

Avaliação clínica evolutiva de pacientes pós - primeiro Acidente Vascular Encefálico e seus cuidadores

Clinical evolution assessment of patients after first stroke and their caregivers

Rosemeire A.M. Cordova¹; Claudia B. Cesarino²; Waldir A. Tognola³

¹Professora Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional*; ²Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Especializada*; ³Professor Doutor, Departamento de Ciências Neurológicas*

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP - SP

Resumo Atualmente, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais causas de morte e incapacidade, com graves conseqüências para o paciente, seus cuidadores e sociedade. Objetivos: Avaliar a independência funcional, evolução clínica e a caracterização dos pacientes que sofreram o primeiro episódio de Acidente Vascular Encefálico, e traçar o perfil dos cuidadores destes pacientes. Método: Pesquisa descritiva, realizada nas instituições hospitalares e domicílios na cidade São José do Rio Preto, utilizando como instrumento de seleção a escala de Barthel com índice \leq a 40 e entrevista semi estruturada aplicada aos cuidadores. Resultados: Dos 22 pacientes, 54,55% eram do sexo masculino e, entre os cuidadores, 81,82% eram do sexo feminino. Quanto a independência funcional, 86,4% dos pacientes eram totalmente dependentes de seus cuidadores (Índice de Barthel entre 0 e 20). As complicações clínicas mais freqüentes foram: 26,46% pneumonia, 26,46% úlcera de pressão e 23,53% infecção do trato urinário. Quanto ao índice de sobrevivência, 45,45% dos pacientes foram a óbito nos 60 dias pós-Acidente Vascular Encefálico. Conclusão: Os resultados demonstraram que a maioria dos pacientes que sofreram o primeiro episódio de ave eram do sexo masculino, dependentes dos seus cuidadores (sexo feminino). Apresentaram complicações clínicas e 45,45% morreram após 60 dias, depois do primeiro AVE.

Palavras-chave Avaliação em Saúde; Acidente Cerebrovascular; Cuidadores.

Abstract Currently, stroke is considered one of the main causes of death and impairments with serious consequences for the patient, their caregivers and society. Objectives: To assess the functional independence, clinical evolution and characteristics of patients who had suffered the first stroke, and to outline their caregivers' profile. Method: Descriptive research performed at hospital settings and at the patient's home in the city of São José do Rio Preto, using as selection instrument Barthel's scale \leq 40, and a semi-structure interview applied to the caregivers. Results: Out of the 22 patients, 54.55% were male, and among the caregivers, 81.82% were female. According to the functional independence, 86.4% were completely dependent of their caregivers (Barthel's scale between 0 and 20) The most frequent clinical complications were: 26.46% pneumonia; 26.46% pressure ulcer; and 23.53% urinary tract infection. According to the survival rate, 45.45% of the patients died in the following 60 days after the stroke. Conclusion: The results showed that most of patients after the first stroke were males, dependent of their caregivers (female sex). They presented clinical complications, and 45.45% died in the following 60 days after the first stroke.

Keywords Health Evaluation; Cerebrovascular Accident; Caregivers.

Introdução

As doenças cerebrovasculares (DCV) são a terceira causa de morte no mundo visto que cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem um Acidente Vascular Encefálico (AVE), após seis meses, estarão mortos. Quanto aos sobreviventes, a maioria exibirá deficiências neurológicas e residuais significativas, o

que faz do AVE a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental. No entanto, é possível reduzir a incidência do AVE, prevenindo-se contra seus fatores de risco, o que, aliás, pode ser um meio eficiente em economizar recursos utilizados no tratamento dos doentes ¹

Complicações clínicas após um AVE ocorrem com grande frequência e podem interromper o processo de reabilitação, comprometer a melhora funcional ou resultar em maior morbidade ou óbito.

A problemática da carência nas redes de serviços de saúde e que muitas vezes, a tarefa de amparar os pacientes é exclusivamente responsabilidade dos cuidadores².

O cuidado significa o ato ou tarefa de zelar pelo bem estar de alguém, prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse ato³.

Consoante ao documento oficial do Ministério da Saúde de 1999, cuidador é uma pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como: alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina e acompanhamento aos serviços de saúde⁴.

É possível distinguir três tipos de cuidadores: o cuidador institucional, que é o solicitado pela instituição em que o idoso se encontra internado, mas é contratado pela família; o cuidador domiciliar, contratado também pela família, é sugerido pelo médico que acompanha o paciente, ou pela dificuldade da mesma em atender às necessidades dele; o cuidador familiar, que são os cônjuges, filhos ou qualquer membro da família que, voluntariamente ou não, assume a tarefa de cuidar do paciente. Cada um desses tipos de cuidadores apresenta dificuldades implícitas em suas tarefas³.

Vale ratificar, que apesar da literatura restringir-se a autores internacionais, em relação ao cuidador familiar de pacientes acometidos por AVE, os estudos têm revelado, sobretudo, os problemas decorrentes do papel que exercem os cuidadores como: angústia, aflição e tristeza⁵. Assim dados de pesquisa e da prática clínica têm indicado que a família possui uma influência considerável no tratamento e reabilitação dos pacientes com AVE⁶.

Dentro destas considerações propusemos:

- caracterizar demograficamente os pacientes com primeiro episódio de AVE em São José do Rio Preto no ano de 2005;
- avaliar os níveis de independência e a evolução clínica dos pacientes que sofreram o primeiro episódio de AVE;
- Traçar o perfil dos cuidadores destes pacientes que sofreram o primeiro episódio de AVE.

Método

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa em que foram coletados dados de 22 pacientes pós primeiro AVE (Trombótico, embólico ou hemorrágico) e seus respectivos cuidadores.

Constituíram-se como critérios de inclusão da amostra: pacientes pós primeiro AVE no ano de 2005, residentes em São José do Rio Preto/SP, com índice de Barthel \leq a 40, maiores de 18 anos de idade e que seus cuidadores concordaram em participar formalmente da pesquisa, assinando o consentimento informado. Considerou-se como cuidador, a pessoa membro da família ou não e que assumiu a responsabilidade de zelar pelo bem estar do paciente.

A pesquisa foi realizada em dois ambientes distintos: nos hospitais (Hospital de Base, Santa Casa de Misericórdia e Hospital IELAR de São José do Rio Preto) e nos domicílios de pacientes residentes em São José do Rio Preto.

Foram realizadas 4 visitas: uma no período da alta hospitalar, onde foi aplicada a escala de Barthel aos pacientes e a entrevista semi-estruturada aos seus cuidadores e as outras três visitas foram domiciliares, que ocorreram 30, 60 e 90 dias após a alta hospitalar, para avaliação clínica-evolutiva dos pacientes.

O Índice de Barthel foi aplicado para medir as atividades de vida diária básicas em pacientes cronicamente deficientes. Este índice avalia a capacidade funcional do paciente para cuidados pessoais, é dividido em uma escala com 10 itens: alimentação, banho, atividades pessoais, habilidades, continência retal, continência urinária, toalete, transferências, marcha e escada. Esta escala permite uma avaliação destes itens, dando um escore, que vai da independência funcional à dependência total de cada atividade avaliada, classificadas de forma ordinal, indicando se estes necessitam de cuidados ou não. O resultado total dos 10 itens pode variar de 0 a 100 (do pior para o melhor status de saúde), sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60 grave dependência e 100 - independência⁷.

Foi também utilizada uma entrevista semi-estruturada, que constou de 5 etapas: dados de identificação, perfil social, condições de saúde, complicações do AVE e perfil do cuidador. Este estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Parecer nº. 267/2004).

Resultados

Os resultados deste estudo serão sistematizados a seguir em: características demográficas; evolução clínica dos pacientes e perfil do cuidador.

Características demográficas dos pacientes após primeiro AVE

Dos 22 pacientes; participantes da pesquisa, a média de idade foi de 70,27 anos \pm 17, sendo 54,55% homens com idade média de 74,33 anos \pm 11,30 e 45,45% mulheres com idade média de 65,40 anos \pm 21,68. Entre os homens: 8 casados, 2 viúvos e 2 solteiros; e entre as mulheres: 1 casada, 6 viúvas e 3 solteiras. Concernente à instituição hospitalar em que os pacientes foram internados no ano de 2005, observa-se que 54,55% dos pacientes estavam internados no Hospital de Base, 31,82% na Santa Casa e 13,64% no Hospital Ielar (Figura 1). Quanto ao atendimento, 22,73% possuía plano de saúde privado e 77,27% eram do SUS (Figura 2).

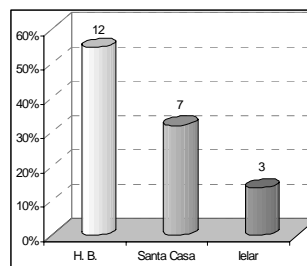


Figura 1: Distribuição dos pacientes por instituição hospitalar internados em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

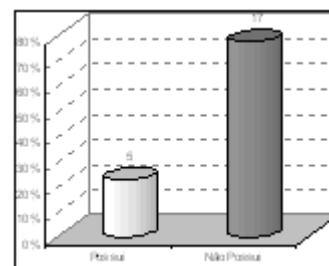


Figura 2: Distribuição da frequência quanto aos pacientes internados em São José do Rio Preto/SP no ano 2005 possuir ou não plano de saúde privado.

Avaliação dos níveis de independência e a evolução clínica dos pacientes

Na amostra, 86,4% dos pacientes pós primeiro AVE eram totalmente dependentes de seus cuidadores (Índice de Barthel entre 0 e 20), e 13,6% destes pacientes apresentaram Índice de Barthel entre 21 e 40 pontos, o que implica em dependência total a grave dependência. Assim, neste estudo não houve participação de pacientes com qualquer nível de independência, dependendo totalmente dos seus cuidadores.

Em relação às doenças associadas, 45,95% dos pacientes tinham hipertensão arterial, 16,22% apresentavam diabetes, 8,11% doenças do coração e 5,41% tinham depressão. Além disso, 24,32% apresentavam outros tipos de doenças, tais como: doença de Alzheimer, doença de Parkinson e Síndrome de Down (Figura 3).

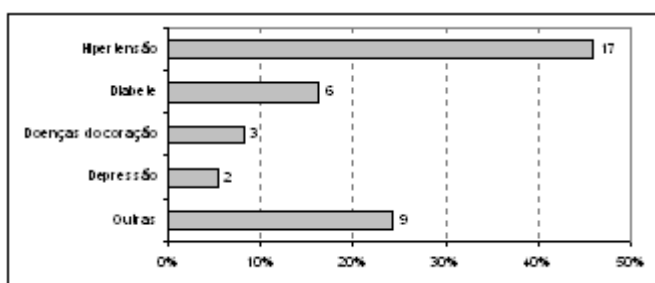


Figura 3: Distribuição de frequência de doenças associadas dos pacientes internados em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

Entre as complicações clínicas encontradas neste estudo incluem-se: 26,46% pneumonia, 26,46% úlcera de pressão, 23,53% infecção do trato urinário, 8,82% crises convulsivas, 2,94% desidratação e insuficiência cardíaca congestiva respectivamente. Verificou-se, ainda, que 8,82% dos pacientes amostrados apresentaram outros tipos de complicações como: infarto agudo do miocárdio, sangramento retal, diarreia e vômitos (Figura 4).

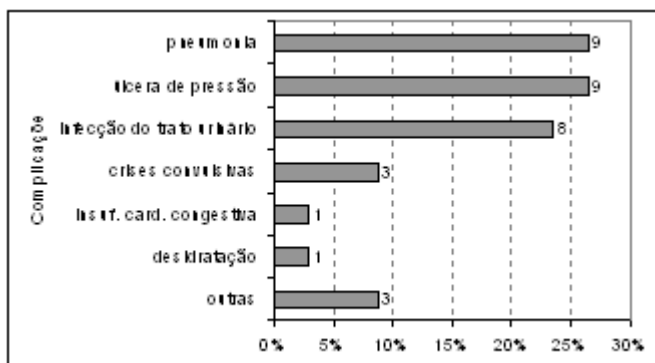


Figura 4: Distribuição da frequência das complicações clínicas apresentadas pelos pacientes pós primeiro AVE em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

As complicações mais prevalentes foram pneumonia, úlcera de pressão e infecção do trato urinário, sendo que os pacientes pós primeiro AVE apresentaram estas complicações nos primeiros 30 dias de evolução clínica (Figura 5).

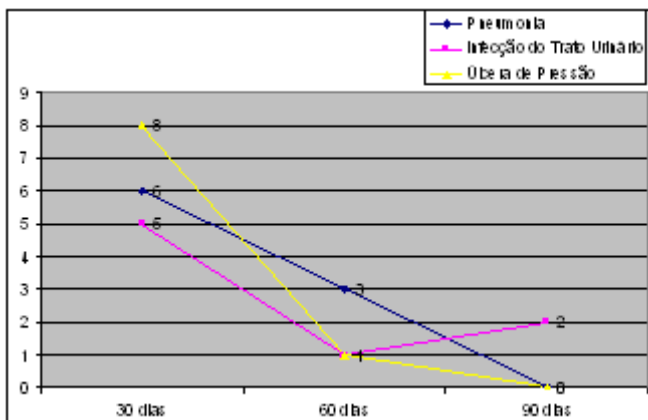


Figura 5: Distribuição de frequência da pneumonia, úlcera de pressão e infecção do trato urinário apresentadas pelos pacientes pós primeiro AVE durante a evolução clínica em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

Quanto ao índice de sobrevivência dos 22 pacientes, 45,45% foram a óbito, sendo 70% homens e 30% mulheres nos 60 dias após AVE.

Perfil dos cuidadores

Observou-se que 77,27% dos cuidadores relataram que não receberam orientações dos cuidados necessários aos pacientes pós primeiro AVE (Figura 6).



Figura 6: Distribuição de frequência referente aos cuidadores dos pacientes pós primeiro AVE em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 que receberam ou não orientação de alta.

Na caracterização do cuidador, a menor idade encontrada foi de 24 anos e a maior de 80 anos de idade, sendo que 18,18% eram homens e 81,82% mulheres com média de idade de $53,80 \pm 14,04$ para homens e $48,29 \pm 11,12$ entre as mulheres.

O estado civil foi assim discriminado: dos quatro homens cuidadores: 50% solteiros, 25% viúvo e 25% desquitado; e entre as mulheres: 72% eram casadas, 16% viúvas, 6% solteira e 6% desquitada. O grau de parentesco do acompanhante variou entre: 41% filhos; 19% esposas; 10% noras; 10% irmãos; 10% não há grau de parentesco; 5% mãe e 5% sobrinha.

Discussão

Caracterização demográfica dos pacientes após primeiro AVE. Na amostra avaliada houve predomínio de AVE no sexo masculino (54,55%) e encontrou-se também que 23% dos pacientes apresentavam idade entre 21 e 54 anos, demonstrando compatível com a literatura⁸, que verifica a incidência de AVE nos homens discretamente superior das mulheres e que o AVE pode ocorrer em indivíduos mais jovens⁹.

No estudo utilizou-se o Índice de Barthel⁷ com scores menores ou iguais a 40, correspondendo a um acometimento intenso que levam o paciente à inatividade e mais suscetíveis a óbito no primeiro semestre de acompanhamento, corroborando com Sze, KH et al.¹⁰ cuja avaliação de 796 chineses provou ser o Índice de Barthel um importante preditor da evolução, pois altos índices de mortalidade ocorriam com Índice de Barthel baixo.

Aspectos clínicos e evolutivos dos pacientes após primeiro AVE

As complicações clínicas, depois de AVE, ocorrem com grande frequência e podem interromper o processo de reabilitação, comprometer a melhora funcional ou resultar em maior morbidade ou óbito.

Quanto às doenças associadas apresentadas pelos pacientes amostrados, observou-se uma prevalência bastante acentuada de indivíduos com hipertensão (45,95%), o que corrobora com André¹ que diz que a presença de hipertensão arterial (HA) eleva em cerca de três a quatro vezes o risco de se ter um AVE. Considerando sua alta prevalência, a HA pode ser considerada diretamente responsável por, pelo menos, metade dos casos de AVE. Em ambos os sexos, tanto a elevação da PA sistólica quanto a diastólica associam-se ao aumento do risco de doenças cardiovasculares em qualquer idade.

Dos 22 pacientes 26,46% desenvolveram pneumonia considerada uma das complicações mais comuns após o AVE, sendo que o seu desenvolvimento deve-se a demora para iniciar a deglutição e a disfagia severa, necessitando de alimentação enteral⁶.

Entre outras complicações clínicas, as úlceras de pressão, encontradas em 26,46% dos pacientes relaciona a imobilidade do paciente no leito; sendo que a mudança de decúbito é fator primordial na prevenção das mesmas. Outra complicação foi à infecção do trato urinário (23,53%), onde sobreviventes de AVE têm alterações dos padrões urinários, ocorrendo incontinência e urgência urinária, que está relacionada a fatores como: comprometimento da comunicação, os déficits de percepção e a pouca mobilidade.

Perfil dos cuidadores dos pacientes após primeiro AVE

O estudo do perfil de cuidadores e suas necessidades de adultos incapacitados notam que os cuidadores raramente recebiam informações a respeito da doença ou apoio para realização dos cuidados após a alta hospitalar do doente. Esses resultados estão de acordo com o presente estudo, que demonstrou que, apenas, 22,73% dos 22 cuidadores amostrados receberam orientação de alta.¹²

Observou-se que 81,82% dos cuidadores são do sexo feminino,

em concordância com os relatos, que diziam: “No Brasil, as evidências de pesquisas demonstraram que o cuidado de idosos continua sendo uma tarefa majoritariamente feminina...”^{12;13}.

Em virtude dessas considerações, é bom lembrar que o fato de 81,82% dos acompanhantes serem do sexo feminino mostra uma característica cultural em nossa sociedade, segundo a qual, o cuidado aos enfermos é tarefa da mulher¹⁴.

Ao longo de vários anos, a prática de cuidados que suportam a vida liga-se, fundamentalmente, às atividades da mulher, que dá a luz e continuam com a responsabilidade de cuidar de tudo que mantém a vida nos seus mais ínfimos detalhes^{14;16}.

Observou-se neste estudo que a maioria dos cuidadores eram familiares, que corrobora com outras literaturas quando afirma que: “a família cada vez tem assumido parte da responsabilidade de cuidar de seus membros...”. Os avanços tecnológicos, das últimas décadas, proporcionaram mudanças radicais (e ao mesmo tempo prejudiciais), no modo de vida das populações, paralelo a um aumento na expectativa média de vida, provocando grande impacto nos diversos segmentos da sociedade, decorrente, por exemplo, do aumento das doenças crônico-degenerativas^{14;15}.

Constatou-se também que a maioria (54,55%) dos cuidadores é casado, o que dificulta a prática do cuidado, pois, além dos afazeres domésticos, precisa dividir o tempo, prestando cuidados com o familiar dependente e com a família em si, filhos e esposos, desenvolvendo, assim, uma dupla jornada.

Sendo o AVE uma doença com apresentação clínica súbita, o reajustamento na estrutura, nos papéis, na solução de problemas e no manejo afetivo da família ocorre em um período de tempo muito curto, exigindo dos familiares uma mobilização mais rápida da capacidade de administrar a crise, para a qual, nem sempre, eles se encontram preparados¹⁶.

Conclusão

Os resultados deste estudo possibilitaram as seguintes conclusões:

- entre os 22 pacientes que sofreram primeiro episódio de AVE em São José do Rio Preto no ano de 2005 a idade média foi de 70,27 anos, sendo que 54,55% eram do sexo masculino e 66,60% casados;

- quanto à independência funcional, segundo a escala de Barthel os pacientes pesquisados demonstraram totalmente dependentes ou dependentes graves de seus cuidadores em atividades básicas, tais como: alimentação, banho, higiene pessoal, habilidade, continência retal e urinária, toailete e transferências;

- em relação às complicações clínicas mais prevalentes que os pacientes pós primeiro AVE apresentaram foram: pneumonia, úlceras de pressão e infecção do trato urinário, sendo que o índice de sobrevida dos 22 pacientes foi de 54,55%;

- que a maioria dos cuidadores era mulheres (81,82%), casadas (72%), com idade média de 48,29 anos, filhos dos pacientes (41%) e 77,27% dos cuidadores relataram que não receberam orientações de alta.

Referências bibliográficas

1. André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
2. Saad PM. Tendências e conseqüências do envelhecimento populacional no Brasil. In: Fundação SEADE. Informe demográfico. A população idosa e o apoio familiar. São Paulo: Fundação Estadual de Análise de Dados; 1991.
3. Vieira EB. Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília (DF); 1990.
5. Braithwaite V, McGown A. Caregivers' emotional well-being and their capacity learn about stroke. *J Adv Nurs* 1993;18(2):195-202.
6. Ma HI, Trombly CA. A synthesis of the effects of occupational therapy for persons with stroke, Part II: remediation of impairments. *Am J Occup Ther* 2002;56(3):260-74.
7. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
8. Mussolino R, La Spina P, Granata A, Gallitto G, Leggiadro N, Carej S et al. Ischaemic stroke in young people: a prospective and long-term follow-up study. *Cerebrovasc Dis* 2003;15(1-2):121-8.
9. Jacobs BS, Boden-Albala B, Lin IF, Sacco RL. Stroke in the young in the northern Manhattan stroke study. *Stroke* 2002;33(12):2789-93.
10. Sze KH, Wong E, Or KH, Lum CM, Woo J. Factors predicting stroke disability at discharge: a study of 793 Chinese. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(7):876-80.
11. Complicações clínicas após o AVC. *NeuroPsicoNews* 2000 Maio [citado 2004 Ago 16].
Disponível em: http://www.neuropsychonews.org.br/29_npn/29_complicacoes.htm
12. Karsch UMS. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.
13. Néri AL. Qualidade de vida e idade madura. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1999.
14. Andrade OG, Rodrigues RAP. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral. *Rev Gaúch Enferm* 1999;20(2):90-109.
15. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev Saúde Pública* 1987;21(3):225-33.
16. Silva LF, Vieira NFC, Barroso MGT. Educação em saúde no contexto da prevenção das doenças cardiovasculares. In: 4º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil; 2000; Fortaleza. Anais. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem; 2000.

Correspondência:

Rosemeire Aparecida Milhim Cordova
Rua José Felipe Antônio, 303 ap. 41, B1 8
15090-430 – São José do Rio Preto-SP
Tel: (17)3227-2840
e-mail: rosecordova@bol.com.br
