

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

JUANA ANDREA CAHUASQUI LOPEZ

**O USO DA INFORMAÇÃO PARA O CUIDADO NA ASSISTÊNCIA
FISIOTERAPÊUTICA DE PACIENTES SEQUELADOS DE ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO**

Porto Alegre

2005

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Everton Soeiro pela oportunidade, à Eduardo Hahl, pela dedicação e a Adelaide, Carla, Marli e Paulo pela amizade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
JUSTIFICATIVA E REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
OBJETIVOS	12
Objetivo Geral	12
Objetivos Específicos	12
MÉTODO.....	13
PERSPECTIVAS DE CONTINUIDADE.....	15
CRONOGRAMA.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	17

INTRODUÇÃO

Atualmente as políticas públicas estão redefinindo novos padrões de assistência, reafirmando os princípios do SUS na sua Universalidade, Integridade e Eqüidade da assistência à saúde. Vários programas estão sendo implementados e reformulados, buscando viabilizar esta realidade.

Nesta trajetória, o Grupo Hospitalar Conceição tem se esforçado para se adequar às novas diretrizes. No entanto, há lacunas quanto à utilização das informações necessárias para auxiliar na capacitação da família cuidadora de pacientes que necessitam de atenção especializada. A reabilitação, como os demais ramos da atenção à saúde, baseia-se em comunicação bem-sucedida e em aprender com o outro. Esta troca de saberes deve existir em todos os níveis de atenção entre os atores envolvidos e principalmente na relação cuidador/paciente/equipe. Deve-se visar o reconhecimento de todos os problemas do paciente e encontrar os canais de comunicação mais adequados a ele como indivíduo. Mais do que qualquer coisa, o tratamento propõe problemas de ensino, aprendizado, instrução e capacitação e é importante adequar as informações para a atenção direta ao paciente.

O Hospital Conceição recebe pessoas de Porto Alegre, Grande Porto Alegre e interior do estado. Os nossos pacientes se caracterizam por fazer parte de uma população carente e que sofre diversas doenças incapacitantes constituindo um verdadeiro desafio para reabilitação. As doenças do aparelho circulatório ocupam

terceiro lugar de incidência no Estado do RS (DATASUS, 2002). O risco de morte por essas doenças apresenta tendência mundial crescente nos últimos anos em parte resultante do processo de modernização da sociedade, somada ao crescimento da população de idosos.

As doenças cerebrovasculares decorrem de quadros etiológicos não diagnosticados ou inadequadamente tratados, além das dificuldades de acesso aos serviços de saúde o que denota uma outra dimensão das desigualdades sociais. A prevenção e o controle destas doenças consiste na redução da exposição dos indivíduos aos fatores de risco associados: comportamentais (tabagismo, alimentação, sedentarismo, etilismo, uso de anticoncepcionais); patológicos (hipertensão arterial, obesidade, dislipidemias, diabetes mellitus); características socioeconômico-culturais (ocupação, renda, escolaridade, classe social, ambiente de trabalho, rede de apoio social). Integrando esta categoria de doenças cerebrovasculares temos o Acidente Vascular Encefálico (AVE), doença caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico, resultado de um distúrbio na circulação cerebral.

O termo AVE denota a instalação súbita da afecção, e representa um dos aspectos mais graves desta doença que o paciente se vê obrigado a enfrentar, ou seja, o profundo choque que o mesmo sofre ao perceber que de um momento para o outro e sem aviso prévio, perdeu a capacidade funcional de parte do seu corpo. Ocorre perda total ou parcial do controle dos movimentos e seus membros lhe recusam obediência, tornando-o incapaz, temporária ou definitivamente, de prover as próprias necessidades ou de enfrentar as tarefas cotidianas.

O primeiro episódio de AVE requer uma atenção muito especial por serem estes pacientes, os que têm um melhor prognóstico em termos de reabilitação. É relevante conhecer as questões que podem auxiliar na capacitação da família para enfrentar junto ao paciente de forma mais equilibrada as dificuldades no período inicial da doença. É necessário identificar quais são as dificuldades desta fase e traçar o perfil do paciente sequelado de AVE, primeiro episódio atendido na unidade neurológica do Hospital Conceição.

Utilizando as orientações pertinentes de fisioterapia, em ação conjunta com a família é importante a assistência imediata e qualificada a este paciente, visando facilitar a transição rápida e eficiente para o processo de reabilitação e adaptação deste a seu novo estado de vida. A assistência a pacientes sequelados por doenças incapacitantes requer esforços variados que vão desde programas de saúde pública, redes de apoio, comunidades e principalmente o envolvimento da família.

JUSTIFICATIVA E REFERENCIAL TEÓRICO

O interesse nessa área é resultado da prática após anos de trabalho na assistência fisioterapêutica direta ao paciente no contexto hospitalar onde o contato com o paciente propiciou vivenciar as necessidades e dificuldades que os pacientes incapacitados com seqüelas de acidente vascular encefálico enfrentam ao terem o primeiro episódio de AVE.

Foi também possível perceber que a família se encontra despreparada para proporcionar apoio adequado a seu familiar por falta de informações que esclarecem sobre os mecanismos de causa e efeito que fazem parte da evolução da doença.

Ciente de que a falta de apoio e de estrutura neste período é um problema grave para o paciente, cabe ao profissional de saúde buscar por estratégias que possam auxiliar aos familiares no cuidado necessário pós-AVE. O paciente, após permanecer por longos períodos no ambiente hospitalar, onde recebe a atenção especializada, retorna a seu lar e, invariavelmente, os familiares têm dificuldades para aceitar e incorporar a sua nova fase de vida.

Outros fatores contribuem para tornar a situação mais delicada. A integração entre hospitais e postos de saúde é ineficiente, com baixa eficácia no sistema de referência e contra referência, comprometendo a reabilitação e desestruturando a continuidade da atenção. Sendo assim, muitas vezes os pacientes interrompem o processo de reabilitação ao retornar a comunidade, se tornando muito difícil manter a atenção adequada sem auxílio da família. As pessoas envolvidas precisam ser orientadas, informadas e capacitadas.

Observa-se que nas re-internações ou nos retornos ambulatoriais de rotina ocorrem agravos nas seqüelas que poderiam ter sido amenizadas, caso algumas condutas e procedimentos tivessem sido melhor trabalhados no domicílio. Como exemplo prático disto temos a atuação do Projeto de Atenção Domiciliar (PAD) que diariamente se depara com esta realidade, onde os familiares/cuidadores relatam a maximização de seqüelas e dificuldades devidos à assistência deficitária. Essa é uma das razões pelas quais o PAD passou a solicitar a integração de profissional fisioterapeuta no seu quadro funcional, para colaborar e somar as orientações já oferecidas.

É penoso saber que muitos pacientes poderiam ter evoluído de forma satisfatória nas suas incapacidades funcionais e laborais, poderiam ter sido reintegrados a ocupar seu espaço social e, no entanto, permanecem limitados e dependentes com chances reduzidas de melhor qualidade de vida, vítimas da deficiência de assistência encontrada ao retornar à comunidade.

As diretrizes atuais de saúde do SUS apontam para a relevância da capacitação do familiar do paciente, e orientam no sentido da mesma ser estruturada e incorporada nas rotinas das unidades de internação.

A formação não deve tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. (CECCIM, FEUERWERKER, 2004)

A informação, enquanto conteúdos de saúde a ser compartilhados e enquanto o substrato de um processo de comunicação, ocupam um papel importante no campo da saúde, sendo parte integrante nas demais ações profissionais na intervenção direta, em pelo menos três contextos distintos mas complementares: entre os profissionais e o paciente; entre os profissionais e a família do paciente, e ainda internamente à equipe, geralmente multidisciplinar, que está responsável pelo paciente.

A informação deve ser entendida como a fonte geradora de conhecimento e de ação, de mudança em favor da saúde e da qualidade de vida. Informação que só é convertida em conhecimento quando um indivíduo consegue ligá-la a outras

informações, integrando, avaliando e entendendo seu significado no interior de um contexto específico.

Assim, se a informação só se transforma em conhecimento na medida em que ela pode ser decodificada, entendida e absorvida por um indivíduo, é preciso, inicialmente, identificar o perfil da população alvo da informação na busca de identificar exatamente o que ele precisa e como melhor falar e esclarecer sobre os temas. Capra (1982) chama a atenção para a necessidade de vencer o modelo biomédico hegemônico onde o profissional de saúde ocupa um lugar de poder para falar sobre saúde e doença, negligenciando as necessidades e competências discursivas e cognitivas dos pacientes. Para qualquer ação de informação no campo da saúde torna-se necessário, inicialmente, conhecer o perfil destes pacientes e quais as dificuldades que acontecem neste período, como subsídio para passar a fornecer orientações pertinentes, que de fato interfiram na qualificação da sua abordagem e contribuam no seu processo de reabilitação.

No contexto da unidade neurológica do Hospital Conceição e especificamente quando um paciente é acometido de uma doença incapacitante como o Acidente Vascular Encefálico, de um momento para o outro a vida do paciente e seus familiares muda dramaticamente. Dentro desse quadro, vários são os possíveis e importantes conceitos e esclarecimentos que devem ser necessários informar adequadamente, por exemplo: evolução da doença, instalação de seqüelas, investigação neurológica, exames e prognóstico, dentre outros, para promover desta forma um melhor entendimento e aceitação. Esse cuidado no compartilhar e falar sobre, com linguagem e abordagem adequadas, acaba por trazer tranqüilidade e

cumplicidade na realização do cuidado, promovendo melhor relação cuidador / paciente / equipe.

O prolongado tempo de permanência no ambiente hospitalar é um período muito rico, carregado de inúmeras informações teóricas e práticas que devem ser bem aproveitadas e assimiladas. MERHY (1994), afirma que a busca da qualidade dos serviços de saúde está em aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços como subsídio para reorganizar o processo de trabalho. O processo de ensino-aprendizagem se apresenta como processos inseridos cotidianamente, logo compreendido como uma proposta de transformação (OLIVEIRA et al., 1999). O processo de educação estará no cotidiano. A área da saúde requer educação permanente. A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (HADDAD, ROSCHKE E DAVINI, 1994).

A importância desse aprendizado é tão mais importante no tratamento fisioterapêutico e a reabilitação dos adultos com lesão cerebral sofrida como resultado de AVE, que se constitui em uma das tarefas mais importantes e desafiadoras da saúde terciária. Isso não é devido apenas à complexidade das funções perdidas, mas também porque o “derrame” constitui a causa mais freqüente de incapacidade grave na nossa sociedade. As causas e efeitos, com os sintomas resultantes, variam tão amplamente que os problemas são gradualmente reconhecidos. As disfunções originadas, no jovem e no idoso, não são diferentes por

causa da idade e sim por outros fatores como grau e localização da lesão, complicações associadas, capacidade de regeneração das estruturas lesadas.

É claro que o tratamento torna-se mais complicado com a progressão da idade, devido principalmente à maior frequência de doenças múltiplas, além da plasticidade decrescente do sistema nervoso central e à dificuldade de ter próximo um cuidador disponível para auxiliar no cuidado. Devemos maximizar a relevância que existe na colaboração e na vontade que o paciente deve apresentar para efetivar qualquer tratamento e ação em saúde. De acordo com BOBATH (1970), o sistema nervoso central é um órgão de reação, ao invés de ação, e reage aos estímulos que para ele convergem a partir de fora e de dentro do corpo. Nós somos capazes de selecionar um curso de ação ou uma função a partir de circuitos já existentes, aprendidos e bem controlados dentro do cérebro. Tudo mais que fazemos ocorre automaticamente. A capacidade de perceber é muito maior do que a de produção - somos então dependentes da estimulação sensitiva repetitiva. A função mais importante do sistema nervoso central é sua capacidade de inibir a atividade indesejada e facilitar as funções úteis, e dessa forma aprender. Em termos fisiológicos isto é chamado plasticidade. Quanto maior a plasticidade maior a capacidade de sucesso na reabilitação.

Toda função, todo movimento exige seu próprio circuito de controle que realiza inúmeros pontos de contato (sinapses), se uma atividade for repetida a informação torna-se mais fácil, pesquisas mostram que a informação a respeito de atividade física é bem recebida e lembrada quando sentida do que quando apenas vista ou ouvida, então, no processo de ensinar e aprender entre paciente e terapeuta, não é a comunicação auditiva e visual que desempenha a maior parte,

mas a comunicação por intermédio do canal tátil-cinestésico, isto é a sensação. Quanto mais intensa e variada a estimulação, maior diâmetro apresentam nossas fibras nervosas, e mais sinapses e conexões são formadas pelas células nervosas (ECCLES 1975; ROSENZWEIG 1980).

Nossa capacidade de aprender depende do que recebemos geneticamente determinados, e também do que facilitamos, armazenamos e aprendemos através da experiência como resultado da estimulação a partir de nosso ambiente. Neste momento o papel da reabilitação fisioterapêutica torna-se relevante na busca de utilizar os estímulos adequados para atingir efetividade no tratamento.

A brevíssima descrição anteriormente apresentada fornece uma pista da importância da sinergia entre o entendimento da doença e o desafio de desenvolver abordagens que permitam aos familiares entenderem o porquê de determinadas orientações e procedimentos para uma ajuda efetiva ao eficiente.

Assim, em face da complexidade da doença e, no geral, o despreparo dos familiares/cuidadores em assistir adequadamente o paciente sequelado de AVE no primeiro episódio, os agravos no processo de reabilitação são agravados.

O uso da informação para capacitação do familiar cuidador do paciente sequelado de acidente vascular encefálico (AVE) é, portanto, o foco da proposta de pesquisa aqui apresentada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O objetivo central desse trabalho é identificar quais são as informações relevantes para a capacitação dos familiares/cuidadores necessárias para assistir adequadamente o paciente sequelado de AVE. Além disso, almeja-se explorar como estas devem ser transmitidas a esses cuidadores para a melhor abordagem desses pacientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Buscar na bibliografia tanto elementos teóricos, como experiências práticas de outros serviços que abordem temas assemelhados;
- Conhecer o perfil dos pacientes e seus cuidadores;
- Identificar quais são suas maiores dificuldades no cuidado;
- Propor um modelo com os conteúdos informacionais necessários para os familiares.

MÉTODO

O projeto de pesquisa será realizado com os familiares cuidadores e pacientes acometidos de AVE, primeiro episódio, internados na unidade neurológica

do Hospital Conceição, por entender de extrema importância o uso da informação e a educação permanente para auxiliar na capacitação do cuidador que neste momento se encontra desprovido de conhecimento para viabilizar o processo de cuidado e reabilitação.

Para alcançar o objetivo de estudar quais são as informações relevantes para a capacitação dos familiares/cuidadores em assistir adequadamente o paciente sequelado de AVE, e como melhor transmiti-las, é necessário traçar um percurso metodológico, como descrito a seguir:

1. A primeira etapa será dedicada a realização de um levantamento bibliográfico para obter elementos teóricos que identifiquem as informações relevantes que auxiliem na elaboração de material que subsidie o conhecimento necessário para criar ações de saúde. Devem também ser identificadas técnicas de abordagem em grupo, aspectos psico-educacionais, técnicas de intervenção familiar, abordagem fisioterapêutica, técnicas de reabilitação do movimento, manuseio e posicionamentos adequados a cada fase, entre outros.
2. A segunda etapa é conhecer a amostra, ou seja, o perfil dos pacientes em questão, através de revisão de prontuário e coleta de dados direta. Pontos importantes para registro: descrever dados pessoais, doenças associadas, dificuldades apresentadas, averiguar as complicações, avaliar a disfunção funcional utilizando a escala de Medida de Independência Funcional (FIM), e realizar avaliação fisioterapêutica completa.

3. A terceira etapa consiste em aplicar questionário para investigar o nível de competência no tema dos cuidadores:

- Conhecem (ou não) e em que grau a doença;
- Conhecem (em que grau) os cuidados necessários;
- Quais as dúvidas que manifestam;
- O que acreditam, poderia facilitar/melhorar o cuidado a ser oferecido.

Haverá aplicação do questionário em um grupo piloto de forma a ganhar subsídios suficientes para realizar ajustes e modificações convenientes. O estudo será descritivo e de observação com análise longitudinal, com proposta de realização no período de janeiro à dezembro de 2006. A amostra utilizada será de 100%. A pesquisa é quanti-qualitativa e, segundo GIL (1991):

a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos, e a atribuição de significados são básicos no processo de pesquisa qualitativa.

Ao final dessas etapas deverá ser elaborado um instrumento (folder, cartilha, ou correlatos) que deverá ser distribuído e discutido, para orientação, com os familiares.

Serão resguardadas as questões éticas através de termo de consentimento oferecido ao familiar/cuidador e à instituição, esclarecendo que o não consentimento não interferirá na assistência ao paciente.

PERSPECTIVAS DE CONTINUIDADE

A realização da pesquisa permitirá, numa etapa futura, conhecer as informações relevantes para obter estrutura adequada que permita a construção de um programa de capacitação do grupo de cuidadores.

O grupo de cuidadores deverá ser reunido periodicamente, em um ambiente de caráter multi- e interdisciplinar, onde serão discutidas as informações importantes para o cuidado, proporcionando espaço de convivência que favoreça o aprendizado e ação em favor de constante aprimoramento da assistência.

BIBLIOGRAFIA

BOBATH, B. **Abnormal Postural reflex activity caused by Brain Lesions**. London: Heinemann, 1970.

_____, **Adult Hemiplegia: evaluation and treatment**. London: Heinemann, 1978.

BRUNNSTROM, S. **Movement therapy in hemiplegia**. A Neurophysiological approach. Harper and Row, Hagerstown.

CAILLIET. **O Ombro na hemiplegia**. Davis, Philadelphia.

CAPRA,FRITJOF.**O Ponto de Mutação**.A Ciência,a sociedade e a cultura emergente.São Paulo,Cultrix,1982.

CASH, Maria Stolces. **Neurologia para fisioterapeutas**, Ed. Premier, 2000.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. **O Quadrilátero da Formação para Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS. Ver, Saúde Coletiva. Rio de Janeiro 14 (1): 41-65, 2004.

CLAUS, S. M, CAPRA, M.L.P. **Potencializando a gestão, para organizar o Sus a partir da Rede Básica**. Capítulo IV. Tempos de Inovação.

Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. 228p.

DAVIES, Patrícia M. **Passos a Seguir: Um manual para o tratamento da hemiplegia no adulto**, 1ª edição brasileira. Ed. Manole, 1996.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; D`ELBOUX, Diogo; MARIA, José. **Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico**. São Paulo: Ed. Ateneu, 2005.

FURASTÉ, P. A. **Normas Técnicas para o Trabalho Científico: Explicação das normas da ABNT**. 13. ed. Porto Alegre: s.n., 2004.

GIL, Antônio Carlos apud SILVA, Cassandra Ribeiro de O. e. **Metodologia e Organização do projeto de pesquisa** (Guia Prático) Fortaleza – CE, 2004.

GOLDIM, J.R. **Manual de Iniciação à pesquisa em Saúde**, 2ª edição - Porto Alegre: Dacasa, 2000.

KUNDEL, M. B. **Humanização na Saúde e Cidadania: O caminho para o SUS**. Capítulo XII. Tempos de Inovação.

LEAL, Maria das Graças S. Derrame: **Acidente vascular Cerebral**, informações para a família e os cuidadores. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: Novartis Biociências S.A, 1996.

MEHY, E; Onock, R (org). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; FERREIRA Suely Deslandes; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu, 15ª edição, Ed. Vozes, 2000.

Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado á saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180p.

Proposta Pedagógica de Educação Permanente da GEP/GHC. Porto Alegre. Grupo Hospitalar Conceição – GHC, 2005.

ROSENZWEIG M.R. **Animal Models for effects of brain lesions and for rehabilitation.** In: Bach-y-rita p (ed) Recovery of function: Theoretical considerations for brain injury rehabilitation. Huber, Bern.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade:** Aspectos Conceituais e Metodológicos em Cuidado. As Fronteiras da Integralidade.

SILVA, Sérgio Luiz da. **Gestão do Conhecimento:** uma revisão crítica orientada pela abordagem da criação do conhecimento. Ci. Inf., Brasília, v.33, n.2,p. 143-151, maio / ago, 2004.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde,** 1ª ed., ed. Vozes, 2004

ZIMERMAN, David Epel Baum. **Fundamentos Básicos das grupoterapias.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

ANEXOS

ANEXO A

Medida de independência Funcional

7 Independência completa	SEM AJUDA
6 independência Modificada	

Dependência modificada

5 Supervisionado
4 Ajuda Mínima (autonomia = 75% +)
3 Ajuda Moderada (autonomia = 50% +)

Dependência completa

2 Ajuda máxima (autonomia = 25% +)	COM AJUDA
1 Ajuda Total (autonomia = 0%)	

Cuidados pessoais: alimentação -----

Cuidados com a aparência -----

Toalete (banhar-se) -----

Vestir-se acima da cintura -----

Utilização do banheiro -----

Controle de esfíncteres: Bexiga -----

Intestino -----

Mobilidade e transferência: leito -----

Cadeira -----

Banheira ou ducha -----

Locomoção: plano horizontal (marcha ou cadeira de rodas)* -----

Escadas -----

Comunicação: compreensão -----

Expressão*** -----

Consciência do mundo exterior: interação social -----

Resolução de problemas -----

Memória -----

TOTAL -----

ANEXO B

DADOS DO PACIENTE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

IDADE: _____

- () Procedência
- 1 Porto Alegre
 - 2 Grande Porto Alegre
 - 3 Interior do estado
 - 4 Outro estado
 - 5 Outro país

- () Sexo
- 1 Masculino
 - 2 Feminino

- () Cor
- 1 Branca
 - 2 Preta
 - 3 Mista
 - 4 Amarela

- () Estado civil
- 1 Casado
 - 2 Solteiro
 - 3 Viúvo
 - 4 Desquitado
 - 5 Divorciado
 - 6 Separado

- () Escolaridade
- 1 Analfabeto
 - 2 Semi-alfabetizado
 - 3 1º Grau completo
 - 4 1º Grau incompleto
 - 5 2º Grau completo
 - 6 2º Grau incompleto
 - 7 3º Grau completo
 - 8 3º Grau incompleto

Profissão:

() Relação Trabalhista

- 1 Empregado
- 2 Biscate
- 3 Autônomo (paga INSS)
- 4 Desempregado
- 5 Licença saúde
- 6 Aposentado por problemas de saúde
- 7 Aposentado por tempo de serviço ou atividade
- 8 Sustentado pela família

() Renda Familiar

- 1 Sem renda
- 2 Até 1 salário mínimo
- 3 Até 2 salários mínimos
- 4 Até 3 salários mínimos
- 5 Mais que 3 salários mínimos

() Com que reside?

- 1 Companheiro
- 2 Pais
- 3 Mãe
- 4 Pai
- 5 Filhos
- 6 Irmãos
- 7 Outros familiares
- 8 Sozinho
- 9 Instituição

() Moradia (tipo)

- 1 Casa
- 2 Sobrado
- 3 Apartamento
- 4 Cortiço
- 5 Barraco
- 6 Outros

() Ocupação

- 1 Própria
- 2 Alugada
- 3 Cedida
- 4 Em trânsito
- 5 Outros

DADOS DO CUIDADOR

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

IDADE: _____

() Grau de Instrução

1 Analfabeto

2 Semi-alfabetizado

3 1º Grau completo

4 1º Grau incompleto

5 2º Grau completo

6 2º Grau incompleto

7 3º Grau completo

8 3º Grau incompleto

Profissão: _____

Quanto tempo do seu dia é dedicado ao cuidado do paciente?

Para executar estes cuidados foi necessário alguma mudança na sua vida?

() Sim

() Não

Descreva: _____

Tem algum problema de saúde?

() Sim

() Não

Descreva: _____

Que cuidados presta ao paciente?

() Banho

() Preparo da alimentação

() Auxilia a vestimenta

() Auxilia na movimentação

() Senta o paciente fora do leito

() Auxilia na deambulação

() Faz curativos

() Faz higiene

Descreva suas principais dificuldades na realização dessas atividades: _____

Há rodízio de pessoas na prestação do cuidado ao paciente?

Sim

Não

Justifique e descreva: _____

faz uso de medicação

1 Sim

2 Não

3 Às vezes

A medicação é administrada pelo

1 Próprio paciente

2 Pelo familiar cuidador

Segue dosagem e horário rigorosos conforme descrição médica

1 Sim

2 Não

3 Às vezes

Quais as medicações usadas: _____

Alimentação

1 Normal

2 Afásico

3 Disfásico

4 Outros

Complicações Clínicas:

Nenhuma

Sistema nervoso central e periférico

Sistema respiratório

Cardiovascular

Digestivo

Geniturinário

SIDA

Hematológico

Endócrino / metabólicos

Outras: Quais: _____

Hábitos

Fuma

Bebe

Alimentação inadequada

Faz atividades física. Qual? _____

Sono inadequado

QUESTÕES ABERTAS PARA O CUIDADOR

1) Qual a doença do seu paciente? _____

2) Qual a gravidade? _____

3) Quais são as causas da doença? _____

4) Quais as dúvidas que gostaria de saber? _____

5) O que pode colaborar para cuidar melhor do seu paciente? _____

JUANA ANDREA CAHUASQUI LOPEZ

**O USO DA INFORMAÇÃO PARA O CUIDADO NA ASSISTÊNCIA
FISIOTERAPÊUTICA DE PACIENTES SEQUELADOS DE ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO**

Projeto de Pesquisa Apresentado ao
Curso de Especialização em Informação
Científica e Tecnológica em Saúde
Como Requisito Parcial à Obtenção do
Título de Especialista

Orientador: Professor Doutor em Saúde Pública Everton Soeiro

Porto Alegre

2005