Especialização em
SAÚDE DA
FAMÍLIA

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Caso complexo
José Clemente

Fundamentação teórica
Envelhecimento

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

ENVELHECIMENTO

Edna Kazuko Sasajima

O acidente vascular cerebral (AVC) é definido como um déficit neurológico súbito causado por uma lesão vascular. Essas lesões estão associadas à oclusão dos vasos por ateroma na artéria ou êmbolos secundários, impedindo a oferta de oxigênio e glicose no cérebro. Com isso, há, portanto, um prejuízo no metabolismo celular e, como consequência, a lesão e a morte dos tecidos (SBH, 2010).

Uma das sequelas mais importantes decorrentes do AVC é a incapacidade funcional, caracterizada como uma hemiparesia ou hemiplegia, associada ao déficit da função cognitiva. Este último é considerado fator negativo para a sua recuperação a longo prazo e para a sobrevivência dessas pessoas (ALVES, 2007).

Os fatores de riscos para a doença estão relacionados a hipertensão arterial sistêmica, doença cardíaca, sedentarismo, etilismo, tabagismo e diabetes (ALVES, 2007).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é caracterizada pela pressão arterial (PA) elevada e sustentada, sendo de difícil controle. É uma doença crônica que necessita de certos cuidados permanentes e que requer mudanças no estilo de vida e no comportamento diário (MARQUES et al., 2002).

Os indivíduos hipertensos são seis a sete vezes mais suscetíveis a desenvolver um AVC, quando comparados com a população sadia. O risco de AVC aumenta com o aumento da PA sistólica e da PA diastólica. Para cada aumento superior a 5 mmHg da PA diastólica, o risco de AVC eleva 33%. A literatura também mostra que homens de raça negra na faixa etária de 60 a 74 têm maior taxa de ocorrência em ter AVC (SBH, 2010).

O tratamento anti-hipertensivo está associado a uma redução de 35% a 44% na incidência de acidente vascular cerebral (SBH, 2010).

As medidas preventivas estão relacionadas a mudanças no estilo de vida. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos (COSTA; DUARTE, 2002; BLANES, 2004).

Alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo são ótimos aliados no combate à hipertensão arterial (ALVES, 2007).

Fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional participam do desencadeamento e manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos. Meditação, musicoterapia, biofeedback, yoga, entre outras técnicas de controle do estresse, têm sido utilizados para reduzir a PA de hipertensos (MARQUES et al., 2002; COSTA; DUARTE, 2002).

Em relação à terapia medicamentosa, é necessário um melhor controle de PA, que poderá ser realizado na residência, verificando com isso a necessidade ou não de alteração medicamentosa.

A relação entre os aumentos de peso e da pressão arterial é quase linear, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas. Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m e a circunferência abdominal menor que 102 cm para os homens e menor que 88 para as mulheres (SBH, 2010). O Sr. Clemente possui uma circunferência abdominal de 118 cm, encontrando-se acima da medida recomendada para os homens, embora haja um relato de encontrar-se emagrecido. Não foi possível a aferição do peso, devido à dificuldade em permanecer em pé, por isso não foi verificado o IMC. Acredita-se que o Sr. Clemente, antes do AVC, era obeso e vem apresentando perda de peso acentuado.

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável. A perda do peso corporal também está associada a reduções na PA em pessoas com sobrepeso, mas o alcance das metas deve ser perseguido. A utilização de dietas radicais, como as ricas em carboidratos ou em gorduras, deve ser desencorajada, pois não são sustentáveis a longo prazo e resultam invariavelmente em abandono de tratamento. O acompanhamento dos indivíduos após o emagrecimento deve ser estimulado com o objetivo de evitar o reganho de peso (SBH, 2010).

Um fator muito relevante também está relacionado à qualidade nutricional para a cicatrização da úlcera por pressão, já que foi mencionado que o Sr. Clemente encontra-se descorado ++/++++, podendo indicar uma anemia.

Estudos apontam a desnutrição como fator de risco para o desenvolvimento de úlceras de decúbito e também no retardo da cicatrização de lesões já existentes. A cicatrização é um processo complexo dividido em três fases e influenciado por vários motivos, entre eles o estado nutricional (BLANES, 2004).

De acordo com Waitzberg (2000), a resposta fibroblástica às feridas é prejudicada pela depleção de proteínas e energia, promovendo uma cicatrização mais lenta. As células são basicamente compostas de proteínas e estas, compostas de aminoácidos, que por sua vez são essenciais à neovascularização, síntese de colágeno, proliferação fibroblástica e produção de linfócitos. Nesse caso, quando ocorre a depleção proteica, ocorre também a inibição da proliferação fibroblástica, prolongando a fase inflamatória, reduzindo a síntese de colágeno e a força tênsil da ferida e, consequentemente, aumentando a taxa de infecção (MAZZOLA, 2007).

Caso haja uma infecção, pode ocorrer uma piora da úlcera, podendo levar a uma sepse, sendo necessária internação hospitalar para tratamento.

O sedentarismo também é um fator de risco para o AVC, apesar de o Sr. Clemente permanecer sem atividade após a doença. A atividade física regular tem influência direta sobre a saúde geral, assim como no aspecto de se sentir saudável. Pode-se afirmar também que as atividades físicas aeróbias regulares podem interferir beneficamente no tempo de reação, no controle da taxa de colesterol, na hipertensão arterial, além de outros benefícios (SOUSA, 2008).

Pesquisas estão sendo desenvolvidas a fim de reduzir a mortalidade e a morbidade da doença, estando relacionadas em sua maioria ao perfil epidemiológico, bem como o tratamento das suas complicações, avaliação e prevenção (SBH, 2010).

Existem poucas publicações relevantes sobre informações clínicas atuais dos pacientes pós-AVC. Esses dados são importantes, pois poderíamos melhorar o controle dos fatores agravantes da doença, juntamente com medidas de prevenção para evitar a recorrência de novos episódios. "Caracterizar os determinantes de recorrência e mortalidade após evento isquêmico passou a ser base das estratégias de prevenção secundária, pois a recorrência de AVC ainda é a maior ameaça para qualquer sobrevivente" (SBH, 2010; MAZZOLA, 2007).

Verifica-se que o Sr. Clemente encontra-se nervoso, queixando-se de não poder fazer as atividades de antes (trabalho para sustentar a casa e atividades na igreja).

Dependendo da gravidade das sequelas apresentadas, esses indivíduos têm comprometido seu nível de independência funcional nas atividades cotidianas, tais como alimentar-se, tomar banho, usar o toalete, vestir-se, deambular, deitar-se e levantar-se, necessitando de auxílio de outra pessoa para a realização das atividades de vida diária (AVDs). Além disso, pode comprometer a possibilidade de administrar a vida pessoal e familiar. Assim, pode-se afirmar que o AVC é uma doença crônica que causa incapacidade, deficiências e desvantagens (COSTA; DUARTE, 2002; SOUSA, 2008).

Uma das sequelas mais importantes decorrentes do AVC é a incapacidade funcional, caracterizada como uma hemiparesia ou hemiplegia, associada ao déficit da função cognitiva. Este último é considerado fator negativo para a sua recuperação a longo prazo e na sobrevivência dessas pessoas (ALVES, 2007).

A reabilitação associada à recuperação espontânea com estímulos terapêuticos e ambiente sociofamiliar facilita a capacidade de reorganização cerebral aos indivíduos que tiveram o AVC e que estão potencialmente incapacitados, apresentando comprometimento motor de um hemicorpo (BOCCHI, 2004).

Essa nova situação pode ser responsável por gerar uma tensão intrafamiliar. A necessidade de uma nova redefinição de papéis entre os membros da família, a "escolha" de alguém para assumir a responsabilidade dos cuidados e, muitas vezes, a adequação do ambiente visando atender às demandas do familiar doente que retorna ao lar podem causar um impacto econômico e social que altera a estrutura familiar. (COSTA; DUARTE, 2002; PERLINI; FARO, 2005; MAZZOLA, 2007).

Programas de reabilitação melhoram a capacidade funcional, favorecendo o retorno ao convívio social em 80% dos casos.

Estudos revelam que a família é a fonte mais comum de apoio e cuidados, tanto para o suporte formal como para as tarefas mais específicas de ajuda (PERLINI; FARO, 2005).

A realização de exercícios físicos ativos e passivos ou dos estímulos para que o paciente os realizem foi mencionada pelos cuidadores, sendo que os fazem "quando têm tempo" ou "quando lembram". Essas afirmativas podem gerar várias interpretações, e uma delas é a falta de tempo por parte do cuidador. Considerando que muitos deles, além de cuidarem do seu familiar, trabalham fora e/ou tem filhos e/ou cuidam da casa, ou seja, têm outras atividades no seu cotidiano, a não realização dos exercícios pode ser influenciada verdadeiramente pela falta de tempo (COSTA; DUARTE, 2002; PERLINI; FARO, 2005). Diante de uma atividade diária de trabalho exaustiva, priorizar o que fazer não é uma tarefa simples, fato esse mencionado pela esposa/cuidadora do Sr. Clemente.

É muito importante orientar o cuidador e paciente sobre a importância da realização das atividades/exercícios, mesmo que exija o esforço físico por parte de quem as realiza, pois em alguns casos de disfunção motora, os exercícios não são apenas uma forma de restaurar a mobilidade e aliviar a dor nos casos de síndrome ombro-mão, mas principalmente, de evitar agravos maiores, tais como: atrofia muscular, espasticidade, disartrias e lesões de pele por permanecer muito tempo sentado ou deitado (MAZZOLA, 2007).

Muitas vezes, os cuidadores enfrentam situações de crises, como estresse, tensão, constrangimento, diminuição do convívio familiar, fadiga e depressão. Essa sobrecarga poderá levar ao surgimento de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, afetando o bem-estar do cuidador e do doente (COSTA; DUARTE, 2002; SOUSA, 2008; PERLINI; FARO, 2005).

Os profissionais de saúde devem ter atenção especial na promoção ao bem-estar e qualidade de vida dos cuidadores, com a finalidade de prevenir essas crises.

Os grandes problemas de saúde do cuidador estão relacionados à tensão emocional e aos esforços físicos permanentes. Esses esforços físicos muitas vezes são exigidos no processo do cuidado e, aliados à idade do cuidador, assim como outras responsabilidades, podem culminar na sua deterioração física. (COSTA; DUARTE, 2002; PERLINI; FARO, 2005; MAZZOLA, 2007).

O despreparo do cuidador pode trazer prejuízo ao paciente, resultando em frequentes internações hospitalares (SOUSA, 2008).

A falta de preparo para o cuidado pode gerar ansiedade e mais desgaste físico. A orientação para o cuidador sobre a saúde, o processo da doença, as estratégias utilizadas no cuidar, a compreensão dos seus sentimentos em relação ao doente e o conhecimento a respeito de si mesmo traz grandes benefícios à recuperação do paciente e proporciona maior tranquilidade e apoio aos familiares (MAZZOLA, 2007).

Referências

ALVES, L. C. et al. A **influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo**, Brasil. Cad de Saúde Pública, v. 23, n. 8, aug. 2007.

BLANES, L. T**ratamento de feridas**. In: BAPTISTA-SILVA, J. C. C. (Ed.). Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.bapbaptista.com>. Acesso em: 06 mai. 2011.

BOCCHI, S. C. M. **Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento**. Rev. Latino-am Enferm., v. 12, n. 1, p 115-121, jan.-fev. 2004.

COSTA, A. M.; DUARTE, E. **Atividade física e a relação com a qualidade de vida de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI)**. Rev. Bras. Cienc. e Mov, Brasília, v. 10, n. 1, p. 47-54, jan. 2002.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. **O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar**. Rev. Latino-am Enfermagem, v. 14, n. 3, maio-jun. 2006.

MAZZOLA, D. et al. **Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo**. Rev. Brasil. em Promoção da saúde – Univ. de Fortaleza, v. 20, n. 11, p. 22-27, 2007.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar**. Rev. Esc. Enferm. Usp., v. 39, n. 2, p. 154-163, 2005.

SOCIEDADE Brasileira de Hipertensão. **Diretrizes Brasileira de Hipertensão VI**. Revista Hipertensão, v. 13, n.1, p. 1-66, jan.-fev.-mar. 2010.

SOUSA, A. G. et al. **Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com sequelas neurológicas**. ConScientae Saúde, v. 7, n. 4, p. 497-502, 2008.

Waitzberg, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**, 3º ed . São Paulo: Atheneu, 2000.