

Do diagnóstico à ação: o Grupo de Atividade Física no contexto do Programa de Atenção à Saúde a Pessoas com Sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC)

From research to action: physical activity as a part of a health care program for people with sequels of stroke

Stella Maris Michaelsen¹
Priscila Mari dos Santos²

1. Programas de Pós-graduação (PPG) em Ciências do Movimento Humano e PPG em Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina – CEFID/UEDESC. Florianópolis, SC, Brasil.

2. Curso de Bacharelado em Educação Física do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina – CEFID/UEDESC. Florianópolis, SC, Brasil.

Resumo

O programa Atenção à Saúde a Pessoas com sequelas de AVC inclui: (1) visitas diagnósticas e avaliação funcional; (2) atendimentos em grupo (Grupo de Atividade Física - GAF e Grupo de Treinamento Orientado à Tarefa - GTOT); e (3) acesso aos atendimentos. O GAF, particularmente, tem o intuito de desenvolver a aptidão física relacionada à saúde, assim como promover a socialização e a afetividade. Nos quatro anos de existência do GAF, observou-se uma alta adesão às atividades propostas, entretanto, embora o número total de participantes tenha sido alto (80), a assiduidade foi moderada e a participação em longo prazo foi baixa, dificultando a realização de avaliações periódicas. Em um subgrupo de indivíduos que frequentaram o grupo por pelo menos um ano, o nível de mobilidade aumentou em $22,6 \pm 10,4\%$. Acredita-se que o GAF vem contribuindo para a manutenção de um estilo de vida ativo nesta população que tende à inatividade física.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral. Promoção da saúde. Atividade física.

Abstract

The program health care to People in post-Stroke includes: (1) diagnostic visits and functional evaluation; (2) group calls (Physical Activity Group - PAG and Task-Oriented Training Group - TOTG); e (3) access to attendances. The PAG, particularly, has the aim of developing the health-related fitness, as well as promote socialization and affection. In the four years of the PAG existence, we noted a high adhesion to proposed activities, however, although the total number of participants has been high (80), the attendance was moderate and long-term participation was low, making periodic evaluations difficult. In a subgroup of individuals who attended the program for at least one year, the level of mobility increased in $22,6 \pm 10,4\%$. It is believed that the PAG has contributed to maintaining an active lifestyle in this population that tends to physical inactivity.

Keywords: Stroke. Health promotion. Physical activity.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Stella Maris Michaelsen
PPG Ciências do Movimento Humano e PPG
em Fisioterapia - CEFID/UEDESC
Rua Pascoal Simone, 358 - Coqueiros
88080-350
Florianópolis, SC, Brasil
e-mail: michaelsenstella@hotmail.com
Fone (48) 33218660

• Recebido: 24/01/2012
• Re-submissão: 11/04/2012
• Aceito: 11/04/2012

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) traz consequências que levam a limitações das atividades da vida diária (AVD's) e geralmente predispõe os sobreviventes a um padrão de vida sedentário que pode restringir a participação social¹. Além disso, o padrão de vida sedentário, que inclui a inatividade física, tem alta prevalência na população e está associado ao risco de um novo AVC².

Dentre os vários benefícios da atividade física (AF), destacam-se os efeitos sobre a mobilidade e o equilíbrio³. Pessoas com sequelas pós-AVC com maior nível de AF apresentam maior confiança no equilíbrio e maior participação⁴. Por outro lado, o declínio na mobilidade em indivíduos inativos fisicamente é uma grande preocupação pós-AVC, principalmente porque afeta a reintegração social⁵. Assim, o treinamento cardiovascular, de equilíbrio e fortalecimento tem apresentado benefícios sobre a independência para as AVDs⁶ e, desse modo, a AF desenvolvida em grupo pode aumentar a participação social de pessoas pós-AVC⁷.

No grupo, a presença de outros indivíduos com limitações similares pode aumentar a motivação para a prática de AF, pois componentes competitivos e cooperativos passam a fazer parte da situação de prática. Além disso, o trabalho em grupo aumenta o nível de interação, especialmente quando inclui também a prática de AF⁸.

Pessoas pós-AVC, entretanto, geralmente não se engajam em programas de AF⁹. Dentre as barreiras para a prática de AF foi identificada a ausência de um centro nas proximidades da residência do indivíduo que propicie a prática de AF, além de transporte que possibilite o acesso ao local de prática¹⁰. A carência de programas que ofereçam a prática de AF após a alta da reabilitação é, em geral, um grande descuido com os indivíduos pós-AVC, podendo ocasionar a exacerba-

ção da incapacidade¹¹.

Nesse sentido, tendo como premissa a promoção da saúde, e com o intuito de favorecer um estilo de vida ativo por meio da prática de AF em grupo, o presente artigo apresenta o programa de extensão *Atenção à Saúde a Pessoas com Sequelas de AVC* desenvolvido no Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina – CEFID/UEDESC.

Breve histórico do programa *Atenção à Saúde a Pessoas com Sequelas de AVC*

Este programa iniciou suas atividades em 2008 com o principal objetivo de promover a saúde da população local por meio de ações diagnósticas, educativas e de assistência que contribuam para a reintegração social e familiar dos indivíduos pós-AVC. Outro objetivo é a manutenção de um estilo de vida ativo com atendimentos em grupo que incluam a prática de AF.

O programa é constituído pela coordenadora, por alunos do PPG em Ciências do Movimento Humano (educadores físicos e fisioterapeutas) e do Mestrado em Fisioterapia, além de bolsistas de extensão acadêmicas dos cursos de Bacharelado em Educação Física e Fisioterapia da UEDESC. Colaboram ainda com o programa uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga.

Assim, o programa busca a integração entre os alunos dos cursos de Fisioterapia e Educação Física, destes com alunos de pós-graduação e também com outros profissionais da área da saúde, almejando ainda a aproximação dos alunos com a comunidade local.

As atividades do programa incluem três ações: visitas diagnósticas e avaliação funcional, atendimentos em grupo e acesso aos atendimentos. O programa está descrito detalhadamente na Figura 1.

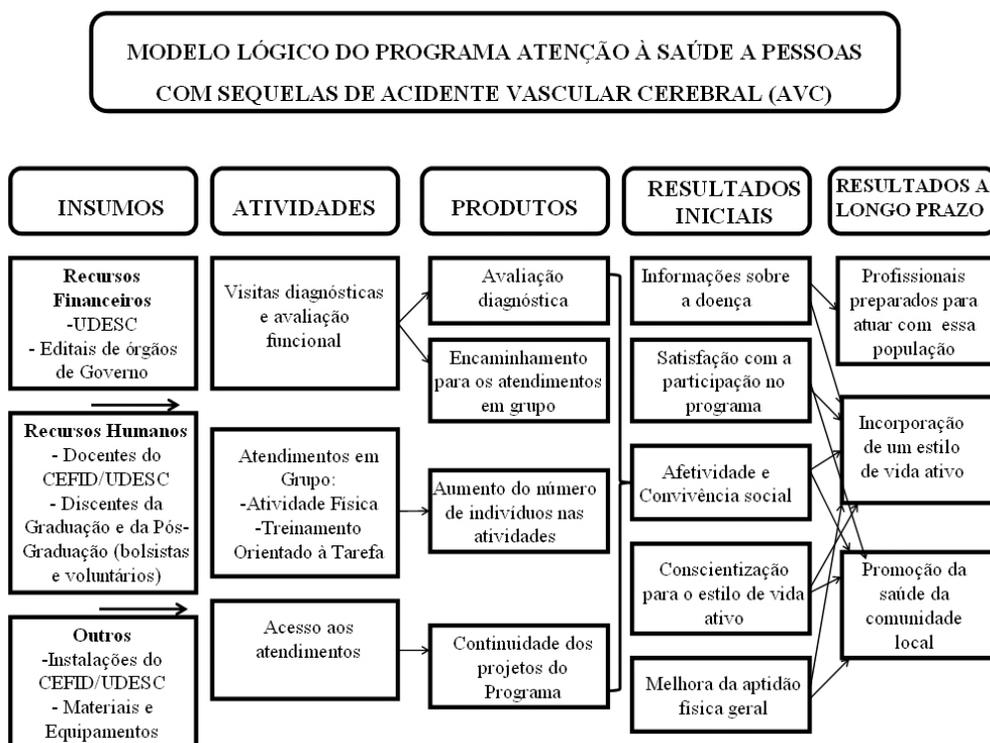


Figura 1 Modelo lógico de funcionamento do programa.

Visitas diagnósticas e avaliação funcional

Os indivíduos pós-AVC moradores dos bairros próximos ao CEFID/UDESC são identificados com auxílio de agentes de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS – Figura 2A). Em seguida, são realizadas visitas diagnósticas nos domicílios para avaliação dos níveis de atividade, orientação e encaminhamento (Figura 2 B e C).

As avaliações realizadas são: nível de assistência para a realização de AVD's e atividades instrumentais de vida diária, respectivamente por meio da *Medida de Independência Funcional I*¹² e do *Índice de Atividades de Frenchay*¹³; e avaliação da sobrecarga do cuidador pelo *Índice de Sobrecarga dos Cuidadores*¹⁴.

Assim, os fatores limitantes são identificados e os profissionais atuantes no projeto orientam os indivíduos a respeito da doença, do prognóstico, dos tratamentos e apoios disponíveis. Dependendo do grau de comprometimento e da cronicidade das sequelas, os encaminhamentos são divididos em: (1) indivíduos com sequelas recentes são

orientados a procurarem as UBS para encaminhamento à Clínica Escola de Fisioterapia da UDESC; (2) indivíduos com sequelas antigas e com capacidade de locomoção são encaminhados para os atendimentos em grupo oferecidos por este programa; (3) os indivíduos acamados recebem visitas de acompanhamento.

Atendimentos em grupo

Esta ação inclui dois grupos: Grupo de Atividade Física (GAF) e o Grupo de Treinamento Orientado à Tarefa (GTOT). O GAF tem como objetivo orientar a prática de exercícios em grupo de pessoas pós-AVC, com o intuito de desenvolver a aptidão física geral relacionada à saúde assim como promover a socialização e a afetividade. Já o GTOT tem como objetivo orientar a prática de tarefas funcionais em grupo para que o indivíduo resolva e organize as condições relevantes do ambiente, aprendendo a solucionar problemas em diversos contextos, com possibilidade de troca de experiência entre os participantes.



Figura 2

Componentes do programa. A: reunião na UBS com agentes de saúde (AS); B: visitas ao bairro acompanhadas de AS; C: visita domiciliar; D e E: atividade de equilíbrio (GAF); F e G: exercícios de resistência muscular localizada e alongamentos (GAF); H: treinamento de levantar e sentar (GTOT); I: Atividades de alcance e prensão (GTOT).

Antes de iniciar as atividades, os participantes respondem a uma ficha de cadastro com informações sociodemográficas e condições de saúde. Ainda, são realizadas avaliações físicas, repetidas ao final do ano, por meio do *Teste Timed up & go (TUG)*¹⁵; do *Teste de Velocidade de Marcha em 10m*¹⁶; do *Teste de Cadência de Escadas*¹⁷ e da avaliação do *Perfil de Atividade Humana (PAH)*¹⁸. São também registradas as medidas de frequência cardíaca e pressão arterial. Para participação no GAF é necessário ter atestado médico com liberação.

Os atendimentos ocorrem três vezes por semana com uma hora de duração. São realizados exercícios aeróbios, de fortalecimento e resistência muscular localizada, de flexibilidade, de equilíbrio estático e dinâmico, de coordenação motora fina e ampla, de agilidade e de socialização por meio dos componentes lúdicos de esportes como basquetebol, vôlei, futsal e handebol (Figura 2 D-G)¹⁹.

Já no GTOT, os atendimentos ocorrem duas vezes por semana. São realizados exercícios que visam à prática das AVDs, como alcance, preensão e manuseio de objetos, levantar a partir da posição sentada e deambulação (Figura 2 H e I).

Desde o início do programa, 80 indivíduos pós-AVC participaram do GAF e 33 do GTOT, sendo que 10 participaram de ambos os programas no mesmo período. Particularmente no GAF observa-se que a adesão às atividades propostas tem sido alta. A assiduidade, expressa por meio do percentual de presença nas sessões, tem sido moderada, variando de 51,1% a 77,8% nos anos de 2010 e 2011.

Entretanto, a taxa de participação no que se refere à continuidade no programa entre os semestres e anos tem sido baixa. Apenas um indivíduo participou de todos os semestres do GAF, de 2008 a 2011, enquanto 43 integraram o grupo por menos de um ano e 18 por menos de um semestre. Apenas 18 participaram do grupo durante mais de um ano.

A baixa participação em longo prazo e a moderada assiduidade constituem-se como fatores limitantes para a realização de avaliações periódicas que possam expressar o impacto da atividade física nesses indivíduos. Assim, nove indivíduos que permaneceram por, no mínimo, um ano no GAF, e que realizaram as avaliações no momento da entrada no grupo e no último dia de atividades do ano, apresentaram uma diminuição de $22,6 \pm 10,4\%$ no tempo para realizar o TUG. Salientamos que se trata de um programa de extensão e estas mudanças na mobilidade são apresentadas somente a título de exemplo.

O problema da baixa participação desta população na AF tem sido objeto de estudos recentes. Um estudo multicêntrico e multinacional mostrou que repetir instruções verbais para a prática de AF pós-AVC não foi capaz de aumentar a taxa de participação²⁰. Sessões no mesmo local e horário, com o mesmo instrutor e com pessoal de suporte treinado, dedicado e bem informado estão dentre as recomendações para aumentar, em longo prazo, a participação de pessoas pós-AVC na AF¹⁹.

No momento estão sendo investigados os motivos de ausências às sessões, de desistências do programa, além das barreiras para a prática de AF entre todos os indivíduos que já participaram do GAF, a fim de estabelecer estratégias para a permanência no programa de forma mais prolongada e assídua. Um estudo recente observou que além dos problemas de saúde, a falta de transporte representou a principal barreira à adesão e à presença de pessoas pós-AVC em sessões de treinamento²¹.

Acesso aos atendimentos

Considerando as informações acima, fica claro que fornecer transporte torna-se essencial para a participação de pessoas pós-AVC em ações que ofereçam a prática de AF. Assim, com o objetivo de assegurar o acesso dos participantes às atividades oferecidas por este programa iniciou-se, em 2010, o serviço de van para transporte, embora ainda com recursos insuficientes à demanda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No GAF, entre os participantes que apresentaram maior adesão ao programa e assiduidade nas sessões de atendimento, pode-se observar que a prática de AF está contribuindo para ganhos na mobilidade. Contudo, a compreensão das barreiras críticas associadas à participação na AF mostra-se essencial para o estabelecimento de programas eficazes com resultados sustentáveis.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio institucional da UDESC, especialmente da Pró-Reitoria de Extensão, da qual provem os editais que disponibilizam os recursos financeiros para a realização deste programa.

Agradecemos também a todos que já participaram deste programa, especialmente aos alunos de pós-graduação do CEFID/UDESC; aos alunos de graduação dos cursos de Bacharelado em Educação Física e Fisioterapia da UDESC, voluntários ou bolsistas de extensão; e as agentes de saúde das UBS de Florianópolis (SC).

Contribuição dos autores

Stella Maris Michaelsen é coordenadora do programa apresentado, orientou e participou da redação do artigo. Priscila Mari dos Santos é bolsista de extensão do programa, sugeriu o tema, e participou da redação do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Dobkin BH. Clinical practice. Rehabilitation after stroke. *N Engl J Med* 2005;11(352):1677-84.
2. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011;42:517-84.
3. Ramas J, Courbon A, Roche F, Bethoux F, Calmels P. Effect of training programs and exercise in adult stroke patients: literature review. *Ann Réadapt Méd Phys* 2007;50:438-44.
4. Braun A, Herber V, Michaelsen SM. Relação entre nível de atividade física, equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com hemiparesia. *Rev Bras Med Esporte* 2012;18(1):31-35.
5. van de Port IG, Kwakkel G, van Wijk I, Lindeman E. Susceptibility to deterioration of mobility long-term after stroke: a prospective cohort study. *Stroke* 2006; 37(1):167-71.
6. Langhammer B, Lindmark B, Stanghelle JK. Stroke patients and long-term training: is it worthwhile? A randomized comparison of two different training strategies after rehabilitation. *Clin Rehabil* 2007;21(6):495-510.
7. Stuart M, Benvenuti F, Macko R, et al. Community-Based Adaptive Physical Activity Program for Chronic Stroke: Feasibility, Safety, and Efficacy of the Empoli Model. *Neurorehabil Neural Repair* 2009;23(7):726-73.
8. De Weerd W, Nuyens G, Feys H, et al. Group physiotherapy improves time use by patients with stroke in rehabilitation. *Aust J Physiother* 2001;47(1):53-61.
9. Morris J, Oliver T, Kroll T, Macgillivray S. The importance of psychological and social factors in influencing the uptake and maintenance of physical activity after stroke: a structured review of the empirical literature. *Stroke Res Treat* 2012:1-20.
10. Rimmer JH, Wang E, Smith D. Barriers associated with exercise and community access for individuals with stroke. *J Rehabil Res Dev* 2008;45(2):315-22.
11. Dean CM, Richards CL, Malouin F. Task-related circuit training improves performance of locomotor tasks in chronic stroke: a randomized, controlled pilot trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:409-17.
12. Riberto M, Miyazaki MH, Juca SSH, et al. Validação da versão brasileira medida de independência funcional. *Acta Fisiatr* 2004;11(2):72-76.
13. Farias NC, Michaelsen SM, Momm L, Vargas JP. Confiabilidade da versão em

língua portuguesa do instrumento de avaliação de atividades instrumentais da vida diária *Índice Frenchay – FAI Brasil*. *Fisioter Pesq* 2011;18-952.

14. Thornton M, Travis SS. Analysis of the reliability of the modified caregiver strain index. *J Gerontol* 2003;58(2):127-132.
15. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed "UP & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(1):104-110.
16. Salbach NM, Mayo NE, Wood-Dauphinee S, et al. A task-orientated intervention enhances walking distance and speed in the first year post stroke: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2004;18(5):509-519.
17. Amaral-Natalio M, Nunes GS, Herber V, Michaelsen SM. Relação entre cadência da subida e descida de escada, recuperação motora e equilíbrio em indivíduos com hemiparesia. *Acta Fisiatr* 2011;18(3):[no prelo].
18. Souza AC, Magalhães LC, Teixeira-Salmela LF. Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Perfil de Atividade Humana. *Cad Saúde Pública* 2006;22(12):2623-36.
19. Best C, van Wijck F, Dinan-Young S, et al. Best Practice Guidance for the Development of Exercise after Stroke Services in Community Settings. 2010.
20. Boysen G, Kraup L, Zeng X, et al. ExStroke Pilot Trial of the effect of repeated instructions to improve physical activity after ischaemic stroke: a multinational randomised controlled clinical trial. *BMJ* 2009;339:1-8.
21. Scianni, A, Teixeira-Salmela LF, Ada L. Challenges in recruitment, attendance and adherence of acute stroke survivors to a randomized trial in Brazil: a feasibility study. *Rev bras fisioter* 2012;16(1):40-45.