

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FCS/ESS**

LICENCIATURA EM FISIOTERAPIA

ANO LETIVO 2017-2018

PROJECTO E ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE II

**Os efeitos de um programa de ensino de autogestão em
pacientes com sequelas de AVE: revisão bibliográfica**

Sylvia Marie Anaïs Josselin
Estudante de Fisioterapia
Escola Superior de Saúde – UFP
30386@ufp.edu.pt

Professora auxiliar
Fátima Santos
Escola Superior de Saúde – UFP
fatima@ufp.edu.pt

Porto, Fevereiro de 2018

Resumo:

Introdução: A reabilitação em pacientes após sequelas de AVE é importante para minimizar as incapacidades funcionais. Assim, vários estudos têm utilizados o programa de ensino de autogestão sobre pacientes com sequelas de AVE. **Objetivo:** Avaliar os efeitos de um programa de ensino de autogestão em pacientes com sequelas de AVE. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa computadorizada com palavras-chaves nas bases de dados *PubMed* e *PEDro* e no motor de busca *B-on* de modo a encontrar artigos publicados na última década, randomizados controlados, publicados em inglês, e que abordassem o tema da autogestão na recuperação dos paciente com AVE. Foram excluídos estudos sem texto integral disponível e artigos duplicados. **Resultados:** Foram selecionados cinco artigos randomizados controlados com qualidade de metodologia de 6,8 na escala de *PEDro*. **Conclusão:** Os resultados analisados mostram que parece existir benefícios na reabilitação com um programa de ensino de autogestão em pacientes com sequelas de AVE, pelo que poderá ser um ferramenta terapêutica a aplicar em programa de fisioterapia. **Palavras chaves:** “stroke rehabilitation”, “self-management”, “self care intervention”, “bridges stroke self-management”, “empowered stroke patient”, “randomized controlled trial”, “self education”.

Abstract:

Introduction: Rehabilitation in patients following stroke sequelae is important to minimize functional disabilities. Thus, several studies have used the Self-Management Program on patients with stroke sequelae. **Aim:** To evaluate the effects of a Self-Management Program in patients with stroke sequelae. **Methodology:** A computerized search with keywords in databases of *PubMed*, *PEDro* and *B-on*, in order to find articles published in the last decade, randomized controlled trials, published in English and that addressed of the Self-Management Program in the recovery of stroke. **Results:** Five randomized controlled articles with a methodology quality of 6.8 were selected on the *PEDro* scale. **Conclusion:** The analyse results show that there are benefits in the rehabilitation with Self-Management Program in patients with stroke sequelae. **Key words:** "stroke rehabilitation", "self-management", "self care intervention", "bridges stroke self-management", "empowered stroke patient", "randomized controlled trial", "self education".

I. Introdução:

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é definido como uma síndrome neurológica de instalação rápida caracterizada por aparição dos sintomas e sinais devido a perda da função cerebral de causa vascular, com duração superior a 24 horas (Sá et al. 2014).

A incidência do AVE aumenta como a idade, principalmente a partir dos 75 anos e apenas 25% os doentes tem em baixo de 65 anos, e afeta de igual forma sexo masculino e feminino (no sexo feminino ocorre mais cedo do que o masculino) (Sá et al. 2014).

A causa mais frequente de um AVE isquémico é a oclusão aterotrombótica ou embólica de uma artéria cerebral (30% dos casos) e a menos frequente é a causa hemodinâmica (Albers et al. 2002). Em geral, a lesão aterosclerótica de grandes artérias extra ou intracranianas é responsável por 45 a 50% dos AVE isquémicos e a doença de pequenos vasos por 25%. Vinte porcentos dos casos são de origem cardioembólica e o resto por patologias mais raras (5%) (Johnston, Gress, Browner e Sidney, 2000).

Os fatores de riscos não modificáveis são idade, género masculino, raça negra e étnica hispano-americana, origem geográfica, fatores genéticos e os fatores modificáveis são hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, fibrilação auricular persistente ou paroxística, estenose carotídea aterosclerótica, álcool, obesidade e distribuição abdominal da gordura corporal e sedentarismo (Adams et al., 1993; Sá et al., 2014).

Quanto à intervenção da fisioterapia, um conjunto de recursos e instrumentos de avaliação, educação e tratamento visam obter uma melhor recuperação das capacidades motoras funcionais do doente. Assim, podem ter uma maior dignidade de vida, retomar suas atividades na sociedade e também melhorar a qualidade de vida das pessoas que o rodeiam. Uma colaboração interdisciplinar é muito importante para uma melhor reabilitação e otimizar os cuidados de saúde ao doente (Brosseau, Philippe, Potvin e Boulanger, 1996).

O “*Self-Management Program*” (SSMP) é um programa de ensino de autogestão para a saúde e é o nome associado a muitos programas de promoção da saúde e educação do paciente. Os programas de ensino de autogestão são vistos como um mecanismo primário para a gestão eficaz de doenças crónicas (Battersby et al. 2009). A autogestão é definida como “envolvendo o paciente em atividades que protegem e promovam a saúde, monitorizando e gerindo os sintomas e sinais de doença, gerindo o impacto da doença no funcionamento, emoções e relacionamentos interpessoais e aderindo a regimes de tratamento” (Battersby et al. 2009). Os principais componentes dos programas de ensino de autogestão bem sucedidos incluem a apresentação de conteúdo tocando nas necessidades percebidas pelos pacientes, a prática e feedback de novas habilidades, incluindo a tomada de decisão e resolução de problemas, à

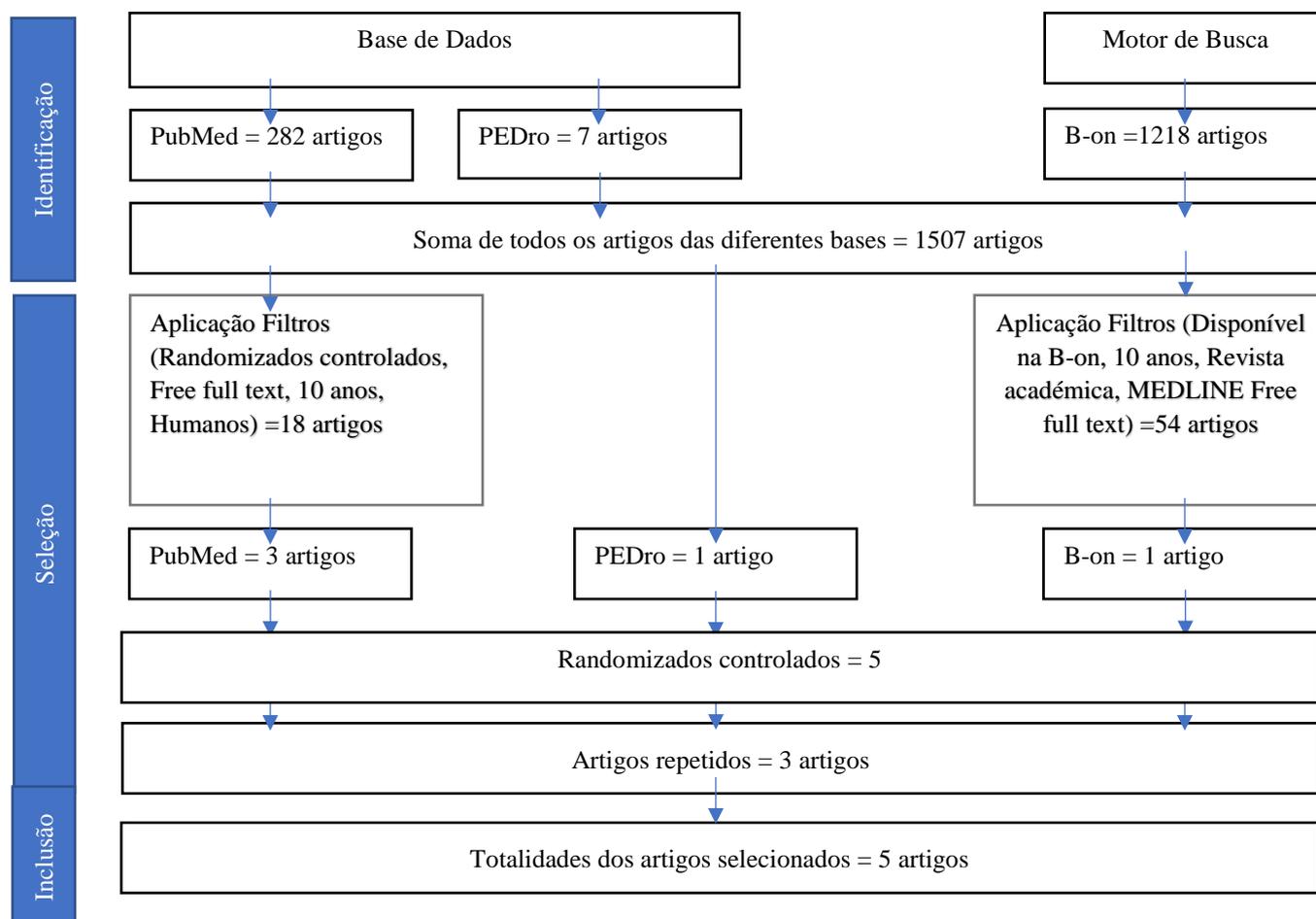
gestão emocional e de autocuidado, além da gestão médica, uso de técnicas para aumentar a confiança dos pacientes na sua capacidade de gerir as suas condições e ênfase no papel ativo do paciente na relação médico e paciente " (Battersby et al. 2009).

O programa pode ser em grupo ou individual como o “*Bridges Stroke Self-Management*” visando estabelecer metas para os pacientes, registrar o seu progresso e planejar suas atividades. Todo o trabalho é guardado numa pasta de trabalho (mantida pelo paciente) para facilitar o registo pessoal de objetivos, progresso e estratégias usadas (McKenna, Jones, Glendiels e Lennon, 2015). Este programa pode melhorar comportamentos, estado de saúde e utilização de cuidados de saúde, examinar a autoeficácia, um dos possíveis mecanismos pelos quais a autogestão atinge os resultados mencionados anteriormente e pode ser integrada nos sistemas de saúde (Lorig e Holmann, 2003). A educação terapêutica visa, de acordo com a Sit et al. (2016), ajudar os pacientes a adquirir ou manter as habilidades de que precisam para gerir as suas vidas da melhor maneira possível com uma doença crónica. Assim, é uma questão de ajudar o paciente a adquirir as habilidades e o conhecimento sobre sua doença que lhe permitirá melhorar a qualidade de vida. É importante que as pessoas com doenças crónicas tenham confiança, conhecimento, habilidades e motivação para gerir todas as repercussões da doença (física, social e emocional). Este é o desafio da educação terapêutica: tornar o paciente autónomo e garantir que o paciente consiga lidar com a sua própria doença. Os programas de *Self-Management* facilitam a aquisição pelo paciente de atividades de cuidados de saúde preventivos ou terapêuticos, muitas vezes em colaboração com profissionais de saúde (Holroyd e Cree, 1986). Os programas de ensino de autogestão enfatizam o papel da educação do paciente em atividades de cuidados de saúde preventivos e terapêuticos e geralmente consistem em experiências de aprendizagem organizadas destinadas a facilitar a adoção de comportamentos de promoção da saúde. Tais programas geralmente são separados do atendimento clínico ao paciente, mas geralmente são realizados em colaboração com profissionais de saúde (Bodenheimer et al. 2002). É essencial que o paciente seja apoiado e assistido por profissionais para adquirir as habilidades necessárias para adotar comportamentos e desenvolver confiança que lhe permita usar essas novas habilidades na sua vida diária (Sá et al., 2014). O objetivo do estudo é avaliar os efeitos de um programa de ensino de autogestão em pacientes com sequelas de AVE.

II. Metodologia:

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *PubMed* e *PEDro* e no motor de busca *B-on* procurando artigos que abordassem os efeitos de um programa de ensino de autogestão em pacientes com sequelas de AVE. De modo a encontrar o pretendido foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “*Stroke rehabilitation*”, “*self-management*”, “*self care intervention*”, “*bridges stroke self-management*”, “*empowered stroke patient*”, “*randomized controlled trial*”, “*self education*” com o operador “AND”. Foram utilizados como critérios de inclusão artigos publicados nos últimos 10 anos, com classificação igual ou superior a cinco na escala de *PEDro*, em pacientes com sequelas de AVE isquêmico ou hemorrágico, pacientes que fazem reabilitação após alta hospitalar, estudos randomizados controlados e publicados em inglês. Como critérios de exclusão foram utilizados artigos sem texto integral disponível, artigos de revisão e estudos de caso, artigos que não abordam a reabilitação após sequelas de AVE. A estratégia de pesquisa e subsequente exclusão de estudos encontra-se representada no *PRISMA flow diagram* (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa bibliográfica.



Quadro 1 - Avaliação da qualidade da metodologia pela escala *PEDro*.

Critérios	Autores				
	Cardilhac et al. (2011)	McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2013)	Sabariego et al. (2013)		Jones et al. (2015)
Critérios Elegibilidade	√	√	√	√	√
Atribuição Aleatória	√	√	√	√	√
Atribuição Oculta	√	-	-	-	√
Comparação linha de base	√	-	√	-	-
Sujeitos “cegos”	-	-	-	-	√
Terapeutas “cegos”	-	√	-	√	-
Avaliadores “cegos”	√	√	-	√	-
Acompanhamento adequado <i>Follow-up</i>	√	√	-	√	√
Análise de intenção de tratar	√	√	√	√	√
Comparação entre grupos	√	√	√	√	√
Estimativas pontuais e viabilidade	√	√	√	√	√
Totalidade	8/10	7/10*	5/10	7/10*	7/10
Média	6,8/10				

- Classificação efectuada pela autora da revisão

Quadro 2 - Análise dos artigos da revisão.

Legenda: GE= Grupo Experimental, GC= Grupo Controlo, AVE= Acidente Vascular Encefálico, SSMP= *Self-Management Program*, HEISS= *Health Empowerment Intervention for Stroke Self-management*, isq= isquémico, hem= hemorrágico, “↑”= aumento, “↓”= diminuição, “+”= mais.

Autor (ano) <i>Tipo de estudo</i>	Amostra	Objetivo do estudo	Intervenção	Instrumentos/ Parâmetros avaliados	Resultados
Cardilhac et al. (2011) <i>Randomized Controlled Trial</i>	N=143; Idade média:69 GE*_{SSMP}* : n=48; (27F; 21M). AVE*_{isq}* : n=35, AVE*_{hem}* : n=9 AVE*_{Outro}* : n=4 e GE*_{Stanford}* : n=47; (29F; 18M); AVE*_{isq}* : n=33, AVE*_{hem}* : n=7 AVE*_{Outro}* : n=7 e GC* : n=48; (29F; 19M). AVE*_{isq}* : n=21 AVE*_{hem}* : n=15 AVE*_{Outro}* : n=12	Determinar se um SSMP projetado para sobreviventes (SSMP, 8 semanas) foi seguro e viável em comparação com o cuidado padrão (controlo) ou um programa genérico de autogestão (genérico, 6 semanas).	GE*_{SSMP}* (2 horas e 30 minutos por semana durante 8 semanas): Reabilitação com um educador de AVE da Fundação Nacional GE*_{Stanford}* (2 horas e 30 minutos por semana durante 6 semanas): Reabilitação a partir do programa de treinamento de <i>Stanford</i> GC : O grupo padrão recebeu uma reabilitação tradicional. <i>Follow-up</i> : 6 meses	<i>The Assessment of Quality of Life</i> (AQoL) - qualidade de vida. Domínio “compromisso com vida positiva e ativa” do <i>Health Education Impact Questionnaire</i> (HEIQ) - “compromisso com vida positiva e ativa”, humor. <i>Irritability, Depression, and Anxiety scale</i> (IDA) - depressão, ansiedade, irritabilidade.	- AQoL Sem diferença estaticamente significativa, mas os grupos experimentais foram melhores do que o GC . GE*_{SSMP}* = GE*_{Stanford}* > GC - HEIQ Sem diferença estaticamente significativa entre os grupos Mas observou-se GE*_{SSMP}* > GE*_{Stanford}* > GC (genérico, 0.66; SSMP, 1.47). - IDA Sem diferença estaticamente significativa entre os grupos Mas observou-se uma ansiedade maior no GE*_{SSMP}* .
McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015) <i>Randomized Controlled Trial</i>	N=25 GE*_{Bridges SSMP}* : n=11(4F; 7M) Idade média : 62 GC : N=13 (7F; 6M) Idade média : 67	Avaliar a fiabilidade de entregar o” Bridges SSMP” além da reabilitação tradicional, em comparação com somente	GE*_{Bridges SSMP}* : reabilitação tradicional + sessão de 1 hora/semana durante 6 semanas GC : reabilitação tradicional Avaliação dos resultados feita no inicio, as 6 semanas e 3 meses após do inicio da intervenção (<i>follow-up</i>)	<i>Stroke Specific Quality of Life</i> (SSQOL) - qualidade de vida. <i>EuroQol</i> (EQ-5D) - qualidade de vida. <i>Self Efficacy Scale</i> (SES) - autoeficácia. <i>Stroke Self-Efficacy Questionnaire</i> (SSEQ) - autoeficácia.	<u>Início</u> : SSQOL, SES, SSEQ, NEAL, GHQ, SIPSO Não há diferenças estatisticamente significativas entre GE*_{Bridges SSMP}* e GC . <u>6 semanas</u> : - EuroQol: GE*_{Bridges SSMP}* = GC - SSQOL: GE*_{Bridges SSMP}* < GC - SES: GE*_{Bridges SSMP}* > GC (p<0,05) - SSEQ: GE*_{Bridges SSMP}* > GC (p<0,05) - GHQ: GE*_{Bridges SSMP}* < GC

		a reabilitação tradicional em paciente com AVE		<p><i>Nottingham Extended Activities of Daily Living</i> (NEADL) - atividade funcional.</p> <p><i>General Health Questionnaire-28</i> (GHQ-28) - humor.</p> <p><i>Bartel Index</i> (BI) - independência.</p> <p><i>Subjective Index of Physical and Social Outcome</i> (SIPSO) - integração social e física.</p>	<p>- BI: GE_{Bridges SSMP} > GC (p<0,05)</p> <p>- NEADL: GE_{Bridges SSMP} > GC (p<0,05)</p> <p>- SIPSO: GE_{Bridges SSMP} > GC (p<0,05)</p> <p><u>3 meses follow-up:</u></p> <p>↓ EuroQol, SSEQ e GHQ-28, para GE_{Bridges SSMP} e GC. SES, NEADL e SIPSO têm melhores resultados no GC SSQOL houve melhores resultados no GE_{Bridges SSMP}</p>
Sabariego et al. (2013) <i>Randomized Controlled Trial</i>	N=213 GE: n=110 (41F; 69M), Idade média: 55 e GC: n=103 (57F; 46M), Idade média: 59	Avaliar o efeito do programa de educação dos pacientes com AVE sobre a autoeficácia percebida.	GC: atenção-placebo: reabilitação tradicional + programa placebo de educação GE: reabilitação tradicional + programa de educação Avaliação dos resultados feita 1 semana antes, 1 semana depois e 6 meses após o início da intervenção.	<p><i>The Liverpool Self-Efficacy Scale</i> (LSSE) - autoeficácia.</p> <p><i>Life satisfaction and self-perception of the impact of the stroke on life</i> (WHOQOL) - qualidade de vida.</p> <p><i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS) - ansiedade e depressão</p>	<p>- LSSE, WHOQOL e HADS : GE e GC não tem diferenças estatisticamente significativas entre grupos.</p> <p>Os resultados da HADS foram menores no GE (sem significância) ↑ autoeficácia e ↑ participação no GE e GC: p<0,01. ↓ funcionamento emocional no GE e GC: p<0,01.</p>
Sit et al. (2016) <i>Randomized Controlled Trial</i>	N=210 GE_{HEISS}* : n=105 (50F; 5M) Idade média: 68 AVE_{isq} : n=76 AVE_{hem} : n=29 GC: n=105 (50F; 55M)	Examinar os efeitos da intervenção HEISS em pacientes com sequelas de AVE.	GE_{HEISS} : reabilitação tradicional + HEISS GC: reabilitação tradicional Avaliação dos resultados feita em 3 tempos (T) após do início da intervenção: T1: 1sem; T2: 3meses; T3: 6meses	<p><i>Self-efficacy in illness management, self-management behaviors (cognitive symptom management, communication with physician - autoeficácia.</i></p> <p><i>Chinese Lawton instrumental ADL</i> (IADL) - independência.</p> <p><i>The Modified Barthel Index</i> (MBI) - independência.</p>	<p>- <i>Self-efficacy in illness management:</i> GE_{HEISS} > GC (p<0,05): (T2: p= 0,011 e T3: p=0,012). GE_{HEISS} e GC tem uma diferença estatisticamente significativa em T2 e T3.</p> <p>- <i>Self-management behavior:</i> GE_{HEISS} > GC (p<0,001). GE_{HEISS} e GC tem uma diferença estatisticamente significativa.</p> <p>- <i>Communication with physician:</i> GE_{HEISS} > GC (p<0,05): T1: p<0,001, T2:</p>

	<p>Idade média: 71 AVE_{isq}: n=78 AVE_{hem}: n=27</p>				<p>p<0,002 e T3: p=0,094. GE_{HEISS} e GC tem uma diferença estatisticamente significativa em T1 e T2.</p> <p>- BI e ADLs: GE_{HEISS} > GC (p<0,05): T1: p=0,005, T2: p=0,016 e T3: p=0,003. GE_{HEISS} e GC não tem uma diferença estatisticamente significativa em T2 e T3.</p>
<p>Jones et al. (2016) <i>Randomized Controlled Trial</i></p>	<p>N=78 GE: n=40 (20F; 20M) Idade média: 62 Tempo após AVE: 76 dias GC: n=38 (13F; 25M) Idade média: 69 Tempo após AVE: 116 dias</p>	<p>Para testar a fiabilidade de realizar um ensaio controlado de SSMP na reabilitação em pacientes após AVE.</p>	<p>GE: sessão tradicional + sessões individuais de reabilitação usando 7 princípios com profissional de Bridges SSMP + uma caderneta para registrar e refletir sobre progresso de autoeficácia</p> <p>GC: reabilitação tradicional (pluridisciplinar)</p> <p>Avaliação dos resultados as 2, 6, 12 semanas após o início da intervenção.</p>	<p><i>Stroke and Aphasia Quality of Life (SAQOL)</i> - qualidade de vida dos afásicos.</p> <p><i>The Medical Outcomes Trust's Short Form 12 (SF-12)</i> - qualidade de vida e saúde.</p> <p><i>Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (NEADL)</i> - atividade funcional.</p> <p><i>Stroke Self-Efficacy Questionnaire (SSEQ)</i> - autoeficácia.</p> <p><i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> – ansiedade e depressão.</p>	<p>GE_{SSMP} e GC sem diferenças estatisticamente significativas entre grupos</p> <ul style="list-style-type: none"> - HADS (p>0,05) - SAQOL (p>0,05) - SF-12 physical (p>0,05) - SF-12 mental (p>0,05) - SSEQ (p>0,05) - NEADL (p>0,05) <p>Há uma ligeira evolução nos parâmetros SSEQ e NEADL</p> <ul style="list-style-type: none"> - SSEQ (SD GE_{SSMP}= 26,4 +/- 9,0 e GC: 21,5 +/-10,6) - NEADL (SD GE_{SSMP}: 35,5+/-18,86 e GC: 32,1+/-19,05).

III. Resultados:

A pesquisa foi realizada durante o mês de Dezembro de 2017 e Janeiro de 2018. Na *Pubmed*, *PEdro* e *B-on* foram aplicados filtros como artigos publicados na menos de dez anos, randomizados controlados, publicados em inglês e com estudos efetuados em humanos.

O estudo de Cardilhac et al. (2011) pretendeu determinar se um “programa de autogestão” (*Self Management Program*) elaborado para pacientes após AVE (GE_{SSMP}, 8 semanas) era seguro e viável em comparação com o tratamento tradicional (GC) e com o programa de *Stanford* (GE_{Stanford}, 6 semanas).

Dos 315 participantes, 149 foram elegíveis e 143 foram randomizados (48 GE_{SSMP}, 47 GE_{Stanford}, 48 GC). No GE_{SSMP} (n=48), 35 tiveram um AVE isquêmico, 9 um AVE hemorrágico e 4 uma outra doença, sendo que este grupo era composto de 27 mulheres e 21 homens. No GE_{Stanford} (n=47), composto de 29 mulheres e 18 homens, 33 pessoas tiveram um AVE isquêmico, 7 um AVE hemorrágico e 7 uma outra doença. No GC (n=48), 21 pessoas tiveram um AVE isquêmico, 15 um AVE hemorrágico e 12 uma outra doença, sendo este último grupo constituído por 29 mulheres e 19 homens.

Segundo Battersby et al. (2009) que publicaram o protocolo deste estudo, na fase 1 de intervenção, os participantes foram incluídos no GE_{Stanford}, grupo com um programa específico - “*Chronic Condition Self-Management Program*” (CCSMP). Este programa foi implementado por um profissional de saúde e um líder, formadores credenciados. A duração do programa foi de 2 horas e 30 minutos, uma vez por semana durante 6 semanas. Segundo Cardilhac et al. (2011) que publicaram os resultados dos estudos, o programa do GE_{Stanford} abrangia uma variedade de tópicos, como o uso adequado de medicamentos, a comunicação efetiva com familiares e amigos e a nutrição. Segundo Battersby et al. (2009), na fase 2 de intervenção, os participantes foram incluídos num programa de reabilitação tradicional e adicionalmente num programa de SSMP. O SSMP foi implementado por um educador especializado na reabilitação de pessoas com sequelas de AVE da Fundação Nacional de AVE. A duração do programa foi de 2 horas e 30 minutos, uma vez por semana durante 8 semanas. No GE_{SSMP} foram só incluídos pacientes com AVE; houve um maior tempo de contato com o paciente; a formação foi só por profissionais de saúde; foram fornecidas informações específicas sobre as consequências do AVE em cada semana, revistas posteriormente para avaliar a retenção de competências adquiridas, por parte dos pacientes incluídos neste grupo.

Para avaliar a qualidade de vida, utilizou-se a escala *Assessment of Quality of Life* (AQoL), sendo que não houve uma diferença estatisticamente significativamente entre GE_{SSMP} e

GE_{Stanford}, contudo os resultados do GE_{Stanford} foram estatisticamente superiores do que o grupo controlo. A nível emocional, no domínio “compromisso com vida positiva e ativa”, do *Health Education Impact Questionnaire* (HEIQ), verificou-se que o GE_{SSMP} não houve diferença estatisticamente significativa comparativamente ao GE_{Stanford}. Para avaliar a depressão, a ansiedade, a irritabilidade, usou-se a escala *Irritability, Depression, and Anxiety scale* (IDA). Neste parâmetro, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, mas observou-se que a ansiedade é maior no GE_{SSMP}.

O estudo de McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015) teve como objetivo de testar a viabilidade do “*Bridges Self-Management Program*” adicionalmente a uma reabilitação tradicional em pacientes com sequelas de AVE.

Durante um período de 13 meses, das 139 pessoas elegíveis, somente 25 cumpriram os critérios e foram randomizados. No GE_{Bridges SSMP} (n=11), a idade média dos participantes foi de 62 anos com 4 mulheres e 7 homens, e no GC (n=13), a idade média dos participantes foi de 67 anos com 7 mulheres e 6 homens.

Para avaliar a qualidade de vida, os autores usaram as seguintes escalas: *Stroke Specific Quality of Life* (SSQOL) e *EuroQol* (EQ-5D), para a autoeficácia a escala *Self Efficacy Scale* (SES) e *Stroke Self-Efficacy Questionnaire* (SSEQ), para a atividade funcional a escala *Nottingham Extended Activities of Daily Living* (NEADL), para a independência pessoal *Barthel Index* (BI), para a integração social e físico, a escala *Subjective Index of Physical and Social Outcome* (SIPSO) e para avaliar o humor, a escala *General Health Questionnaire-28* (GHQ-28). Neste estudo, os resultados dos parâmetros avaliados foram contraditórios no final do programa e no *follow-up*. Durante a investigação, o grupo de controlo mostrou uma maior evolução na pontuação da escala SSQOL e durante o *follow-up* o GE_{SSMP Bridges} apresentou uma diminuição dos resultados do EuroQol. No final do estudo, GE_{SSMP Bridges} mostrou uma evolução maior na SES e SSEQ, e no *follow-up* mostrou uma diminuição da pontuação de SSEQ e o GC apresentou uma melhor evolução nos resultados da SES. NO GE_{SSMP Bridges} os resultados das escalas BI e NEADL foram mais favoráveis do que o GC, enquanto que, no item humor (GHQ), os resultados foram superiores no GC.

No *follow-up*, as pontuações do NEADL e SIPSO foram melhores no GC, contudo, nesta fase, os participantes do GE_{Bridges SSMP} apresentaram menor declínio no humor do que o GC (sem significância).

O estudo de Jones et al. (2016) teve como objetivo de testar a viabilidade de um programa de autogestão integrado numa reabilitação após AVE.

Durante um período de 14 meses, das 138 pessoas elegíveis somente 78 pessoas foram randomizadas neste estudo. No GE (n=40), a idade média dos participantes foi de 62, sendo 20 mulheres e 20 homens e o tempo após AVE era de 76 dias. No GC (n=38), a idade média dos participantes foi de 69 sendo 13 mulheres e 25 homens e o tempo após AVE foi de 116 dias.

Os autores, para avaliar a atividade funcional, usaram escala NEADL, a qualidade de vida dos pacientes com AVE e afasia com a escala *Stroke and Aphasia Quality of Life* (SAQOL) a autoeficácia com a escala *The Medical Outcomes Trust's Short Form 12* (SF-12) e *Stroke Self-Efficacy Questionnaire* (SSEQ) e a ansiedade e a depressão com a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD). Comparando os grupos, verificou-se que os resultados do GE_{SSMP} e GC foram estatisticamente semelhantes com GC: GE_{SSMP}=GC, mas observou-se nos parâmetros SSEQ e NEADL, uma ligeira evolução no GE_{SSMP} comparativamente ao GC: SSEQ (SD GE_{SSMP}= 26,4 +/- 9,0 e GC: 21,5 +/-10,6) e NEADL (SD GE_{SSMP}: 35,5 +/-18,86 e GC: 32,1 +/- 19,05).

O estudo de Sit et al. (2016) teve como objetivo de examinar os efeitos de uma intervenção de capacitação na autoeficácia, no comportamento de autogestão e na recuperação funcional dos pacientes após AVE com o programa de *Health Empowerment Intervention for Stroke Self-management* (HEISS). Durante um período de 14 meses, 210 pessoas participaram neste estudo. A idade média dos participantes foi de 69 anos sendo que 49% de sexo feminino, 72% com sequelas de AVE isquêmico, 89% com hemiparésia e 63% com alterações de sensibilidade tátil sensível. Os resultados foram obtidos em 3 tempos (T): T1, uma semana após o AVE, T2, 3 meses após o AVE e T3, 6 meses após o AVE. Neste estudo, os participantes do GE_{HEISS} receberam a intervenção HEISS além de uma reabilitação tradicional com objetivos de ter conhecimentos e capacidades para melhorar a autogestão após AVE. A intervenção HEISS consistiu em duas partes: a fase 1 teve sessões com um pequeno grupo de 4 a 6 pessoas, da terceira à oitava semana, em paralelo com reabilitação tradicional. Os participantes tinham uma caderneta de acompanhamento e um plano de reabilitação individual foi elaborado na conclusão das sessões. Na fase 2, incluiu a implementação do programa em casa da nona à decima terceira semana, com chamadas telefônicas de acompanhamento cujo objetivo era encorajar e recomendar às participantes mudanças positivas devidas e fornecer habilidades de resolução de problemas para superar quaisquer barreiras percebidas que pudessem encontrar. Para avaliar a autoeficácia foi utilizado *Self-efficacy in illness management, self-management behaviors* (*cognitive symptom management, communication with physician*, para a independência *the Modified Barthel Index* (MBI) e *Chinese Lawton instrumental ADL* (IADL). No parâmetro *Self-efficacy in illness management*, verificou-se que o GE_{HEISS} teve melhores resultados

estatisticamente durante as duas primeiras fases de estudo comparativamente ao GC: $GE_{HEISS} > GC$. No parâmetro *Self-management behavior*, verificou-se que houve diferenças significativas entre os grupos e o GE_{HEISS} teve melhores resultados que avaliaram a autoeficácia comparativamente ao GC: ($p < 0,001$). No domínio *Communication with physician*, verificou-se que o GE_{HEISS} teve melhores resultados nos parâmetros nos duas primeiros tempos de estudo que avaliaram a comunicação com um terapeuta comparativamente ao GC. Então, GE_{HEISS} e GC tem uma diferença significativa nestes parâmetros ($p < 0,05$).

Para avaliar a independência pessoal, usou-se a escala MBI e a funcionalidade com a escala IADL verificou-se que o GE_{HEISS} teve melhores resultados estatisticamente somente no fim do estudo comparativamente ao GC ($p < 0,05$).

O estudo de Sabariego et al. (2013) teve como objetivo de avaliar o efeito de um programa de educação dos pacientes com sequelas de AVE. Durante um período de 6 meses, 260 participantes foram recrutados para este estudo e posteriormente randomizados. No GE ($n=110$), a idade média dos participantes foi de 55, sendo 41 mulheres e 69 homens e no GC ($n=103$), a idade média dos participantes foi de 59 anos, sendo 57 mulheres e 46 homens.

Para avaliar a autoeficácia, usou-se a escala *The Liverpool Self-Efficacy Scale* (LSSE), para avaliar a qualidade de vida utilizou-se a escala *Life satisfaction and self-perception of the impact of the stroke on life* (WHOQOL) e para avaliar a ansiedade e a depressão usou-se a HADS. Nestes parâmetros não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Neste estudo a autoeficácia dos pacientes e a participação melhoraram em ambos grupos, enquanto no que se refere a componente emocional, não houve diferenças significativas entre ambos.

IV. Discussão:

Relativamente à duração dos programas, verificamos que variou desde 6 semanas (McKenna, Jones, Glendiels e Lennon, 2015), 8 semanas (Cardilhac e al. 2011), 12 semanas (Sabariego et al. 2013) e 6 meses (Sit et al., 2016; Jones et al., 2016) o que poder ter um impacto nos resultados.

Para avaliar a autoeficácia, foi utilizado a *Self-efficacy in illness management, self-management behaviors (cognitive symptom management, communication with physician* no estudo de Sit et al. (2016). Os autores McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015) usaram as escalas *Self Efficacy Scale* (SES) e *Stroke Self-Efficacy Questionnaire* (SSEQ) e a escala *Liverpool Self-Efficacy Scale* (LSSE) foi usada no estudo de Sabariego et al. (2013).

No estudo de McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015), os autores reportaram resultados contraditórios quanto aos parâmetros avaliados no final do programa (6 semanas) e no *follow-up* (3 meses). Ou seja, no final de intervenção, o grupo de controlo mostrou uma maior evolução na pontuação das escalas SSQOL, SES e SSEQ, e no *follow-up* mostrou uma diminuição da pontuação da SSEQ, o que significa também que obteve melhores resultados do que GE nesta escala. Na investigação de Sit et al. (2016), observou-se uma melhoria da autoeficácia no início da intervenção e no fim uma estabilização dos resultados, causado, segundo os autores, pela diminuição de motivação dos educadores e dos participantes. No estudo de Sabariego et al. (2013) sobre a intervenção de uma reabilitação com uma educação após sequelas de AVE foi realizada em 2 grupos. Os resultados sobre a autoeficácia não mostraram diferenças significativas entre os 2 grupos, mas apresentaram uma evolução da autoeficácia e da participação dos participantes no GE sem relevância significativa. Contudo, o GE era constituído de participantes mais jovens e com mais homens do que o GC. Ainda assim, os autores da investigação sugerem que a longo prazo, um pequeno, mas significativo aumento na autoeficácia percebida relacionada à saúde e à funcionalidade poderia ser mostrado em comparação a uma reabilitação tradicional.

Para avaliar o humor, a ansiedade, a depressão e a irritabilidade dos participantes, foram utilizadas diferentes escalas. Para avaliar a ansiedade e a depressão usou-se a escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), nos estudos de Jones et al. (2016) e Sabariego e al. (2013). Para o parâmetro do humor, os autores McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015) usaram a escala *General Health Questionnaire-28* (GHQ-28). Para o mesmo parâmetro, no estudo de Cardilhac et al. (2011), utilizou-se o domínio “compromisso com vida positiva e ativa” do *Health Education Impact Questionnaire* (HEIQ) e para avaliar a ansiedade, a depressão e a irritabilidade, utilizou-se a escala *Irritability, Depression, and Anxiety scale* (IDA). De acordo com os autores Jones e al. (2016) e Cardilhac et al. (2011), não houve diferenças estaticamente significativas no item depressão entre os grupos. No estudo de Cardilhac e al. (2011), a ansiedade foi maior no GE_{SSMP}. Nas investigações de Jones e al. (2016) e Sabariego e al. (2013) não existiram diferenças estaticamente significativas entre o GE e GC no item ansiedade e depressão, mas observou-se uma evolução nos GE. Somente no estudo de McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015), os resultados mostram uma diminuição significativa no parâmetro humor em ambos grupos, mas esta foi menor no GE_{Bridges SSMP}.

Relativamente à atividade funcional, os autores McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015) e Jones et al. (2016) usaram a escala *Nottingham Extended Activities of Daily Living* (NEADL) enquanto no estudo de Sit et al. (2016) os autores utilizaram a escala *Chinese Lawton*

instrumental ADL (IADL). A partir dos resultados, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos sendo que o GE tivera uma melhor evolução nos estudos McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015) e Sit et al. (2016). Contudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no estudo de Jones et al. (2016).

Para avaliar a qualidade de vida, utilizou-se o *Stroke Specific Quality of Life* (SSQOL) e *EuroQol* (EQ-5D) no estudo de McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015). As escalas *Stroke and Aphasia Quality of Life* (SAQOL) e *The Medical Outcomes Trust's Short Form 12* (SF-12) foram usadas no estudo de Jones et al. (2016). Na investigação de Cardilhac et al. (2011), utilizou-se *Assessment of Quality of Life* (AQoL), enquanto que a escala *Life satisfaction and self-perception of the impact of the stroke on life* (WHOQOL) foi escolhida no estudo de Sabariego et al. (2013). Neste último estudo, observou-se uma evolução significativa na qualidade de vida entre os grupos. Os outros autores não mostram diferenças estaticamente significativas durante a intervenção, mas mostram uma evolução melhor no GE. No estudo de McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015), o grupo de controlo apresenta melhores resultados neste parâmetro (sem significação estatística).

Para avaliar a independência, no estudo de McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015) usou-se a escala *Barthel Index* (BI) e no estudo de Sit et al. (2016) utilizou-se as escalas *Modified Barthel Index* (MBI) e *Chinese Lawton instrumental ADL* (IADL). Somente no estudo de Sit et al. (2016), houve diferenças estatisticamente significativas durante a intervenção entre os grupos neste item.

Para avaliar a integração social e física, usou-se *Subjective Index of Physical and Social Outocome* (SIPSO). Este parâmetro foi avaliado somente no estudo de McKenna, Jones, Glendiels e Lennon (2015), e os resultados mostram que o GC houve melhores resultados no *follow-up* comparativamente ao GE_{SSMP} Bridges.

V. Conclusão:

Dos cinco artigos, quatro abordam uma intervenção sobre um programa de ensino de autogestão (*Self-Management Program*), e um aborda uma intervenção de educação especial após sequelas de AVE. Foram avaliados parâmetros como a autoeficácia, a qualidade de vida, a independência, o humor, a ansiedade, a depressão, a irritabilidade, a integração social e físico e a atividade funcional. Na maioria dos estudos verificou-se uma melhoria dos participantes do grupo experimental do programa de *Self-Management*, o que poderá significar que um programa de ensino de autogestão poderá ser benéfico em pacientes com sequelas de AVE,

contudo é necessário efetuar mais estudos randomizados, com amostras maiores e com períodos de *follow-up* de modo a verificar a sua eficácia.

VI. Referências:

- Adams, H. P. Jr., Bendixen, B. H., Kappelle, L. J., Biller J., Love, B. B., Gordon, D. L., Marsh, E. E. 3rd. Classification of subtype of acute ischemic stroke: definitions for use in a multicenter clinical trial: TOAST: Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*. 1993(24), 35-41.
- Albers, G. W., Caplan, L. R., Easton, J. D., Fayad, P. B., Mohr, J. P., Saver, J. L., e Sherman, D. G. (2002). Transient ischemic attack--proposal for a new definition. *The new england journal of medicine*. 347(21), 1713-1716.
- Battersby, M., Hoffmann, S., Cadilhac, D., Osborne, R., Lalor, E., e Lindley, R. (2009). 'Getting your life back on track after stroke': a Phase II multi-centered, single-blind, randomized, controlled trial of the Stroke Self-Management Program vs. the Stanford Chronic Condition Self-Management Program or standard care in stroke survivors. *International journal of stroke*, 4(2), 137-144.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., e Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Jama*, 288(19), 2469-2475.
- Brosseau, L., Philippe, P., Potvin, L., e Boulanger, Y. L. (1996). Post-stroke inpatient rehabilitation: I. predicting length of stay¹. *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 75(6), 422-430.
- Cadilhac, D. A., Hoffmann, S., Kilkenny, M., Lindley, R., Lalor, E., Osborne, R. H., e Batterbsy, M. (2011). A phase II multicentered, single-blind, randomized, controlled trial of the stroke self-management program. *Stroke*, 42(6), 1673-1679.
- Holroyd, K. A., e Creer, T. L. (1988). *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research. Academic Pr.* Vol 11, Issus 2, 163-164.
- Johnston, S. C., Gress, D. R., Browner, W. S., e Sidney, S. (2000). Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. *Jama*, 284(22), 2901-2906.
- Jones, F., Gage, H., Drummond, A., Bhalla, A., Grant, R., Lennon, S., e Liston, M. (2016). Feasibility study of an integrated stroke self-management programme: a cluster-randomised controlled trial. *BMJ open*, 6(1).
- Jones, F., e Riazi, A. (2011). Self-efficacy and self-management after stroke: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 33(10), 797-810.

- Lorig, K. R., e Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 26(1), 1-7.
- McKenna, S., Jones, F., Glenfield, P., e Lennon, S. (2015). Bridges self-management program for people with stroke in the community: A feasibility randomized controlled trial. *International Journal of Stroke*, 10(5), 697-704.
- O portal do Psicólogo (2008). O acidente vascular cerebral—classificação, principais consequências e reabilitação. [em linha]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf> [Acedido em 2 de Maio 2013].
- Rothwell, P. M., e Warlow, C. P. (2005). Timing of TIAs preceding stroke Time window for prevention is very short. *Neurology*, 64(5), 817-820.
- Sá, M. J. et al. (2014). *Neurologia clínica: compreender as doenças neurológicas*. 2nd ed. Universidade Fernando Pessoa.
- Sabariego, C., Barrera, A. E., Neubert, S., Stier-Jarmer, M., Bostan, C., e Cieza, A. (2013). Evaluation of an ICF-based patient education programme for stroke patients: A randomized, single-blinded, controlled, multicentre trial of the effects on self-efficacy, life satisfaction and functioning. *British journal of health psychology*, 18(4), 707-728.
- Sit, J. W., Chair, S. Y., Choi, K. C., Chan, C. W., Lee, D. T., Chan, A. W., e Taylor-Piliae, R. E. (2016). Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke? A randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging*, 11(2), 1441-1450
- Warsi, A., Wang, P. S., LaValley, M. P., Avorn, J., e Solomon, D. H. (2004). Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine*, 164(15), 1641-1649.