante a palestra introdutória. Os folhetos permanecem com o instrutor.

Módulo II – Metas de aprendizagem 1

Os participantes são familiarizados com o conteúdo e procedimento do Módulo 2.

Métodos	Palestra
Material	Folhetos (x 6) Quadro sinópticos (x6) Pilhas de cartões (x6) Caixas vermelhas (x6) Caixas brancas (x6)
Conteúdo e Procedimentos	<p>Momento 1: [Treinador cumprimenta os pacientes]: "Hoje em primeiro lugar gostaria de relembrar o que fizemos ontem. Ontem discutimos sobre suas dificuldades após o AVC. Usamos a caixa vermelha para colocar cartões nos quais identificamos áreas problemáticas e usamos a caixa verde para colocar os cartões nos quais não identificamos áreas problemáticas".</p> <p>Momento 2: "[As pilhas de cartas foram colocadas sobre a mesa, à frente do assento do paciente, antes de a sessão começar.]" Isso significa que você tem uma pilha na caixa vermelha -. Estas são o suas áreas problemáticas atuais - e uma pilha na caixa verde - estas são as áreas que não estão atualmente causando problemas para você".</p> <p>Momento 3: "Fizemos uma lista das áreas problemáticas que vocês mencionaram ontem." "[Treinador distribui os quadros sinópticos.]" Todas as áreas que abordamos nos cartões ontem estão nesta mesa. Há números próximos às áreas individuais. Estes números indicam quantas pessoas em nosso grupo tem um problema nessa área. Se olharmos para a tabela em conjunto, vemos que existem áreas que são problemáticas para todos ou a maioria de vocês.</p>

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

	<p>Gostaria de discutir algumas dessas áreas problemáticas hoje."</p> <p>Momento 4: "Como é que vamos discutir essas áreas problemáticas? Cada um de vocês será questionado sobre que problemas vocês têm na área e vamos discutir soluções para esses problemas. "</p> <p>Momento 5: "Quando buscarmos soluções para os seus problemas, nós também devemos discutir recursos e onde você pode encontrar mais ajuda para resolver seus problemas. Isso deve lhe fornecer um amplo resumo da variedade de possíveis soluções.</p> <p>Momento 6: "Gostaria de discutir com vocês sobre isso e mostrar o livreto de modo que você terá informações úteis para sua reabilitação. Aqui na clínica de reabilitação há muitas pessoas que cuidam de você e vão te ajudar a procurar soluções e fontes de apoio. Quando você estiver em casa, muitas dessas pessoas não estarão mais disponíveis. "</p> <p>Momento 7: "Vamos começar com a discussão da primeira área problemática. Como eu disse antes, você será perguntado sobre seus problemas pessoais e soluções nesta área. "</p> <p>Momento 8: "Toda contribuição é importante para nós. É por isso que pedimos para deixar todos falarem, sem interromper um ao outro".</p> <p>Momento 9: "Devemos sempre fazer as mesmas perguntas:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Quais os problemas que você tem?2) Quais as soluções que você pode pensar para seus problemas?3) O que é feito durante a reabilitação para resolver seus problemas?4) Alguém tem problemas semelhantes?5) Alguém tem soluções diferentes? " <p>Momento 10: "Existem áreas que você gostaria de discutir durante os próximos dias? Se nenhum ocorrer espontaneamente, eu gostaria de começar com a área XX. Você pode me dizer a qualquer momento, se você gostaria de discutir uma determinada área. "</p>
Comentários	-

Módulo II – Metas de aprendizagem 2

- Os pacientes podem perceber as conexões entre as suas limitações na funcionalidade.
- Os pacientes podem nomear soluções para as áreas em que eles vivenciam limitações e saber onde eles podem obter mais informações.

Método	Instrutor conduz a discussão em grupo
Material	Pilhas de cartões Caixas vermelhas e verdes (x4) Lápis Quadro sinóptico Folhetos (x 1)
Conteúdo e Procedimentos	<p>Áreas relevantes para os problemas dos pacientes e as suas soluções são discutidas. O tempo pode variar consideravelmente em função dos problemas e experiência dos pacientes.</p>
Áreas Escolhidas	<p>Áreas Existem diferentes critérios segundo os quais o treinador pode usar para decidir quais áreas serão discutidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essas áreas serão discutidas conforme foram citadas como problemas pela maioria dos doentes. - Se um paciente participante tem um desejo especial de discutir uma área específica e os outros concordam - que não estão nos cartões - também podem ser discutidos (por exemplo, independência, auto-estima, ou o papel da família). - O treinador pode escolher propositadamente áreas que não foram mencionados pelos pacientes se tem a impressão de que esses temas poderiam ser relevantes para todos. Estas poderiam incluir especialmente áreas que os pacientes ainda não foram capazes de experimentar durante a reabilitação. <p>Do fácil para o difícil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recomenda-se começar com a discussão das áreas ao nível das funções do corpo, porque estes geralmente são mais fáceis. Além disso, os pacientes se concentram em problemas com as funções do corpo durante a reabilitação e podem participar nessas discussões sobre o processo de reabilitação. - Recomenda-se começar com as áreas em que os pacientes já tiveram a experiência (por exemplo, banho ou alimentação). - No final da discussão, podem ser discutidas as áreas as quais os pacientes ainda não experimentaram (por exemplo, fazer compras). Quando esses temas são discutidos, os pacientes são encorajados a pensar sobre o tempo após a alta para ser capaz de considerar as potenciais dificuldades, enquanto eles ainda estão em reabilitação, para que eles não sejam pegos de surpresa após a alta. <p>Exemplo do procedimento de conversa com um paciente</p> <p>1) O treinador coloca um cartão da área a ser discutida pelo grupo no meio da mesa, de modo que os participantes não percam de vista o tema geral.</p>

Procedimentos

- 2) "Sr. / Sra [XX], quais os problemas que você tem na [área]? "
- 3) Se necessário, o treinador pode tentar especificar os problemas, com questões abertas. Por exemplo:
- 4) "Quando é que esses problemas ocorrem? Quais atividades estão ligadas a eles? Durante qual atividade cotidiana é mais difícil desempenhar esta tarefa? Você pode descrever o problema de forma mais precisa? Por favor, sinta-se livre para dar uma olhada no quadro sinóptico ou em seus cartões."
- 5) Sempre que um problema em uma área for claramente trabalhada, o instrutor escreve em um cartão vermelho e coloca na mesa / no quadro.
- 6) O treinador tenta identificar soluções para os problemas mencionados em conjunto com o paciente, por exemplo, com a pergunta:
 - "Qual solução você acha que ajudaria a resolver este problema?"
 - "O que pode ser feito para resolver este problema durante a reabilitação?"
 - "Você sabe de todos os exercícios que você pode fazer?"
 - "Que terapeuta pode ajudar com este problema?"
 - "Existem outras pessoas que poderiam ajudá-lo a resolver este problema?"
 - "Você usa algum recurso auxiliar, tipo bengala, andador, cadeira de rodas?"

Sumário

Nota: O instrutor deve ter muito cuidado, especialmente quando se fala sobre recurso auxiliar. O objetivo do programa de educação do paciente é mostrar as soluções possíveis e não convencer o paciente a aplicar determinadas soluções. O instrutor geralmente não está familiarizado com o estágio atual da terapia / paciente e, portanto, não deve avaliar se o paciente exerce a função ou não. É por isso que o treinador deve ser cuidadoso ao fazer qualquer recomendação.

- "Que experiência você teve com o recurso auxiliar?"
- O recurso pode revelar-se como problema durante a discussão. Se este for o caso, o recurso auxiliar será incluído como mais um problema e soluções serão buscadas.

- "Alguém mais teve experiências semelhantes? Alguém tem uma idéia de como resolver o problema?"

Sempre que houver um momento apropriado sobre este assunto, o treinador deve tentar incluí-lo na discussão.

- 7) Sempre que uma solução para um problema foi elaborado, o treinador escreve em um cartão verde, e coloca sobre a mesa ou no flip chart / quadro. As soluções podem ser trabalhadas em diferentes níveis: para a área específica ou problemas ligados a esta área.

Este modelo de identificação de problemas e suas soluções são aplicadas a todos os pacientes. Deve-se terminar de trabalhar com um paciente, antes de iniciar o próximo. É claro que os demais pacientes podem oferecer comentários ou sugestões quando outro paciente está relatando seu problema. Devem ainda ser ocasionalmente encorajados a fazê-lo pelo treinador.

Depois que os problemas e soluções de todos os pacientes foram discutidos, o treinador fará resumos para cada área discutido sobre

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

	<p>cada paciente. Exemplo do resumo de um paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">- "Senhor. [XX], na área [XX] você tem esses problemas: [XX]. Possíveis soluções poderiam ser [XXXX]". <p>Este resumo é realizado para cada paciente sucessivamente. Isto conclui a discussão para esta área, e discussão da próxima área pode começar.</p>
Comentários	<p>Se, durante a discussão de problemas, alguém comenta que ainda não tentou alguma tarefa e, portanto, não pode dizer se é um problema ou não, o treinador deve encorajar os pacientes a tentar imaginar o que poderia causar problemas.</p> <p>A intenção é começar com uma área específica no grupo de discussão e proceder a partir daí com outras áreas. O treinador deve explicar aos pacientes que há relações entre as diferentes áreas e que a meta da educação do paciente é elucidar essas relações. As cartas em que o treinador observa os problemas e as soluções identificadas podem mostrar as relações. Na busca de soluções para os diferentes problemas, os pacientes devem tomar consciência de que há muitas abordagens e níveis diferentes para solucionar um problema.</p> <p>Os resumos do treinador no final da discussão rodada são importantes para manter os pacientes atentos e orientados quanto à proposta. O treinador resume os problemas e soluções de cada paciente em frases curtas, para novamente demonstrar situação individual e do grupo (outros pacientes).</p>

Módulo II – Avançando

O treinador deve preparar uma apresentação para o Módulo 3, em que o conteúdo das sessões são resumidas e repetidas para os pacientes.

Sugestões de apresentações: "Aqui você pode ver todas as áreas que foram discutidas no módulo 2."

O instrutor deve classificá-las áreas: funções do corpo, atividades e participação, e fatores ambientais. E isto deverá fazer os pacientes mais conscientes dos diferentes níveis de problemas que podem ocorrer."

Os problemas discutidos e soluções para cada área são enumerados. Aqui também são novamente atribuídos os pontos individuais para os pacientes apropriados. Se os pacientes citarem problemas ou soluções a partir de suas áreas pessoais, estes devem ser incluídos. Os resumos podem ser impressos e distribuídos aos pacientes individualmente para auxiliar a memória.

Módulo III

Módulo III – Sinopse das metas de aprendizagem

- 1) Os participantes podem fazer um resumo dos objetivos e conteúdos das sessões.
- 2) Os pacientes têm uma sinopse dos dias anteriores.
- 3) Os participantes aprendem a usar corretamente os livretos.

Módulo III – Preparações

- As mesas e cadeiras são colocadas como nos módulos 1 e 2.
- As etiquetas com os nomes são colocadas nos respectivos participantes e eles sentam-se (na mesma ordem dos módulos 1 e 2). As pilhas de cartões com (áreas problemáticas) vermelhas e verdes (áreas não problemáticas), bem como os folhetos, são distribuídos para as pessoas adequadas.
- A apresentação para o Módulo 3 é preparado no final do Módulo 2.
- Após a última sessão, os pacientes podem levar para casa os materiais que o instrutor manteve com ele durante o programa.

Módulo III – Metas de aprendizagem 1

Os participantes podem fazer um resumo dos objetivos e conteúdos das sessões.

Métodos	Discussão
Material	Pilhas de cartões Caixas vermelhas e verdes (x6) Lápis preto Quadros sinópticos (x 6) Folhetos (x 6)
Conteúdo e Procedimentos	<p>Momento 1: [O instrutor cumprimenta os pacientes.] "Hoje eu gostaria de resumir o que trabalhamos nos últimos dias. Eu preparei o material para vocês, mas primeiro eu gostaria de repetir porque nós tivemos este programa de educação do paciente. Durante a reabilitação, é importante que vocês e seus terapeutas reconheçam - juntos - seus problemas e sejam capazes de encontrar soluções adequadas. "</p> <p>Momento 2: "Após a alta, você poderá ser confrontado com problemas inesperados resultantes de seu AVC."</p> <p>Momento 3: "É por isso que nós queremos apoiá-lo na busca de soluções adequadas para os seus problemas, de modo que você será capaz de resolvê-los."</p> <p>Momento 4: "O que nós fizemos durante os últimos dias para atingir esse objetivo?"</p> <p>Momento 5: "Suas áreas problemáticas e não problemáticas foram</p>

Programa de Educação para Pacientes Baseado na CIF

	resumidas em cartões no primeiro dia." Momento 6: "E procuramos por problemas e soluções nos dias que se seguiram."
Comentários	-

Módulo III – Metas de aprendizagem 2

Os pacientes têm uma sinopse dos dias anteriores.

Métodos	Discussão em grupo
Material	Cópias impressas dos resumos das áreas, problemas e soluções discutidas
Conteúdo e Procedimento	<p>Momento 1: "Agora eu gostaria de repetir que as áreas que discutimos." [O treinador lê em voz alta as áreas que foram discutidas durante os dias anteriores. Ele enfatiza que as áreas de diferentes níveis - as funções do corpo, atividades e participação, e fatores ambientais - serão discutidos].</p> <p>Momento 2: O treinador comenta as áreas discutidas junto com os pacientes e mostra os problemas e soluções que foram mencionados. O treinador também pergunta se alguém tem alguma dúvida e se os pacientes acham que eles podem aplicar o que foi discutido em suas vidas cotidianas. Se os pacientes tiverem qualquer dúvida sobre a aplicação prática, o treinador deve esclarecer. Isso pode ser discutido com o grupo. Sempre que possível fazer referência ao livreto. Os pacientes devem abri-lo e ler o texto em seguida.</p>
Comentários	Em contraste com o Módulo 2, o Módulo 3 é relativamente passivo. No Módulo 2, os pacientes tinham que participar ativamente, mas no Módulo 3 eles simplesmente devem ouvir um resumo sistemático do que foi aprendido. Eles têm a oportunidade de pensar sobre os aspectos e relações individuais e são encorajados a adicionar comentários ou trazer novos aspectos.

Módulo III – Metas de aprendizagem 3

Os participantes aprendem a usar corretamente os folhetos.

Metodos	Discussão
Material	Tabelas sinópticas
Conteúdo e Procedimento	<p>O treinador menciona o folheto várias vezes durante a aprendizagem a 2, e os pacientes trabalham intensamente com ele.</p> <p>Em conclusão, todos utilizam a tabela, e as áreas individuais são lidos em voz alta.</p> <p>O treinador pergunta se alguém tem dúvidas e, em caso afirmativo, responde.</p> <p>No final das sessões o treinador agradece aos participantes e diz adeus. Os participantes poderão levar para casa o material com eles.</p>

Comentários | -

Referências:

1. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization 2001.
2. Stucki G. International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A promising framework and classification for rehabilitation medicine. Am J Phys Med Rehabil 2005;84(10):733-740.
3. Bandura A. Self-Efficacy - The Exercise of Control. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
4. Mühlig S. Allgemeine Trainerqualifikationen zur Patientenschulung: Defizite und Qualitätskriterien. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2007;76:74-79.
5. Geyh S, Cieza A, Schouten J, Dickson H, Frommelt P, Omar Z, Kostanjsek N, Ring H, Stucki G. ICF Core Sets for stroke. J Rehabil Med 2004(44 Suppl):135-41.

Apêndice

Orientações para o Instrutor

Quadro Sinóptico

Programa de Educação do Paciente com AVC baseado na CIF

Diretrizes para o instrutor

Módulo 1

Guia Funções do corpo
Guia Atividades e Participação
Guia Fatores Ambientais

Programa de Educação do Paciente com AVC baseado na CIF

Diretrizes para o instrutor

Módulo 1

Guia Funções do corpo

<p>b126</p> <p>Carater e Temperamento</p> <p>Questão Você já teve problemas com seu carater ou temperamento, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Mudanças no carater e temperamento Afastamento de amigos e familiares Teimosia Instabilidade emocional</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros Grupos de Auto-ajuda Neuropsicólogo / Psicólogo Conselhos de Familiares</p>	<p>b130</p> <p>Energia</p> <p>Questões Você já teve problemas com o seu nível de energia como consequência do acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Fadiga Impulsividade Perda de Appetite Desmotivação</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros Grupos de Auto-ajuda Neuropsicólogo / Psicólogo</p>
--	---

<p>b134</p> <p>Sono</p> <p>Questões Você já teve problemas para dormir como consequência do acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Problemas para pegar no sono Problemas em permanecer dormindo</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros Grupos de Auto-ajuda Lazer e relaxamento Psicólogo Fisiatra Medicamentos</p>	<p>b140</p> <p>Atenção</p> <p>Questões Você já teve problemas de atenção após o acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Problemas de concentração Problemas em acompanhar uma conversa Problemas para acompanhar um noticiário</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros Grupos de Auto-ajuda Psicólogo Fisiatra Medicamentos</p>
---	--

b144

Memória

Questões

Você já teve problemas de memória como consequência do seu acidente vascular cerebral?

Exemplos

Esquecer coisas novas
Lapsos de memória

Soluções Possíveis

Suporte de terceiros
Grupos de Auto-ajuda
Neuropsicólogo
Fisiatra
Recursos auxiliares (lembretes)

b152

Sentimentos

Questões

Você já teve problemas com seus sentimentos, após o acidente vascular cerebral?

Exemplos

Humor deprimido
Tristeza
Tensão

Soluções Possíveis

Suporte de terceiros
Grupos de Auto-ajuda
Lazer e relaxamento
Psicólogo
Fisiatra

<p>b164</p> <p>Decisão, Planejamento, Organização</p> <p>Questão Você já teve problemas em tomar decisões, com planejamento, ou organização após o acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas com a tomada de decisões, planejamento e organização, como resultado do acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Planejamento e organização para visitar amigos: Quando devemos sair? Quem vai junto? Como é que vamos chegar lá? O que devemos levar? Planejamento e organização de um jantar com amigos: Quando devemos preparar a comida? Quem nós convidamos? O que comeremos? O que eu devo comprar?</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros Grupos de Auto-ajuda Psicólogo Fisiatra</p>	<p>b210, b215</p> <p>Visão, Olhos</p> <p>Questão Você já teve problemas com a sua visão como resultado do acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Visão dupla Cegueira em um dos olhos Olhos lacrimejantes Movimento limitado dos olhos</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra/ Oftalmologista Medicamentos</p>
--	--

<p>b260</p> <p>Percepção da posição dos braços, pernas e tronco</p> <p>Questão Você já teve problemas em perceber a posição de seus braços, pernas ou tronco após o acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Você tem problemas em dobrar ou esticar seus braços ou pernas quando você não está olhando?</p> <p>Soluções Possíveis Fisioterapia Ergoterapia</p>	<p>b265, b270</p> <p>Sensação de Toque, Temperatura e Pressão</p> <p>Questão Você já teve problemas para perceber a sensação de pressão ou temperatura após o acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Entorpecimento Sensação de formigamento Dificuldade em diferenciar o quente do gelado</p> <p>Soluções Possíveis Fisioterapia Ergoterapia</p>
---	---

<p>b280</p> <p>Dor</p> <p>Questão Você já teve problemas com dor como resultado do acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Sensação de dor</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Medicamentos Fisioterapia Ergoterapia</p>	<p>b455</p> <p>Vigor, Energia</p> <p>Questão Você já teve problemas com resistência/ vigor, como resultado do acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Você fica sem ar durante ou após o esforço físico mais rápido do que ficava antes do acidente vascular cerebral?</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Fisioterapia Ergoterapia Movimentos (atividades diárias) Esportes(discutir com o Fisiatra)</p>
--	---

b510

Mastigação e Deglutição

Questão

Você já teve problemas com mastigação ou deglutição como resultado do acidente vascular cerebral?

Exemplos

Asfixia
Ficar arrotando

Soluções Possíveis

Fisiatra / Nutricionista
Fonoaudiólogo
Recursos auxiliares
Comidas especiais

b525

Funções Intestinais

Questão

Você tem problemas com o intestino após o acidente vascular cerebral?

Exemplos

Constipação
Incontinência

Soluções Possíveis

Fisiatra
Medicamentos
Cuidados de enfermagem
Recursos auxiliares

<p>b620</p> <p>Funções Urinárias</p> <p>Questão Você tem problemas para urinar como consequência do acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Incontinência Micção frequente</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Medicamentos Cuidados de enfermagem Recursos auxiliares</p>	<p>b710</p> <p>Mobilidade dos Braços e Pernas</p> <p>Questão Você tem problemas para mexer seus braços e pernas, como resultado do acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Você não consegue mexer seus braços ou pernas como antes do acidente vascular cerebral?</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Esporte Movimento (atividades diárias)</p>
--	--

<p>b715</p> <p>Estabilidade nos Braços e Pernas</p> <p>Questão Você tem problemas com a estabilidade em seus braços ou pernas, como resultado do acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos As pernas desabam subitamente quando está em pé ou andando? Sente instabilidade no ombro quando se inclina sobre ele?</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Esporte</p>	<p>730, b740</p> <p>Força Muscular</p> <p>Questão Você tem problemas a força muscular após o acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Você tem pouca força para mexer os braços e as pernas? Você tem pouca força para levantar-se, manter-se de pé ou andar? Você tem fraqueza generalizada?</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Esporte Movimento (atividades diárias)</p>
---	--

<p>b735</p> <p>Tônus Muscular</p> <p>Questão Você tem os músculos rígidos ou fracos, como resultado do acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Músculos fracos Músculos rígidos</p> <p>Soluções Possíveis Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Movimento (atividades diárias)</p>	<p>b755</p> <p>Manutenção do Equilíbrio</p> <p>Questão Você tem problemas para manter o seu equilíbrio como consequência do acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Marcha instável Tendência a queda Tonturas</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>
--	--

b760

Coordenação

Questão

Você tem problemas para manter o seu equilíbrio como consequência do acidente vascular cerebral?

Exemplos

Movimentos descoordenados e instáveis

Movimentos não são objetivo-orientados:

- Alcançar uma garrafa de água
- Não conseguir levar comida em sua boca

Soluções Possíveis

Fisioterapia

Ergoterapia

Recursos auxiliares

Suporte de terceiros

Programa de Educação do Paciente com AVC baseado na CIF

Diretrizes para o instrutor

Módulo 1

Guia Atividades e Participação

<p>d115</p> <p>Ouvir</p> <p>Questão Você tem problemas para escutar/ouvir como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Ouvir rádio Ouvir música</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Neuropsicólogo Recursos auxiliares</p>	<p>d155</p> <p>Aprender</p> <p>Questão Você tem problemas de aprendizagem coisas como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Aplicar exercícios que você aprendeu aqui na vida cotidiana Aprender mais em outros cursos</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Neuropsicólogo Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>
---	---

<p>d160</p> <p>Atenção e Concentração</p> <p>Questão Você tem problemas com a sua atenção ou concentração, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Se distrai facilmente Só consegue se concentrar em um exercício por um curto período de tempo</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Neuropsicólogo Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>	<p>d166</p> <p>Ler</p> <p>Questão Você tem problemas de leitura, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Conseguir ler uma reportagem Conseguir ler um livro</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Neuropsicólogo Suporte de terceiros</p>
--	--

d170

Escrever

Questão

Você tem problemas para escrita como resultado de seu acidente vascular cerebral?

Exemplos

Conseguir escrever um bilhete

Soluções Possíveis

Neuropsicólogo
Suporte de terceiros

d172

Calcular

Questão

Você tem problemas para calculos como resultado de seu acidente vascular cerebral?

Exemplos

Não consegue calcular custos quando faz compras

Soluções Possíveis

Neuropsicólogo
Suporte de terceiros

<p>d175</p> <p>Resolver de Problemas</p> <p>Questão Você tem dificuldades com a resolução de problemas, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter dificuldades de resolução de problemas, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Encontrar o caminho em uma cidade estranha Dissolver uma discussão entre crianças</p> <p>Soluções Possíveis Neuropsicólogo Suporte de terceiros</p>	<p>d230</p> <p>Planejar e executar a rotina diária</p> <p>Questão Você tem problemas de planejar e executar a sua rotina diária?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas planejar e executar a sua rotina diária, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Planejando a programação do dia</p> <p>Soluções Possíveis Neuropsicólogo Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>
---	---

<p>d240</p> <p>Lidar com o estresse</p> <p>Questão Você tem problemas lidar com o estresse como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Lidar com o fardo da doença</p> <p>Soluções Possíveis Neuropsicólogo Psicólogo Suporte de terceiros Lazer e relaxamento Esportes Técnicas de relaxamento</p>	<p>d315, d335</p> <p>Comunicação através de gestos</p> <p>Questão Você tem problemas em se comunicar com gestos, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Gestos de entendimento Gesticular balançando a cabeça</p> <p>Soluções Possíveis Fonoaudiólogo Neuropsicólogo</p>
--	--

<p>d325</p> <p>Entender textos</p> <p>Questão Você tem problemas em entender textos como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Artigos de jornais e revistas Cartas</p> <p>Soluções Possíveis Fonoaudiólogo Suporte de terceiros Neuropsicólogo</p>	<p>d330</p> <p>Falar</p> <p>Questão Você tem problemas para falar, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Você não consegue pronunciar as palavras corretamente Fluxo de expressão alterado Voz rouca Você não consegue encontrar as palavras certas</p> <p>Soluções Possíveis Fonoaudiólogo Suporte de terceiros Neuropsicólogo</p>
---	--

<p>d345</p> <p>Escrever Mensagens</p> <p>Questão Você tem problemas para fazer anotações ou escrever cartas como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Escrever uma lista de compras Escrever uma carta</p> <p>Soluções Possíveis Fonoaudiólogo Suporte de terceiros Neuropsicólogo Recursos auxiliares</p>	<p>d350</p> <p>Participar de uma conversa</p> <p>Questão Você tem problemas para participar de uma conversa como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Iniciar uma conversa Entender uma conversa com várias pessoas e participar dela</p> <p>Soluções Possíveis Fonoaudiólogo Neuropsicólogo Psicólogo Suporte de terceiros</p>
---	--

<p>d360</p> <p>Usar o telefone ou dispositivos de comunicação</p> <p>Questão Você tem problemas usando o telefone ou computador ou qualquer dispositivo de comunicação como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas ao usar o telefone ou computador ou qualquer dispositivo de comunicação como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Falar ao telefone Entender uma conversa por telefone Usar um telefone ou computador</p> <p>Soluções Possíveis Fonoaudiólogo Neuropsicólogo Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>	<p>d410</p> <p>Levantar, Sentar, Deitar (mudar as posições do corpo)</p> <p>Questão Você tem problemas para levantar-se, sentar-se ou deitar-se , como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Levantar de uma cadeira Deitar numa cama</p> <p>Soluções Possíveis Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>
--	---

<p>d415</p> <p>Ficar deitado, sentado ou em pé por longo período (manter a posição do corpo)</p> <p>Questão Você tem problemas para manter-se deitado, sentado ou de pé por longos períodos , como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Sentado em um carro por um longo tempo Deitado de barriga para baixo por um longo tempo Em pé numa fila por um longo tempo</p> <p>Soluções Possíveis Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>	<p>d420</p> <p>Transferência da cadeira de rodas para vaso sanitário ou cama</p> <p>Questão Você tem problemas em transferir-se da cadeira de rodas para o vaso sanitário ou para sua cama como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Transferência de cadeira de rodas para vaso sanitário / cama / carro</p> <p>Soluções Possíveis Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>
---	--

<p>d430, d445</p> <p>Levantar e carregar objetos usando braços e mãos</p> <p>Questão Você tem problemas levantar ou carregar objetos como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Levantando um copo Carregando um saco de compras Carregando uma criança no seu braço</p> <p>Soluções Possíveis Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>	<p>d440</p> <p>Pegar e manusear pequenos objetos</p> <p>Questão Você tem problemas para pegar e manusear pequenos objetos como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Pegar moedas em uma mesa Costurar Segurar um prego Alcançar uma garrafa</p> <p>Soluções Possíveis Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>
--	--

<p>d450</p> <p>Andar</p> <p>Questão Você tem problemas para andar como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Andar a pé distâncias curtas ou longas Andar a pé na grama ou em terrenos irregulares</p> <p>Soluções Possíveis Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>	<p>d455</p> <p>Subir e Descer Escadas</p> <p>Questão Você tem problemas em subir ou descer escadas, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Subir ou descer escadas</p> <p>Soluções Possíveis <i>Fisioterapia</i> <i>Ergoterapia</i> <i>Recursos auxiliares</i> <i>Suporte de terceiros</i> <i>Adaptação de ambiente</i></p>
--	---

<p>d460</p> <p>Deslocar-se dentro de seu apartamento/casa</p> <p>Questão Você tem problemas em mover-se em seu apartamento/ casa, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas em se deslocar em seu apartamento/ casa, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Locomover-se através soleiras das portas Locomover-se em espaços estreitos</p> <p>Soluções Possíveis Fisioterapia Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros Adaptação de ambiente</p>	<p>d465</p> <p>Deslocar-se usando algum equipamento (cadeira de rodas, muletas, bengalas)</p> <p>Questão Você tem problemas para locomover-se utilizando algum tipo de equipamento como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Locomover-se com uma bengala Locomover-se com um andador com rodas Locomover-se com uma cadeira de rodas</p> <p>Soluções Possíveis Fisioterapia Ergoterapia Fisiatra Técnico em órtese Recursos auxiliares</p>
---	--

<p>d470</p> <p>Usar transporte (trem, metrô, ônibus, carro ou táxi)</p> <p>Questão Você tem problemas para usar trem, metrô, ônibus, carro, taxi como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas para usar trem, metrô, ônibus, carro, taxi como resultado de seu acidente vascular cerebral ?</p> <p>Exemplos Pegar um trem, metrô, ônibus ou táxi Andar dentro de um trem/metrô ou ônibus e sentar-se</p> <p>Soluções Possíveis Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros Obter informações sobre transportes para pessoas com deficiência</p>	<p>d475</p> <p>Dirigir um carro</p> <p>Questão Você tem problemas para dirigir um carro resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas para dirigir um carro como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Concentrar-se no trânsito Dirigir e mudar as marchas ao mesmo tempo</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra (para avaliar sua capacidade para dirigir) Ergoterapia Adaptações no veículo Serviços de transporte Suporte de terceiros Recursos auxiliares</p>
---	--

<p>d475</p> <p>Pedalar uma bicicleta</p> <p>Questão Você tem problemas para pedalar uma bicicleta como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas para pedalar uma bicicleta como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Concentrar-se no trânsito Manter o equilíbrio na bicicleta Dirigir, pedalar, e frear ao mesmo tempo</p> <p>Soluções Possíveis Ergoterapia Adaptações na bicicleta Serviços de transporte Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>	<p>d510</p> <p>Lavar-se (Tomar banho)</p> <p>Questão Você tem problemas para tomar banho como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Lavar-se na pia Tomar um banho Lavar-se Secar-se</p> <p>Soluções Possíveis Auxílio de enfermagem Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros Adaptação de seu quarto</p>
--	---

<p>d520</p> <p>Escovar os dentes, Cortar as unhas e Pentear o Cabelo</p> <p>Questão Você tem problemas para escovar os dentes, cortar unhas e pentear cabelos como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos ☐ Pentear seu cabelo Cortar suas unhas</p> <p>Soluções Possíveis Auxílio de enfermagem Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>	<p>d530</p> <p>Usar o banheiro / vaso sanitário</p> <p>Questão Você tem problemas para usar o vaso sanitário como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Chegar ao banheiro a tempo Retirar e colocar roupas</p> <p>Soluções Possíveis Auxílio de enfermagem Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros Adaptação da casa (barras de apoio)</p>
--	--

<p>d540</p> <p>Vestir e despir</p> <p>Questão Você tem problemas para vestir-se ou despir-se como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Colocação ou remoção de uma camiseta ou camisa Colocação ou remoção de calças Colocação ou remoção de sapatos e meias</p> <p>Soluções Possíveis Auxílio de enfermagem Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros Roupas especiais (sem zíperes ou cadarços)</p>	<p>d550</p> <p>Comer</p> <p>Questão Você tem problemas para comer como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Cortar a carne Comer sopa com uma colher Abrir uma garrafa</p> <p>Soluções Possíveis Auxílio de enfermagem Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>
---	--

<p>d570</p> <p>Cuidar da própria saúde</p> <p>Questão Você tem problemas para cuidar da própria saúde como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas para cuidar da própria saúde como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Realizar regularmente os exercícios aprendidos Praticar esportes Tomar o seu medicamento regularmente Comer alimentos saudáveis</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra Auxílio de enfermagem Ergoterapia Fisioterapia Orientações quanto a dieta Exercícios diários Esportes (para pessoas com deficiências) Recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>	<p>d620</p> <p>Fazer compras (Aquisição de bens e serviços)</p> <p>Questão Você tem problemas para fazer compras como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas fazer compras como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Comprar alimentos e levar para casa Comprar roupas</p> <p>Soluções Possíveis Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros Serviço de compras (internet)</p>
--	--

<p>d630</p> <p>Preparar refeições</p> <p>Questão Você tem problemas para preparar refeições como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas para preparar refeições como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Cozinhar Assar Grelhar</p> <p>Soluções Possíveis Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros Refeições prontas</p>	<p>d640</p> <p>Realizar tarefas domésticas</p> <p>Questão Você tem problemas para realizar tarefas domésticas como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas para realizar tarefas domésticas como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Lavar e engomar Limpar Levar o lixo para fora</p> <p>Soluções Possíveis Ergoterapia Recursos auxiliares Suporte de terceiros Ajuda em casa</p>
---	---

<p>d710</p> <p>Conviver com outras pessoas</p> <p>Questão Você tem problemas de conviver com os outros, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas conviver com os outros, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Comportamento em relação aos outros Irritabilidade Impaciência</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros Grupo de auto-ajuda Lazer e relaxamento Psicólogo Técnicas de relaxamento</p>	<p>d750</p> <p>Manter contato com amigos, vizinhos e outros</p> <p>Questão Você tem problemas para manter contato com amigos, vizinhos ou colegas como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas para manter contato com amigos, vizinhos ou colegas como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Tendência a retirar-se de ambientes Tendência em isolar-se</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros Grupos de auto-ajuda Lazer e relaxamento (clubes, esportes para pessoas com deficiência, encontro com amigos) Psicólogo</p>
---	---

<p>d760, d770</p> <p>Conviver com familiares, cônjuge ou parceiro</p> <p>Questão Você tem problemas de convivência com seus familiares, conjuge ou parceiro como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas de convivência com seus familiares, conjuge ou parceiro como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Tendência a retirar-se de ambientes Tendência em isolar-se Alteração do seu papel dentro da família</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros Grupos de auto-ajuda Aconselhamento Psicólogo</p>	<p>d850</p> <p>Trabalho remunerado</p> <p>Questão Você tem problemas para desempenhar seu trabalho como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas desempenhar seu trabalho como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Concluir tarefas do trabalho Chegar pontualmente</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros (colegas, chefe) Grupos de auto-ajuda Adaptações do ambiente de trabalho Aconselhamento no local de trabalho Medidas de reintegração / retraining Alternativa: trabalho voluntário</p>
--	--

<p>d855</p> <p>Trabalho voluntário</p> <p>Questão Você tem problemas para desempenhar algum trabalho voluntário como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas para desempenhar algum trabalho voluntário como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Como um bombeiro voluntário Num esporte-clubes Na igreja</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros Grupos de auto-ajuda</p>	<p>d860</p> <p>Lidar com dinheiro</p> <p>Questão Você tem problemas para lidar com dinheiro como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas para lidar com dinheiro como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Fazer pagamentos Economizar dinheiro Transferir dinheiro</p> <p>Soluções Possíveis Neuropsicólogo Suporte de terceiros Grupos de auto-ajuda</p>
---	---

<p>d870</p> <p>Segurança financeira</p> <p>Questão Você tem problemas com sua independência financeira como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas com sua independência financeira como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Sem seguro - saúde Pouco Rendimento Sem poupança Dívidas Medo de ter problemas financeiros após o AVC</p> <p>Soluções Possíveis Benefício Social para pessoas com deficiência Suporte de terceiros Suporte financeiro</p>	<p>d910</p> <p>Vida Comunitária</p> <p>Questão Você tem problemas para participar de atividades sociais (como eventos em clubes, na igreja, com amigos) como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas para participar de atividades sociais (como eventos em clubes, na igreja, com amigos) como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Participar de grupos sociais no clube Participar de grupos sociais na igreja</p> <p>Soluções Possíveis Neuropsicólogo Suporte de terceiros Grupos de auto-ajuda</p>
---	---

<p>d920</p> <p>Recreação e Lazer</p> <p>Questão Você tem problemas com recreação e atividades de lazer como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter problemas com recreação e atividades de lazer como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Viajar Hobbies Esportes Artesanato Participar como sócio num clube</p> <p>Soluções Possíveis Esporte clube Viagens para pessoas com deficiência Suporte de terceiros Grupos de auto ajuda</p>	<p>Programa de Educação do Paciente com AVC baseado na CIF</p> <p>Diretrizes para o instrutor</p> <p>Módulo 1</p> <p>Guia Fatores Ambientais</p> <p><i>Características Especiais dos Fatores Ambientais</i></p> <p>De acordo com o modelo da CIF, este capítulo apresenta problemas relacionados a fatores ambientais em vez de limitações do paciente. Por conseguinte, o objetivo é alterar o ambiente, de modo que já não constitua um problema. O instrutor deve ter em mente esta consideração fundamental. Desta forma, ele pode se comunicar com o paciente, informando e orientando a mudança do ambiente para permitir que ele alcance participação / integração social.</p>
---	---

<p>e110</p> <p>Medicamentos</p> <p>Questão Os medicamentos que você tem que usar desde o AVC representam um problema para você?</p> <p>Exemplos Efeitos colaterais Intolerância</p> <p>Soluções Possíveis Fisiatra</p>	<p>e115, e125</p> <p>Recursos auxiliares para atividades de vida diária e comunicação</p> <p>Questão Os recursos auxiliares que você usa para atividades de vida diária e comunicação (pranchas de comunicação, bandagens, órteses...) desde o AVC representam um problema para você?</p> <p>Exemplos Eles são complicados para usar Eles não correspondem suas expectativas Eles deixam você envergonhado</p> <p>Soluções Possíveis Técnico Ortopédico Fisiatra Fisioterapia Fonoaudiólogo Psicólogo Aconselhamento para recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>
---	---

<p>e120</p> <p>Recursos Auxiliares para Mobilidade / Locomoção</p> <p>Questão Os recursos auxiliares que você usa para mobilidade/ locomoção (bengalas, andador, cadeira de rodas...) desde o AVC representam um problema para você?</p> <p>Exemplos Eles são complicados para usar Eles não correspondem suas expectativas Eles deixam você envergonhado</p> <p>Soluções Possíveis Técnico Ortopédico Fisioterapia Ergoterapia Psicólogo Aconselhamento para recursos auxiliares Suporte de terceiros</p>	<p>e135</p> <p>Situação de trabalho</p> <p>Questão A situação/ localização do seu local de trabalho representam um problema para você desde que você sofreu o AVC?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que a situação/ localização do seu local de trabalho vai representar um problema para você desde que você sofreu o AVC?</p> <p>Exemplos Premissas para o trabalho: entrada, espaços estreitos, portas Local de trabalho: computador, telefone, ferramentas, máquinas</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros Atitudes de terceiros Aconselhamento sobre premissas de trabalho Adaptação do local de trabalho Medidas de reintegração/ retreinamento Ergoterapia</p>
---	--

<p>e150</p> <p>Construções/ Prédios Públicos</p> <p>Questão Quando você pensa sobre edifícios públicos (por exemplo, lojas, escritórios administrativos), eles constituem um problema para você, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Quando você pensa sobre edifícios públicos (por exemplo, lojas, escritórios administrativos), você acha que estes irão constituir um problema para você agora, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Entrada difícil (degraus) Espaços estreitos (portas e quartos)</p> <p>Soluções Possíveis Suporte de terceiros Informações sobre entradas adequadas a pessoas com deficiência Ergoterapia Fisioterapia Recursos auxiliares Políticas Públicas</p>	<p>e155</p> <p>Disposição dos aposentos de sua casa</p> <p>Questão Quando você pensa sobre a disposição dos ambientes (quartos) de sua casa, isso constitui um problema para você agora, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Quando você pensa sobre a disposição dos seus aposentos, você acha que isso irá constituir um problema para você agora, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Entrada (escadas, degraus) Espaços estreitos (portas e quartos) Mobiliário (altas estantes, armários e closets)</p> <p>Soluções Possíveis Orientações sobre disposição dos aposentos Adaptação da sua casa Suporte de terceiros Recursos auxiliares</p>
---	---

e3

Suporte de terceiros

Questão

O apoio que recebe dos outros (por exemplo, família, amigos, vizinhos, colegas) se tornou um problema para você desde o seu acidente vascular cerebral?

Exemplos

Atitudes paternalistas
Eles esperam muito de você
Pouco apoio
Parentes não têm tempo para você

Soluções Possíveis

Esclarecimento de desejos e necessidades numa discussão familiar
Grupo de auto-ajuda
Rodada de discussão para parentes
Apoio de outras pessoas
Aconselhamento psicológico

e3

Suporte de especialistas

Questão

O apoio que recebe de especialistas (por exemplo, médicos, pessoal de enfermagem, terapeutas, ajudantes) tornam-se um problema para você desde o seu acidente vascular cerebral?

Exemplos

Atitudes paternalistas
Eles esperam muito de você
Pouco apoio

Soluções Possíveis

Grupo de auto-ajuda
Apoio de outros especialistas
Aconselhamento psicológico
Participação ativa nas decisões de tratamento, como a tomada de decisões sobre o tratamento

e4

Atitudes e comportamento de terceiros

Questão

Já as atitudes e comportamento dos outros (por exemplo, família, amigos, vizinhos, colegas) se tornaram um problema para você desde o seu acidente vascular cerebral?

Exemplos

Respeito, aceitação
Compreensão
Rejeição, impaciência

Soluções Possíveis

Esclarecimento de desejos e necessidades em uma discussão
Grupo de auto-ajuda
Rodada de discussão para parentes

e4

Atitudes e comportamento de especialistas

Questão

Já as atitudes e comportamentos dos especialistas (por exemplo, médicos, pessoal de enfermagem, terapeutas, ajudantes) tornaram-se um problema para você desde o seu acidente vascular cerebral?

Exemplos

Respeito, aceitação
Compreensão
Rejeição, impaciência

Soluções Possíveis

Esclarecimento de desejos e necessidades em uma discussão
Grupo de auto-ajuda
Apoio de outras pessoas

<p>e540</p> <p>Transporte Público</p> <p>Questão Se você pensar sobre como o transporte público é construído, isso te causou um problema desde que teve o AVC?</p> <p>Questão Alternativa Se você pensar sobre como o transporte público é construído, você acha que isso vai causar-lhe um problema, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Entrar e sair de um ônibus ou trem / metrô Subindo no ônibus ou trem/ metrô</p> <p>Soluções Possíveis Conselhos sobre o uso das órteses Ergoterapia Informações sobre o acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida Políticas Públicas Associação para os deficientes Grupos de auto-ajuda</p>	<p>e555</p> <p>Grupos de Auto-ajuda, Clubes, Associações</p> <p>Questão Se você pensar sobre grupos de auto-ajuda e clubes ou associações (por exemplo, clubes desportivos), eles são um problema para você, desde seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Se você pensar sobre grupos de auto-ajuda e clubes ou associações (por exemplo, clubes desportivos), você acha que estes irão tornar-se um problema para você, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Falta de grupos de auto-ajuda Horários de reunião inconvenientes Muito longe Os clubes não são apropriados para as pessoas com mobilidade reduzida</p> <p>Soluções Possíveis <i>Apoio de outras pessoas</i> <i>Serviços de transporte</i> <i>Obter informações sobre outras possibilidades</i></p>
--	---

<p>e570</p> <p>Seguro Doença, Seguro Social de Desemprego, Segurança Social, Pensão</p> <p>Questão A obtenção de seguro doença, seguro-desemprego, seguro social ou pensão é um problema para você, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que você vai ter um problema obtenção de seguro doença, seguro-desemprego, seguro social ou pensão, como resultado de seu acidente vascular cerebral?</p> <p>Exemplos Disponibilidade desses recursos Candidatar-se a esses fundos</p> <p>Soluções Possíveis Obter conselhos sobre ofertas e financiamentos</p>	<p>e575</p> <p>Serviços Sociais</p> <p>Questão Usar os serviços sociais (por exemplo, transporte, refeições, ajuda em casa, serviços de enfermagem) constitui um problema para você, como resultado de seu acidente vascular cerebral? Você tem acesso a esses serviços?</p> <p>Questão Alternativa Você acha que usar os serviços sociais (por exemplo, transporte, refeições, ajuda em casa, serviços de enfermagem) irão constituir um problema para você, como resultado de seu acidente vascular cerebral? Você acha que você terá acesso a estes serviços?</p> <p>Exemplos Não disponível onde eu moro Muito caro</p> <p>Soluções Possíveis Apoio de outras pessoas Obter conselhos sobre ofertas e financiamentos</p>
--	--

Quadro Sinóptico

Quadro Sinóptico

O quadro sinóptico é usado para registrar as informações obtidas no Módulo 1 e é distribuído aos pacientes e discutido no início do Módulo 2.

Área Problemática

Funções Corporais	1	2	3	4	total
b126 - Funções do temperamento e da personalidade					
b130 - Funções da energia e dos impulsos					
b134 - Funções do sono					
b140 - Funções da atenção					
b144 - Funções da memória					
b152 - Funções emocionais					
b164 - Funções cognitivas de nível superior					
b210, b215 – Visão, olhos					
b260 - Função proprioceptiva					
b265, b270 – Sensação de toque, pressão ou temperatura					
b280 - Sensação de dor					
b455 - Funções de tolerância ao exercício					
b510 - Funções de ingestão					
b525 - Funções de defecação					
b620 - Funções miccionais					
b710 - Funções relacionadas com a mobilidade das articulações					
b715 - Estabilidade das funções das articulações					
b730 - Funções relacionadas com a força muscular					
b735 - Funções relacionadas com o tônus muscular					
b755 - Funções relacionadas com reações motoras involuntárias					
b760 - Funções relacionadas com o controlo do movimento voluntário					
Atividades e Participação					
d115 – Ouvir					
d155 - Adquirir competências					
d160 - Concentrar a atenção					
d166 – Ler					

d170 – Escrever					
d172 – Calcular					
d175 - Resolver problemas					
d230 - Realizar a rotina diária					
d240 - Lidar com o stresse e outras exigências psicológicas					
d315, d335 – Comunicar-se através de gestos					
d325 - Comunicar e receber mensagens escritas					
d330 – Falar					
d345 - Escrever mensagens					
d350 – Conversação					
d360 - Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação					
d410 - Mudar as posições básicas do corpo					
d415 - Manter a posição do corpo					
d420 - Auto transferências					
d430, d445 - Levantar e carregar objetos, uso dos braços e pernas					
d440 - Atividades de motricidade fina da mão					
d450 – Andar					
d455 - Deslocar-se					
d460 - Deslocar-se por diferentes locais					
d465 - Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento					
d470 – Utilização de transporte					
d475 - Dirigindo um carro					
d475 - Pedalando uma bicicleta					
d510 – Lavar-se					
d520 – Cuidado das partes do corpo					
d530 – Cuidados relacionados ao processo de excreção					
d540 – Vestir-se					
d550 – Comer					
d570 – Cuidar da própria saúde					
d620 – Aquisição de bens e serviços					
d630 – Preparação de refeições					
d640 – Realização das tarefas domésticas					
d710 – Interações interpessoais básicas					
d750 – Relações sociais informais					

d760, d770 – Relações familiares e relações íntimas					
d850 – Trabalho remunerado					
d855 – Trabalho voluntário					
d860 – Transações econômicas básicas					
d870 – Auto-suficiência econômica					
d910 – Vida Comunitária					
d920 – Recreação e lazer					
Fatores Ambientais					
e110 – Produtos ou substâncias para consumo pessoal					
e115 – Produtos e Tecnologia para uso pessoal na vida diária					
e120 - Produtos e Tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos					
e135 - Produtos e Tecnologia para o trabalho					
e150 – Construções Públicas					
e155 - Produtos e Tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios de uso privado					
e3 – Suporte de terceiros					
e3 – Suporte de especialistas					
e4 – Atitudes e comportamentos de outros					
e4 - Atitudes e comportamentos de especialistas					
e540 – Serviços, sistemas e políticas de transporte					
e555 - Serviços, sistemas e políticas de associações e organizações					
e570 - Serviços, sistemas e políticas da previdência social					
e575 - Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral					

Apêndice

Nome do Participante:

Área(s) Problemáticas Identificadas:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Esclarecendo o problema:

Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4	Problema 5	Problema 6
Especifique:	Especifique:	Especifique:	Especifique:	Especifique:	Especifique:

Olhe para o que você pode mudar e que você não pode mudar:

Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4	Problema 5	Problema 6
Nós não podemos:	Nós não podemos:	Nós não podemos:	Nós não podemos:	Nós não podemos:	Nós não podemos:
Nós podemos:	Nós podemos:	Nós podemos:	Nós podemos:	Nós podemos:	Nós podemos:

Explorar ações e estratégias no ambiente, reconhecendo o que não podemos mudar:

[illegible]

Resultado

Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4	Problema 5	Problema 6
Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:

O futuro

Como vocês sabem, as coisas podem mudar muito rapidamente. Talvez quando vocês acharem que têm um bom ambiente e uma estratégia adequada, a condição poderá mudar. O objetivo deste programa não era para oferecer ações e estratégias para cada área problemática resultante do AVC; mas para ensinar o processo que aprendemos:

A exigência está na mudança do ambiente!

8.2. APÊNDICE 2: CARTÕES

<p>b126 (1)</p> <p>Caráter e Temperamento</p>	<p>b130 (2)</p> <p>Energia</p>
<p>b134 (3)</p> <p>Sono</p>	<p>b140 (4)</p> <p>Atenção</p>
<p>b144 (5)</p> <p>Memória</p>	<p>b152 (6)</p> <p>Sentimentos</p>
<p>b164 (7)</p> <p>Decisão, Planejamento e Organização</p>	<p>b210, b215 (8)</p> <p>Visão, Olhos</p>

<p>b260 (9)</p> <p>Percepção da posição dos braços, pernas e tronco</p>	<p>b265, b270 (10)</p> <p>Sensação de toque, temperatura e pressão</p>
<p>b280 (11)</p> <p>Dor</p>	<p>b455 (12)</p> <p>Vigor, energia</p>
<p>b510 (13)</p> <p>Mastigação e deglutição</p>	<p>b525 (14)</p> <p>Funções intestinais</p>
<p>b620 (15)</p> <p>Funções urinárias</p>	<p>b710 (16)</p> <p>Mobilidade dos braços e pernas</p>

<p>b715 (17)</p> <p>Estabilidade nos braços e pernas</p>	<p>b730, b740 (18)</p> <p>Força muscular</p>
<p>b735 (19)</p> <p>Tônus muscular</p>	<p>b755 (20)</p> <p>Manutenção do equilíbrio</p>
<p>b760 (21)</p> <p>Coordenação</p>	<p>d115 (22)</p> <p>Ouvir</p>
<p>d155 (23)</p> <p>Aprender</p>	<p>d160 (24)</p> <p>Atenção e concentração</p>

<p>d166 (25)</p> <p>Ler</p>	<p>d170 (26)</p> <p>Escrever</p>
<p>d172 (27)</p> <p>Calcular</p>	<p>d175 (28)</p> <p>Resolver problemas</p>
<p>d230 (29)</p> <p>Planejar e executar a rotina diária</p>	<p>d240 (30)</p> <p>Lidar com o estresse</p>
<p>d315, d335 (31)</p> <p>Comunicação através de gestos</p>	<p>d325 (32)</p> <p>Entender textos</p>

<p>d330 (33)</p> <p>Falar</p>	<p>d345 (34)</p> <p>Escrever mensagens</p>
<p>d350 (35)</p> <p>Participar de uma conversa</p>	<p>d360 (36)</p> <p>Usar o telefone</p>
<p>d410 (37)</p> <p>Levantar, sentar ou deitar</p>	<p>d415 (38)</p> <p>Ficar deitado, sentado ou em pé por longo período</p>
<p>d420 (39)</p> <p>Transferência da cadeira de rodas para vaso sanitário ou cama</p>	<p>d430, d445 (40)</p> <p>Levantar e carregar objetos usando braços e mãos</p>

<p>d440 (41)</p> <p>Pegar e manusear pequenos objetos</p>	<p>d450 (42)</p> <p>Andar</p>
<p>d455 (43)</p> <p>Subir e descer escadas</p>	<p>d460 (44)</p> <p>Deslocar-se dentro de sua casa / apartamento</p>
<p>d465 (45)</p> <p>Deslocar-se usando algum equipamento</p>	<p>d470 (46)</p> <p>Usar trem/ metrô, ônibus ou táxi</p>
<p>d475 (47)</p> <p>Dirigir um carro</p>	<p>d475 (48)</p> <p>Pedalar uma bicicleta</p>

<p>d510 (49)</p> <p>Tomar banho</p>	<p>d520 (50)</p> <p>Escovar os dentes, Cortar as unhas, Pentear o cabelo</p>
<p>d530 (51)</p> <p>Usar o banheiro</p>	<p>d540 (52)</p> <p>Vestir e despir</p>
<p>d550 (53)</p> <p>Comer</p>	<p>d570 (54)</p> <p>Cuidar da própria saúde</p>
<p>d620 (55)</p> <p>Fazer compras</p>	<p>d630 (56)</p> <p>Preparar refeições</p>

<p>d640 (57)</p> <p>Realizar tarefas domésticas</p>	<p>d710 (58)</p> <p>Conviver com outras pessoas</p>
<p>d750 (59)</p> <p>Manter contato com amigos, vizinhos e outros</p>	<p>d760, d770 (60)</p> <p>Conviver com familiares, cônjuge ou parceiro</p>
<p>d850 (61)</p> <p>Trabalho remunerado</p>	<p>d855 (62)</p> <p>Trabalho voluntário</p>
<p>d860 (63)</p> <p>Lidar com dinheiro</p>	<p>d870 (64)</p> <p>Segurança financeira</p>

<p>d910 (65)</p> <p>Vida comunitária</p>	<p>d920 (66)</p> <p>Recreação e lazer</p>
<p>e110 (67)</p> <p>Medicamentos</p>	<p>e115, e125 (68)</p> <p>Recursos auxiliares para atividades de vida diária e comunicação</p>
<p>e120 (69)</p> <p>Recursos auxiliares para locomoção</p>	<p>e135 (70)</p> <p>Situação de trabalho</p>
<p>e150 (71)</p> <p>Construções / prédios públicos</p>	<p>e155 (72)</p> <p>Disposição dos aposentos / quartos da sua casa</p>

<p>e3 (73)</p> <p>Suporte de terceiros</p>	<p>e3 (74)</p> <p>Suporte de especialistas</p>
<p>e4 (75)</p> <p>Atitudes e comportamento de terceiros</p>	<p>e4 (76)</p> <p>Atitudes e comportamento de especialistas</p>
<p>e540 (77)</p> <p>Transporte público</p>	<p>e555 (78)</p> <p>Grupos de auto-ajuda, clubes, associações</p>
<p>e570 (79)</p> <p>Seguro doença, Seguro desemprego, Pensão</p>	<p>e575 (80)</p> <p>Serviços sociais</p>

<p style="text-align: right;">b130 (2)</p> <p style="text-align: center;">Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fadiga - Impulsividade - Perda de apetite - Desmotivação 	<p style="text-align: right;">b126 (1)</p> <p style="text-align: center;">Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mudanças no caráter e temperamento - Afastamento de amigos e familiares - Teimosia - Instabilidade emocional
<p style="text-align: right;">b140 (4)</p> <p style="text-align: center;">Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas de concentração - Problemas em acompanhar uma conversa - Problemas para acompanhar um noticiário 	<p style="text-align: right;">b134 (3)</p> <p style="text-align: center;">Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas para pegar no sono - Problemas em permanecer dormindo
<p style="text-align: right;">b152 (6)</p> <p style="text-align: center;">Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor deprimido - Tristeza - Tensão 	<p style="text-align: right;">b144 (5)</p> <p style="text-align: center;">Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esquecer coisas novas - Lapsos de memória
<p style="text-align: right;">b210, b215 (8)</p> <p style="text-align: center;">Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visão dupla - Cegueira em um dos olhos - Olhos lacrimejantes - Movimento limitado dos olhos 	<p style="text-align: right;">b164 (7)</p> <p style="text-align: center;">Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planejamento e organização para visitar amigos: Quando devemos sair? Quem vai junto? Como é que vamos chegar lá? O que devemos levar?

<p>b265, b270 (10)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entorpecimento - Sensação de formigamento - Dificuldade em diferenciar o quente do gelado 	<p>b260 (9)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Você tem problemas em dobrar ou esticar seus braços ou pernas quando você não está olhando?
<p>b455 (12)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Você fica sem ar durante ou após o esforço físico mais rápido do que ficava antes do acidente vascular cerebral (AVC)? 	<p>b280 (11)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensação de dor
<p>b525 (14)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Constipação - Incontinência 	<p>b510 (13)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asfixia - Ficar arrotando
<p>b710 (16)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Você não consegue mexer seus braços ou pernas como antes do acidente vascular cerebral? 	<p>b620 (15)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incontinência - Micção frequente

<p>b730, b740 (18)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Você tem pouca força para mexer os braços e as pernas? - Você tem pouca força para levantar-se, manter-se de pé ou andar? - Você tem fraqueza generalizada? 	<p>b715 (17)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - As pernas desabam subitamente quando está em pé ou andando? - Sente instabilidade no ombro quando se inclina sobre ele?
<p>b755 (20)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Marcha instável - Tendência a queda - Tonturas 	<p>b735 (19)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Músculos fracos - Músculos rígidos
<p>d115 (22)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ouvir o rádio - Ouvir música 	<p>b760 (21)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimentos descoordenados e instáveis - Movimentos não são objetivo-orientados (alcançar uma garrafa de água; conseguir levar comida em sua boca)
<p>d160 (24)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se distrai facilmente - Só consegue se concentrar em um exercício por um curto período de tempo 	<p>d155 (23)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar exercícios que você aprendeu aqui na vida cotidiana - Aprender mais em outros cursos

<p>d170 (26)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseguir escrever um bilhete 	<p>d166 (25)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseguir ler uma reportagem - Conseguir ler um livro
<p>d175 (28)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encontrar o caminho em uma cidade estranha - Dissolver uma discussão entre crianças 	<p>d172 (27)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calcular custos quando faz compras
<p>d240 (30)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lidar com o fardo da doença 	<p>d230 (29)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planejando a programação do dia
<p>d325 (32)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artigos de jornais e revistas - Cartas 	<p>d315, d335 (31)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestos de entendimento - Gesticular balançando a cabeça

<p>d345 (34)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escrever uma lista de compras - Escrever uma carta 	<p>d330 (33)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Você não consegue pronunciar as palavras corretamente - Fluxo de expressão alterado <ul style="list-style-type: none"> - Voz rouca - Você não consegue encontrar as palavras certas
<p>d360 (36)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falar ao telefone - Entender uma conversa por telefone - Usar um telefone ou computador 	<p>d350 (35)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar uma conversa - Entender uma conversa com várias pessoas e participar dela
<p>d415 (38)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentado em um carro por um longo tempo - Deitado de barriga para baixo por um longo tempo - Em pé numa fila por um longo tempo 	<p>d410 (37)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantar de uma cadeira - Deitar numa cama
<p>d430, d445 (40)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levantando um copo - Carregando um saco de compras - Carregando uma criança no seu braço 	<p>d420 (39)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transferência de cadeira de rodas para vaso sanitário / cama / carro

d450 (42)	d440 (41)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Andar a pé distâncias curtas ou longas - Andar a pé na grama ou em terrenos irregulares 	<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pegar moedas em uma mesa - Costurar - Segurar um prego - Alcançar uma garrafa
d460 (44)	d455 (43)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Locomover-se através soleiras das portas - Locomover-se em espaços estreitos 	<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subir ou descer escadas
d470 (46)	d465 (45)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pegar um trem, metrô, ônibus ou táxi - Andar dentro de um trem/metrô ou ônibus e sentar-se 	<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Locomover-se com uma bengala - Locomover-se com um andador com rodas - Locomover-se com uma cadeira de rodas
d475 (48)	d475 (47)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concentrar-se no trânsito - Manter o equilíbrio na bicicleta - Dirigir, pedalar, e frear ao mesmo tempo 	<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concentrar-se no trânsito - Dirigir e mudar as marchas ao mesmo tempo

<p>d520 (50)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pentear seu cabelo - Cortar suas unhas 	<p>d510 (49)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar-se na pia - Tomar um banho <ul style="list-style-type: none"> - Lavar-se - Secar-se
<p>d540 (52)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colocação ou remoção de uma camiseta ou camisa - Colocação ou remoção de calças - Colocação ou remoção de sapatos e meias 	<p>d530 (51)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chegar ao banheiro a tempo - Retirar e colocar roupas
<p>d570 (54)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar regularmente os exercícios aprendidos - Praticar esportes - Tomar o seu medicamento regularmente - Comer alimentos saudáveis 	<p>d550 (53)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cortar a carne - Comer sopa com uma colher - Abrir uma garrafa
<p>d630 (56)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cozinhar - Assar - Grelhar 	<p>d620 (55)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprar alimentos e levar para casa - Comprar roupas

<p>d710 (58)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamento em relação aos outros - Irritabilidade - Impaciência 	<p>d640 (57)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar e engomar - Limpar - Levar o lixo para fora
<p>d760, d770 (60)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendência a retirar-se de ambientes - Tendência em isolar-se - Alteração do seu papel dentro da família 	<p>d750 (59)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tendência a retirar-se de ambientes - Tendência em isolar-se
<p>d855 (62)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como um bombeiro voluntário - Num esporte-clubes - Na igreja 	<p>d850 (61)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concluir tarefas do trabalho - Chegar pontualmente
<p>d870 (64)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem seguro - saúde - Pouco Rendimento - Sem poupança - Dívidas - Medo de ter problemas financeiros após o AVC 	<p>d860 (63)</p> <p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer pagamentos - Economizar dinheiro - Transferir dinheiro

d920 (66)	d910 (65)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viajar - Hobbies - Esportes - Artesanato - Participar como sócio num clube 	<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Participar de grupos sociais no clube - Participar de grupos sociais na igreja
e115, e125 (68)	e110 (67)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eles são complicados para usar - Eles não correspondem suas expectativas - Eles deixam você envergonhado 	<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efeitos colaterais - Intolerância
e135 (70)	e120 (69)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Premissas para o trabalho: entrada, espaços estreitos, portas - Local de trabalho: computador, telefone, ferramentas, máquinas 	<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eles são complicados para usar - Eles não correspondem suas expectativas - Eles deixam você envergonhado
e155 (72)	e150 (71)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrada (escadas, degraus) - Espaços estreitos (portas e quartos) - Mobiliário (altas estantes, armários e closets) 	<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrada difícil (degraus) - Espaços estreitos (portas e quartos)

e3 (74)	e3 (73)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atitudes paternalistas - Eles esperam muito de você - Pouco apoio 	<p>Exemplos - terceiros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Família, amigos <p>Exemplos - problemas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atitudes paternalistas - Eles esperam muito de você - Pouco apoio - Parentes não têm tempo para você
e4 (76)	e4 (75)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respeito, aceitação - Compreensão - Rejeição, impaciência 	<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respeito, aceitação - Compreensão - Rejeição, impaciência
e555 (78)	e540 (77)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de grupos de auto-ajuda - Horários inconvenientes - Muito longe - Os clubes não são apropriados para as pessoas com mobilidade reduzida 	<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrar e sair de um ônibus ou trem / metrô - Subindo no ônibus ou trem/ metrô
e575 (80)	e570 (79)
<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não disponível onde eu moro - Muito caro 	<p>Exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade desses recursos - Candidatar-se a esses fundos

Programa de Educação de Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): uma abordagem centrada no paciente

Devolutiva do Programa

Nome do Participante: _____

APOIO:

Área(s) Problemáticas Identificadas:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Esclarecendo o problema:

Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4	Problema 5	Problema 6
Especifique:	Especifique:	Especifique:	Especifique:	Especifique:	Especifique:

Explorar ações e estratégias no ambiente, reconhecendo o que não podemos mudar:

Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4	Problema 5	Problema 6
Ações e Estratégias:	Ações e Estratégias:	Ações e Estratégias:	Ações e Estratégias:	Ações e Estratégias:	Ações e Estratégias:

Resultado

Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4	Problema 5	Problema 6
Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:	Resultado:

O futuro

Como vocês sabem, as coisas podem mudar muito rapidamente. Talvez quando vocês acharem que têm um bom ambiente e uma estratégia adequada, a condição poderá mudar. O objetivo deste programa não era para oferecer ações e estratégias para cada área problemática resultante do AVC; mas para ensinar o processo que aprendemos:

8.4. APÊNDICE 4: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Saúde Pública
Departamento de Epidemiologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **“A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e seu uso em Acidente Vascular Cerebral (AVC): abordagem centrada no paciente”**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Luana Talita Diniz Ferreira**, que pretende traduzir para o português e testar um programa de treinamento educacional para pacientes com AVC. A pesquisadora espera, com esse programa, ajustar as expectativas dos pacientes e otimizar os resultados do tratamento de reabilitação, assim como melhorar a qualidade de vida dos participantes da pesquisa e de outras pessoas com AVC.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de participação num grupo composto por mais 4 pacientes com o mesmo diagnóstico que o seu, onde vocês conversarão sobre dificuldades que possuem no dia-a-dia, em consequência das sequelas do AVC. Nós discutiremos sobre essas dificuldades e tentaremos encontrar soluções para que vocês consigam lidar melhor com as sequelas da doença e buscar estratégias para tratamento. Sua participação se dará em uma semana (que será agendada com a pesquisadora), na qual terá que comparecer todos os dias, 2 horas por dia no primeiro e último dia do programa, e uma hora nos demais. Ao início e final do programa, você terá que responder a 3 questionários para que possamos avaliar o quanto o programa mudou a sua qualidade de vida, a sua capacidade de lidar com o AVC e sua funcionalidade. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhorar a qualidade de vida de outros pacientes, ajudar no ajuste da expectativa de outras pessoas quanto ao seu tratamento de reabilitação, auxiliar no desenvolvimento de um programa de tratamento para outros indivíduos com AVC. No entanto, caso não queira participar, por qualquer motivo, essa decisão não interfere no atendimento que você tem e terá aqui na AACD.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço:

Faculdade de Saúde Pública da USP - Departamento de Epidemiologia (2º Andar)

Av. Dr. Arnaldo, 715, Consolação, São Paulo – SP, CEP:01255-000

e pelo telefone: (11) 98361-5752

Ou poderá entrar em contato com o: **Comitê de Ética em Pesquisa – AACD**

Av. Professor Ascendino Reis, 724 - Ibirapuera, São Paulo - SP, 04027-000

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante ou responsável

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

9. ANEXO

9.1. ANEXO 1: TERMO DE COOPERAÇÃO

INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE INFORMATIONSVERARBEITUNG,
BIOMETRIE UND EPIDEMIOLOGIE – IBE

LEHRSTUHL FÜR PUBLIC HEALTH
UND VERSORGUNGSFORSCHUNG

Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, IBE, Ludwig-Maximilians Universität
Marchioninstr. 17 81377 München

München, 09.01.17

TERM FOR INTERNATIONAL COOPERATION BETWEEN THE UNIVERSITY OF SÃO PAULO AND THE UNIT FOR BIOPSYCHOSOCIAL HEALTH OF THE CHAIR FOR PUBLIC HEALTH AND HEALTH SERVICES RESEARCH AT THE LUDWIG MAXIMILIANS UNIVERSITY MUNICH

In this letter, the Unit for Biopsychosocial Health of the Chair for Public Health and Health Services Research located at the Department of Medical Informatics, Biometry and Epidemiology at the Ludwig-Maximilians University Munich (LMU), located at the Marchioninstr. 17, 81377 Munich, Germany, represented by Dr Carla Sabariego, establishes a scientific cooperation agreement for research with the School of Public Health of the University of Sao Paulo (USP), located in Av. Dr. Arnaldo, 715 - São Paulo - SP - Brazil - CEP - 01246-904, in this act represented by Professor Cassia Maria Buchalla and Luana Talita Diniz Ferreira, post-graduate student in the Public Health Program.

The collaboration between both schools is established to give continuity to the project "Development and Evaluation of an ICF-based Patient Education for Stroke Patients" completed at the Unit for Biopsychosocial Health at LMU in 2012.

This international cooperation agreement includes the authorization by Dr Carla Sabariego for translating, adapting, improving and implementing the manual as well as all material of the ICF-based Patient Education in the corresponding project of the School of Public Health at USP. The specific project was agreed on and approved by all representatives and the cooperation agreement is formally confirmed by this letter. No costs are involved in this cooperation between both parties.

Dr Carla Sabariego

Prof Dra Cassia Maria Buchalla

Luana Talita Diniz Ferreira

10. CURRÍCULO LATTES

Luana Talita Diniz Ferreira

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7186396862180403>

(Última atualização do currículo em 22/10/2016)

Doutoranda pelo departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP USP). Mestre em Ciências pelo departamento de Epidemiologia da FSP USP. Personal and Professional Coach certificada pela Sociedade Brasileira de Coaching. Especialista em Intervenção Fisioterapêutica nas Doenças Neuromusculares pela UNIPESP, Aprimorada em Fisioterapia em Reabilitação do Portador de Deficiência Física Incapacitante (MR)- HCFMUSP. Graduada em Fisioterapia pela Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador-BA, Brasil. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, atuando principalmente nos seguintes temas: classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, indicadores de qualidade, doenças neurológicas, incapacidade funcional, medidas de avaliação, doenças neuromusculares, epidemiologia, lesões encefálicas adquiridas, abordagem respiratória de doenças neurológicas. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Luana Talita Diniz Ferreira
Nome em citações bibliográficas	FERREIRA, L. T. D.

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. Avenida Doutor Arnaldo, 715 (Departamento de Epidemiologia, Anexo 1) Quiladões da Ponte Das Casca Maria Buchella] Samaré 04155000 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30852329 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br/nite/
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2013	Doutorado em andamento em Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP USP, Brasil. Orientador: Cássia Maria Buchella. Palavras-chave: CIF; Classificação Internacional de Funcionalidade. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Setores de atividade: Atividades de extensão à saúde humana.
2010 - 2012	Mestrado em Ciências - Epidemiologia. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP USP, Brasil. Título: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e o Conceito Biológico, Área de Orientação: 2012. Orientador: Cássia Maria Buchella. Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade; International Classification of Functioning; Rehabilitation; CIF; Disabled

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizarv.do?id=K4718090T5>

06/11/2016

Cassia Maria Buchalla

Endereço para correspondência: <http://buscatextual.cnpq.br/Buscatextual/visualizacv.do?id=K4780006A6>
 Última atualização do currículo em 26/07/2014

CASSIA MARIA BUCHALLA, Professora Associada do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, atua nas áreas de Epidemiologia e Controle das Doenças Infecciosas e Estatísticas de Saúde. Faz parte do NEPAIDS e do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. No momento desenvolve trabalhos na área de Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); Adequação do Programa IRIS para o uso no Brasil, e na Capacitação para a redação de artigos científicos. *(Texto informado pelo autor)*

Identificação

Nome	Cassia Maria Buchalla
Nome em citações bibliográficas	BUCHALLA, C. M.; Buchalla, Cassia Maria; BUCHALLA, CÂSSIA MARIA

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, Av. Dr. Arnaldo 725 - sala 40 Cinquento Cinco 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefones: (11) 30637947 Fax: (11) 30634246
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

1988 - 1993	Doutorado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: A Síndrome de Imunodeficiência e a mortalidade masculina, de 20 a 40 anos, no Município de São Paulo, 1983 a 1985, Ano de obtenção: 1993. Orientador: Ruy Laurenti. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: aids; mortalidade masculina; sub-notificação de casos. Grande área: Ciências da Saúde Setores de atividade: Saúde Humana.
1980 - 1988	Mestrado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Estudo de um grupo de recém-nascidos em maternidades: suas características e a mortalidade do período neonatal precoce, Ano de Obtenção: 1980. Orientador: Ruy Laurenti. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: mortalidade neonatal; mortalidade perinatal; baixo-peso; idade da mãe; pré-natal; tabagismo materno. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia / Especialidade: Estudos de Mortalidade.
1979 - 1979	Especialização em Curso de especialização Saúde Pública Para Médicos. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1973 - 1978	Graduação em Medicina. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

Livre-docência

2006	Livre-docência. Faculdade de Saúde Pública, FSP/USP, Brasil. Título: Das listas de mortalidade à qualidade de vida: a trajetória das classificações internacionais à saúde, Ano de obtenção: 2006. Palavras-chave: Classificação Internacional de Doenças; Classificação Internacional de Funcionalidade, Inc; Estatísticas de Saúde; Família de Classificações da OMS.
-------------	--