

## ENFERMAGEM E CIÊNCIAS PARAMÉDICAS

### ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA NA DEFICIÊNCIA MOTORA

*Lisete de Sousa Lourenço Fradique Ribeiro*

Escola de Reabilitação do Centro de Medicina de Reabilitação. Alcoitão. Portugal

#### RESUMO

Após definir o que são Actividades da Vida Diária, salienta-se a sua importância no programa de reabilitação do deficiente motor, o tipo de deficiências abrangidas, e a responsabilidade do enfermeiro de reabilitação neste campo. Chama-se a atenção para a necessidade do início precoce das Actividades da Vida Diária e do papel do enfermeiro de reabilitação no Hospital Geral, assim como da sensibilização das equipas de saúde para este campo.

Quando se fala em Reabilitação, é frequente associar este termo ao tratamento e restauro de uma qualquer deficiência — transitória ou permanente — do foro físico ou psíquico.

Esta exposição limitar-se-á ao âmbito da deficiência física e, dentro desse, a motora. Esta poderá decorrer de uma doença — congénita ou adquirida — ou acidente, de que resultou uma diminuição física definitiva.

Lembra-se que o programa de reabilitação do deficiente motor tem necessariamente de ser realizado por uma equipa multidisciplinar, actuando cada um dos elementos na área da sua competência com técnicas específicas, de maneira interligada, com vista ao objectivo final — a reabilitação do indivíduo.

É um dos aspectos deste programa global que se irá tratar: *As actividades da Vida Diária*,<sup>1 4</sup> designadas a partir de agora pela sigla AVD.

#### O QUE SÃO AVD

Todas as pessoas sabem o que são AVD, no entanto, poucas terão algum dia reflectido sobre isso. E porquê?

A aprendizagem que cada indivíduo realizou ao longo da sua vida levou-o a uma interiorização e conseqüente automatismo ao executar as *pequenas tarefas de todos os dias*. Assim, voltar-se na cama, levantar-se, fazer a higiene pessoal, vestir-se, etc. realizam-se praticamente sem dispêndio de energia (física e psíquica) de maneira automática. O termo AVD é assim utilizado quando se refere às actividades atrás enumeradas ou quando diz respeito ao respectivo treino.

Quando surge uma deficiência motora tudo se altera. Por exemplo, o indivíduo, que antes saltava da cama e se dirigia à casa de banho, não o pode fazer da mesma maneira. Necessita então de aprender uma nova forma para realizar a mesma tarefa. Cabe às AVD, como espaço próprio no programa de reabilitação do deficiente motor, ajudá-lo nesse aspecto.

Actua, para isso, através da informação e treino das diferentes actividades, desenvolvendo a destreza que lhe permita alcançar uma independência tão completa quanto possível, e aproveitando até ao máximo as suas capacidades remanescentes.

Assim, utiliza técnicas próprias já largamente experimentadas e alguns dispositivos de compensação ou ajudas mecânicas.

O momento em que cada deficiente inicia o programa de AVD é determinado pela sua situação clínica, segundo prescrição médica, sendo recomendável que o faça o mais precocemente possível.

O treino precedido de um teste de avaliação funcional, divide-se normalmente em grandes grupos a saber:

- Actividades na cama
- Actividades em cadeira de rodas
- Higiene pessoal
- Vestuário
- Alimentação

### A QUEM SE DESTINAM AS AVD

Todas as situações em que haja dificuldades em realizar as AVD são passíveis da respectiva avaliação e treino, podendo destacar-se, pelo número de utentes que carecem de AVD, os seguintes grupos de deficiências:

1. Tetraplegias
2. Paraplegias
3. Hemiplegias
4. Amputações
5. Artrites

Para qualquer dos grupos de deficiências, existem técnicas próprias, sempre evidentemente sujeitas à adaptação individual, de acordo com as necessidades de cada deficiente. Muitas delas poderão ser utilizadas em mais do que uma deficiência e muitas das deficiências não mencionadas poderão usufruir de técnicas basicamente destinadas a estes grupos.

Os critérios que presidem à selecção da técnica e da atitude a assumir para cada situação, baseiam-se essencialmente no diagnóstico, grau de deficiência ou incapacidade, prognóstico, existência ou não de contra-indicações específicas, idade, capacidade de aprendizagem, condições sócio-económicas, nomeadamente habitação, etc.

Este conjunto de dados é fundamental e deverá ser fornecido pelos diferentes elementos da equipa, pelo doente e pela família, cujo papel pode ser determinante. De nada servirá treinar um indivíduo até ao máximo das suas potencialidades em cadeira de rodas, se a família o for substituir sistematicamente, não o deixando *fazer* porque é mais demorado. Do mesmo modo, será inútil ensinar um hemiplégico a utilizar uma banheira, se a sua habitação não tem casa de banho.

Utilizam-se dispositivos de compensação, quando o deficiente não pode, só por si, realizar determinada actividade. Neste caso a ajuda é fornecida pelo dispositivo, eliminando a dependência de técnico ou familiar, de tal modo que ele possa bastar-se a si próprio.

O grau de independência atingido por cada deficiente é, no entanto, variável e decorrente da sua situação quando inicia o treino e da sua resposta ao programa de reabilitação a que for sujeito. Deste modo, os resultados obtidos poderão classificar-se da seguinte maneira \* (Quadro I):

---

\* Nomenclatura utilizada no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

*Funcional em cadeira de rodas* — recuperação com locomoção em transporte rodado.

*Funcional em ambulatório* — recuperação com locomoção dependente de suporte.

*Funcional independente* — recuperação total.

*Sem potencial* — quando a recuperação não é possível.

Compete à equipa através da sua avaliação periódica nas diferentes áreas, fornecer e receber do técnico responsável pelas AVD, os dados que conduzem ao melhor encaaminhamento do deficiente neste domínio.

Quadro 1

*Actividade desenvolvida pelo Departamento de AVD do Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão (ano de 1978)*

	Funcional em Cad. Rodas	Funcional Ambulatório	Funcional Independente	Sem Potencial	Totais
PARAPLEGIAS e TETRAPLEGIAS	51	4	0	10	65
HEMIPLEGIAS por ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	86	119	1	45	251
OUTRAS INCAPACIDADES	37	34	0	9	80
<b>TOTAL</b>					<b>396</b>

## O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NO TREINO DE AVD

O treino de AVD poderá processar-se em condições diversas dependendo da instituição — Hospital Geral ou da Especialidade — e dos respectivos recursos — Enfermaria ou Departamento — e ainda no domicílio do doente.

Em cada uma das hipóteses compete ao enfermeiro de reabilitação, após prescrição médica, fazer a avaliação do deficiente em AVD e, de acordo com esta, instituir o respectivo programa.

### *AVD no Hospital Geral*

No Hospital Geral é normalmente a enfermaria o campo de acção de que dispõe o enfermeiro de reabilitação para pôr em prática o programa de AVD destinado a cada um dos doentes que tenham essa indicação.

Deste modo, todos os momentos poderão ser aproveitados para o treino, que se deverá processar de uma forma integrada e em resposta às necessidades do indivíduo.

Por exemplo, quando faz a sua higiene, deve fazê-la numa perspectiva de independência, eliminando até ao máximo possível a sua substituição.

O mesmo se aplica a todas as actividades: virar-se na cama, sentar-se, transferir-se para uma cadeira, vestir-se, alimentar-se, etc. Isto significa que o *plano de cuidados de enfermagem* dum deficiente motor no hospital geral, após passada a *fase crítica*, deve necessariamente conter o seu programa de treino em AVD, se esse plano de cuidados for executado por um enfermeiro de reabilitação.

Não é compreensível, por exemplo, que um paraplégico saia dum Hospital Geral, para um Centro Especializado, em cadeira de rodas, para completar a sua reabilitação e não saiba virar-se na cama, transferir-se e utilizar essa cadeira de rodas.

É um facto que muitas enfermarias destes hospitais, não têm muito espaço, que as camas não são funcionais, que não possuem cadeira de rodas. No entanto, muito pode fazer-se apesar disso se a equipa de saúde compreender a importância das AVD no processo de reabilitação, como veículo de independência e consequente sentimento de auto-confiança e motivação do deficiente. O Hospital Geral que tenha um departamento de AVD não dispensa, da parte do enfermeiro de reabilitação, os mesmos cuidados na enfermaria, que será o local para intensificar o treino e consolidar a aprendizagem.

O diálogo entre enfermaria e departamento torna-se assim indispensável a uma boa coordenação do programa a realizar.

Uma outra área de actuação ligada ao Hospital Geral é o domicílio do doente, dado que muitos deles transitam directamente para a comunidade familiar. Recorde-se o elevado número de hemiplégicos existente em Portugal.

Aí, o ensino do doente e família, a observação das condições habitacionais e respectivas adaptações, se necessárias, impõem-se como fundamentais para o processo de reabilitação. Este será um meio de fornecer uma substancial melhoria de qualidade de vida do deficiente e família, pela redução da dependência que se estabeleceria se essas acções não fossem desenvolvidas.

### *No Centro ou Serviço de Reabilitação*

A situação no Centro ou Serviço da Especialidade poderá ser considerada em conjunto se se partir do princípio que a sua diferença fundamental, em relação ao Hospital Geral, reside na existência de recursos mais vastos, quer humanos, quer técnicos e de instalações. Assim, o deficiente, sujeito a um programa de reabilitação num Centro da Especialidade beneficia, de acordo com a sua situação, da acção de uma equipa completa e transita por vários departamentos, nomeadamente pelo de AVD.

Tal como já atrás foi dito, a comunicação entre enfermaria e o departamento de AVD é importante, estendendo-se nesta situação a outros departamentos.

A enfermaria continua a ser um campo de acção de treino de AVD, mas é no departamento que este se intensifica. Aí o deficiente dispõe de condições ideais, como sejam: uma orientação individual que permita uma maior concentração. O enfermeiro de reabilitação está inteiramente disponível e pode atender a todos os pormenores respeitando o seu ritmo, traduzindo-se num maior rendimento. Nas avaliações periódicas do doente, normalmente designadas por reavaliações, feitas nos diferentes departamentos e, portanto também no de AVD, devem estar presentes todos os elementos da equipa, de modo a poder fornecer e receber toda a informação útil à orientação a seguir para cada caso.

O contacto com o domicílio do doente deve ser estabelecido o mais cedo possível, através da família e da assistente social, para que o treino se desenvolva de forma

adequada e as possíveis alterações necessárias, sejam planeadas de modo a resolver os problemas até à saída do Centro.

O departamento funciona muitas vezes, não só como local de treino, mas também de modelo para possíveis adaptações a realizar. Em muitas situações, a família pode ser chamada a assistir, ou mesmo a colaborar no tratamento, como forma de aprendizagem que permita uma continuidade em caso de necessidade.

## CONCLUSÕES

Enunciando os princípios das AVD, pretendeu-se, apenas, chamar a atenção para um aspecto tão simples, quanto fundamental, que muitas vezes é ignorado pela equipa de saúde e esquecido pelos próprios enfermeiros de reabilitação.

Quando se trabalha com deficientes motores, não basta mobilizar para manter a amplitude articular, mudar de posição para prevenir úlceras, etc. Estes actos só em parte beneficiarão o doente, pois que, vestir, mudar de posição, transferir para a cadeira, substituindo o deficiente, é estabelecer uma relação de dependência que, em si mesma, constitui a antítese da própria reabilitação.

### *Agradecimentos:*

Agradecemos a colaboração da Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Maria Eduarda Torres Carmona do Departamento AVD do Centro de Medicina de Reabilitação.

## SUMMARY

### *ADL IN THE REHABILITATION OF PHYSICALLY DISABLED*

Having defined *Activities of Daily Living* the importance of the programme in the Rehabilitation of the physically disabled, the type of disabilities treated and the responsibility of the rehabilitation nurse in this field, attention is focused on the necessity for an early start in the initiation of ADL, the role of the rehabilitation nurse in the General Hospital and the need to alert the health team as to the importance of these activities.

## BIBLIOGRAFIA

1. BUCHWALD MA: *Physical Rehabilitation for Daily Living*. New York: Mc Graw-Hill Book Company Inc, 1952.
2. CARMONA MET: Apontamentos de Actividades da Vida Diária fornecidos aos alunos do Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação no ano lectivo de 1965/66.
3. KLINGER JL, LOWMAN E: *Aids to Independent Living-self help for the Handicapped*. 1969.
4. LAWTON E, BUCHWALD MA: *Rehabilitation Monograph ADL Activities of Daily Living: Testing, training and Equipement*. New York University — Bellevue Medical Center. 1956.

Pedidos de separatas: *Lisete Fradique Ribeiro*

*Rua da Quinta das Palmeiras, N.º 100 — 1.º Esq.  
2780 Oeiras*