



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Rosemeire Aparecida Milhim Cordova

Avaliação Clínico - Evolutiva dos Pacientes
Pós - Primeiro Acidente Vascular Cerebral
e o Impacto Familiar

São José do Rio Preto
2007

Rosemeire Aparecida Milhim Cordova

**Avaliação Clínico-Evolutiva dos Pacientes
Pós - Primeiro Acidente Vascular Cerebral
e o Impacto Familiar**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto para obtenção do Título de Mestre no Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientador: Prof. Dr. Waldir Antonio Tognola

São José do Rio Preto
2007

Cordova, Rosemeire Aparecida Milhim

Avaliação clínico - evolutiva dos pacientes pós - primeiro acidente vascular cerebral e o impacto familiar / Rosemeire Aparecida Milhim Cordova

São José do Rio Preto, 2007

68 p.;

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Eixo Temático: Medicina e Ciências Correlatas

Orientador: Prof. Dr. Waldir Antonio Tognola

1. Cuidadores; 2. Acidente cerebrovascular; 3. Enfermagem.

Rosemeire Aparecida Milhim Cordova

**Avaliação Clínico-Evolutiva dos Pacientes
Pós - Primeiro Acidente Vascular Cerebral
e o Impacto Familiar**

Banca Examinadora

Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre

Presidente e Orientador: **Waldir Antonio Tognola**

2º Examinador: **Cláudia Bernardi Cesarino**

3º Examinador: **Maria Suely Nogueira**

Suplente: **Silvia Helena Figueiredo Vendramini**

Suplente: **Maria Lúcia C. Cruz Robazzi**

São José do Rio Preto, 28/06/2007

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos Especiais	ii
Agradecimentos	iii
Epígrafe	vi
Lista de Figuras.....	vii
Lista de Tabelas.....	xi
Lista de Abreviaturas e Símbolos.....	xii
Resumo.....	xiii
Abstract.....	xv
1. INTRODUÇÃO	01
1.1. Acidente Vascular Cerebral.....	03
1.2. Cuidadores.....	07
1.3. Objetivos	13
1.3.1. Geral.....	13
1.3.2. Específicos	13
2. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	14
2.1. Delineamento do Estudo e Casuística	15
2.2. Método	15
2.3. Análise Estatística	18
3. RESULTADOS	19
3.1. Aspectos Sócio-Demográficos dos Pacientes do Estudo.....	20
3.2. Aspectos Clínico-Evolutivos	23

3.3. O Índice de Barthel.....	25
3.4. Doenças Associadas e Intercorrências Pós AVC.....	29
3.5. Visitas Domiciliares	34
3.6. Perfil Evolutivo Resultante das Visitas Domiciliares.....	35
3.7. Perfil Demográfico dos Cuidadores.....	35
4. DISCUSSÃO	38
4.1. Caracterização Demográfica dos Pacientes Após Primeiro AVC....	39
4.2. Índice de Barthel	41
4.3. Aspectos Clínicos e Evolutivos dos Pacientes Pós-Primeiro AVC ..	42
4.4. Perfil dos Cuidadores dos Pacientes Após Primeiro AVC.....	45
4.5. Considerações Finais.....	49
4. CONCLUSÕES	51
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
6. ANEXOS	63

- ✓ À memória de meus pais Salomão e Carolina, pela minha existência e por ter me ensinado os valores essenciais pelos quais tenho trilhado meu caminho. Obrigada pelo exemplo de vida.

- ✓ Ao meu marido Vaine, meu grande amor, por estar ao meu lado em todos os momentos, acolhendo, estimulando, amando e compartilhando, mesmo não sendo da área, incentivou-me.

- ✓ Aos meus filhos Maria Carolina e Vaine Júnior, pela certeza de que os sonhos devem ser vividos e realizados. O colorido de tudo que faço.

Agradecimentos Especiais

- ✓ Agradeço primeiramente a Deus, por tudo de maravilhoso que faz por mim, pela iluminação e força para a concretização deste estudo.

- ✓ Ao Prof. Dr. Waldir Antônio Tognola, meu orientador, que acreditou neste trabalho e soube ter a paciência necessária para o meu despertar científico, o incentivo e estímulo para a conclusão do mesmo.

- ✓ À Profa. Dra. Claudia Bernardi Cesarino, pela compreensão dos meus sentimentos e valores pessoais, amizade, companheirismo, opiniões, sugestões e confiança em mim depositada. Um ser humano especial e que tenho o prazer de conviver e aprender muito!

- ✓ À Profa. Dra. Maria Helena Pinto, pelo atendimento e pelas considerações a respeito do trabalho.

Agradecimentos

- ✓ Ao meu irmão Ricardo, pelo amor e carinho que nos une e presença marcante nos momentos essenciais de minha vida.

- ✓ Ao Valmir e Cidinha, que estão sempre prontos a me ouvir com amor e carinho, pela disponibilidade sempre que necessito.

- ✓ Aos meus sogros, Francisco e Lídia, que ao seu modo sempre estão ao meu lado.

- ✓ Aos meus cunhados, cunhadas e sobrinhos que são minha família e sempre acompanharam minha trajetória de vida.

- ✓ Às amigas professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional: Sílvia Helena, Claudia Eli, Denise, Elaine, Gislaine, Lurdinha, Marilene, Margarete, Rosina, Renilda, Sônia, Vânia e Zaida, por compartilharem comigo alegrias e tristezas durante o caminho percorrido.

- ✓ Aos colegas e amigos de mestrado, especialmente Gislaine, Luciano, Luciana, Gisele, Caroline, Jorge, que juntos compartilhamos as aulas teóricas.

- ✓ Aos colegas docentes do curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP pela amizade durante esses anos.
- ✓ Aos secretários do Curso de Graduação em Enfermagem da FAMERP e às auxiliares de enfermagem, pela atenção quando solicitados.
- ✓ Aos funcionários da pós-graduação Rosimeire, José Antônio, Fabiana e Guilherme pela disposição, paciência e colaboração.
- ✓ A bibliotecária Rosângela, pelo auxílio na correção das referências bibliográficas.
- ✓ Ao Leandro Sugihara, pela ajuda na elaboração do banco de dados e execução das figuras e tabelas.
- ✓ A minha amiga Valdete pelas sugestões e correções gramaticais.
- ✓ Às enfermeiras do 5º andar do Hospital de Base, Marinelsi Moreira, Sílvia de Cássia Galhardo, por colaborarem na indicação dos sujeitos participantes da pesquisa.
- ✓ Às enfermeiras da Santa Casa Ana Maria Barbar Cury, Luciana Maschio, Juliana Dionísio Crippa, Lucinéia Leonel, Tatiana Ferreira, Viviane Ramin Leite.

- ✓ Às enfermeiras do Hospital Ielar, Adriana Aparecida Rufino Padilha e Valéria Cristina Stefanuti.

- ✓ Não poderia deixar de agradecer aos sujeitos desta pesquisa pela preciosa colaboração prestada, por terem me recebido e aberto suas casas.

DEUS

*“Deus costuma usar a solidão.
para nos ensinar sobre a convivência.*

*Às vezes, usa a raiva,
para que possamos compreender
o infinito valor da paz.*

*Outras vezes usa o tédio,
quando quer nos mostrar a importância da
aventura e do abandono.*

*Deus costuma usar o silêncio para nos
ensinar sobre a responsabilidade
do que dizemos.*

*Às vezes usa o cansaço,
para que possamos compreender
o valor do despertar.*

*Outras vezes usa doença,
quando quer nos mostrar
a importância da saúde.*

*Deus costuma usar o fogo, para nos ensinar
sobre água.*

*Às vezes, usa a terra,
para que possamos compreender o valor do ar.*

*Outras vezes usa a morte,
quando quer nos mostrar
a importância da vida”.*

Fernando Pessoa

Lista de Figuras

Figura 1.	Distribuição de freqüência segundo o sexo dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.....	20
Figura 2.	Distribuição de freqüência referente ao estado civil dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.....	20
Figura 3.	Distribuição de freqüência quanto o auxílio financeiro dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.....	22
Figura 4.	Distribuição de freqüência referente ao número de pessoas que residem no domicílio do paciente dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.....	22
Figura 5.	Distribuição dos pacientes sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 quanto à instituição hospitalar em que estava internado.....	23
Figura 6.	Distribuição da freqüência quanto aos pacientes que tiveram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 possuir ou não plano de saúde.....	23
Figura 7.	Distribuição de freqüência segundo óbito dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.....	24
Figura 8.	Curva de sobrevida de acordo com a evolução clínica dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.....	24

Figura 9.	Distribuição de freqüência referente à pontuação obtida pelos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 quanto ao Índice de Barthel.....	25
Figura 10.1.	Distribuição dos pacientes referente à alimentação segundo o Índice de Barthel.....	26
Figura 10.2.	Distribuição dos pacientes referente ao banho segundo o Índice de Barthel.....	26
Figura 10.3.	Distribuição dos pacientes referente a atividades pessoais segundo o Índice de Barthel.....	27
Figura 10.4.	Distribuição dos pacientes referente à habilidade segundo o índice de Barthel.....	27
Figura 10.5.	Distribuição dos pacientes referente à continência retal segundo o Índice de Barthel.....	27
Figura 10.6.	Distribuição dos pacientes referente à continência urinária segundo o Índice de Barthel.....	27
Figura 10.7.	Distribuição dos pacientes referente ao toalete segundo o Índice de Barthel.....	28
Figura 10.8.	Distribuição dos pacientes referente à transferência segundo o Índice de Barthel.....	28
Figura 10.9.	Distribuição dos pacientes referente à marcha segundo o Índice de Barthel.....	29
Figura 10.10.	Distribuição dos pacientes referente a subir escadas segundo o Índice de Barthel.....	29

Figura 11.	Distribuição de freqüência de doenças associadas apresentadas pelos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.....	29
Figura 12.	Distribuição da freqüência das intercorrências clínicas apresentadas pelos pacientes pós - primeiro AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.....	30
Figura 13.	Distribuição de freqüência dos pacientes pós - primeiro AVC de São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 que apresentaram pneumonia.....	31
Figura 14.	Distribuição da freqüência dos pacientes pós - primeiro AVC de São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 quanto à continência urinária.....	31
Figura 15.	Distribuição dos pacientes pós - primeiro AVC de São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 que apresentaram úlcera de pressão.....	33
Figura 16.	Distribuição de freqüência da pneumonia, úlcera de pressão e infecção do trato urinário, apresentado pelos pacientes pós - primeiro AVC, durante a evolução clínica, em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.....	34
Figura 17.	Distribuição de freqüência da pneumonia, úlcera de pressão e infecção do trato urinário, apresentadas pelos pacientes pós - primeiro AVC, durante a evolução clínica em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.....	35
Figura 18.	Distribuição de freqüência segundo o sexo do cuidador dos pacientes pós - primeiro AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.....	36

- Figura 19. Distribuição de freqüência referente ao estado civil do cuidador dos pacientes pós - primeiro AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005..... 36
- Figura 20. Distribuição de freqüência referente aos pacientes pós - primeiro AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 que receberam orientação de alta..... 37

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Relação entre pacientes pós - primeiro AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 que usaram sonda nasogástrica e apresentaram pneumonia.....	32
Tabela 2.	Relação entre pacientes pós - primeiro AVC de São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 quanto ao método utilizado para incontinência urinária e paciente que apresentaram infecção do trato urinário.....	33

Lista de Abreviaturas e Símbolos

AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
AVCh	-	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico
AVCi	-	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico
AVD	-	Atividade de Vida Diária
FAMERP	-	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
HA	-	Hipertensão Arterial
IB	-	Índice de Barthel
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IELAR	-	Instituto Espírita Nosso Lar
ITU	-	Infecção do Trato Urinário
PNDA	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SUCEM	-	Superintendência de Controle de Endemias
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SVD	-	Sonda Vesical de Demora

O Acidente Vascular Cerebral é hoje uma das principais causas de morte e incapacidade, com graves conseqüências para o paciente, familiares e sociedade. As dificuldades com que se deparam os cuidadores direcionaram este estudo que teve como objetivos: avaliar a independência funcional, as intercorrências clínicas e a dinâmica com a família dos pacientes que sofreram o primeiro episódio de Acidente Vascular Cerebral. Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo coorte transversal, com entrevistas semi-estruturadas aos cuidadores desses pacientes, realizada nas instituições hospitalares e domicílios da cidade de São José do Rio Preto, utilizando como critério de inclusão o Índice de Barthel ≤ 40 , independente de sexo ou raça. A amostra constituiu-se de 22 pacientes: 45,45% do sexo feminino e 54,55% do masculino; 22 cuidadores, sendo que 81,82% eram do sexo feminino. As principais intercorrências clínicas, apresentadas pelos pacientes, foram pneumonia 40,91%, úlceras de pressão 40,91% e infecção do trato urinário 36,36%. Dos 22 pacientes, 45,45% morreram, sendo que 27,27% nos 30 dias após o primeiro Acidente Vascular Cerebral. Os cuidados aos pacientes estão diretamente relacionados às suas incapacidades, quanto mais incapazes mais dependentes serão dos seus cuidadores. A dinâmica com os familiares relaciona-se ao esforço físico, às adaptações que precisam fazer na residência, ao medo em lidar com o paciente e às necessidades financeiras para dar o suporte ao mesmo. Esse estudo ressaltou a importância das orientações de

enfermagem durante a hospitalização, e o acompanhamento desses pacientes no domicílio, dando continuidade a toda assistência.

Palavras-chave: 1. Cuidadores; 2. Acidente cerebrovascular; 3. Enfermagem.

Currently, stroke is one of the main death causes and impairments with serious consequences for the patient, relatives and society. The difficulties which come across the caregivers addressed this study that had as objectives: to evaluate the functional independence, the clinical event and the dynamics with the family of patients who suffered the first stroke. This is a descriptive research, cross sectional cohort type, with semi-structure interviews to these caregivers, performed either at hospitals and homes of the city of São José do Rio Preto, Barthel Index ≤ 40 was used as inclusion criterion, independent of sex or race. The sample comprised 22 patients: 45.45% females and 54.55% males; 22 caregivers, out of these 81.82% were females. The main clinical events presented by the patients were pneumonia 40.91%, pressure ulcers 40.91% and urinary tract infection 36.36%. Out of these 22 patients, 45.45% died, of whom 27.27% during the 30 days after the first stroke. The care to the patients is directly related to their impairments; the more unable, more dependent they will be of their caregivers. The dynamics with the relatives are related with the physical effort; the adaptations that have to be provided at home, the fear in working with this patient and the financial needs to support him/her. This study emphasized the importance of the nursing orientations during the hospitalization as well as these patients' follow-up at home to continue all the care.

Key-Words: 1. Caregivers; 2. Stroke; 3. Nursing.

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Convém esclarecer que as doenças que contribuem para alterar a qualidade de vida são aquelas denominadas de incapacitantes, obviamente por levarem falência social às pessoas envolvidas. O impacto dessas doenças atinge o idoso, a família e a própria sociedade, alterando o curso da vida e também interferindo na satisfação das necessidades básicas do indivíduo acometido, bem como nas atividades cotidianas de sua família. ⁽¹⁾

O Brasil, desde a década de 1940, vem passando por um processo de inversão das curvas de mortalidade, observando-se um declínio de mortes por doenças infecciosas e um concomitante aumento por doenças crônicas não-transmissíveis e causas externas. Esse processo é conhecido por fenômeno de transição epidemiológica, ocorrida em todos os países hoje desenvolvidos, nos quais a população de idosos é cada vez mais expressiva. ⁽²⁾

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado, atualmente, a terceira causa mais freqüente de mortalidade na maioria dos países industrializados. ^(3,4) Nos Estados Unidos ocorre uma morte por AVC a cada minuto. No mundo, é a terceira causa de morte, ficando atrás somente das doenças cardíacas e do câncer. ^(3, 5, 6) No Brasil, observa-se uma incidência anual de 156 casos de AVC por cem mil habitantes. ⁽⁷⁾

A partir de 1996, o AVC vem se constituindo, na população brasileira, como a causa principal de internações, mortalidade e incapacidade para homens e mulheres de todas as idades, classes sociais e raças, embora

ocorra, predominantemente, na raça negra e em pessoas de idade mais avançada. ⁽³⁻⁵⁾

O AVC tem um impacto importante não só sobre o paciente que vive um conflito associado à dependência e perda de controle, mas também sobre a família e a sociedade, que auxiliam nos cuidados de um paciente que perdeu total ou parcialmente sua independência. ⁽⁸⁾

1.1. Acidente Vascular Cerebral

O AVC pode ser definido como um déficit neurológico focal súbito devido a uma lesão vascular. Esse termo evoluiu, ao longo das últimas décadas, para incluir lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e da coagulação, mesmo na ausência de alterações detectáveis nas artérias ou veias. Assim, a lesão “vascular” deve ser entendida no contexto mais amplo das complexas interações entre vaso (endotélio), elementos figurados do sangue e variáveis hemodinâmicas. ⁽³⁾

Entretanto, a doença cérebro-vascular não é uma entidade patológica ou clínica única, podendo apresentar-se segundo quadros clínicos distintos. Desse modo é uma ameaça à qualidade de vida não só pela sua elevada incidência e mortalidade, mas também pela alta morbidade que causa, atingindo, freqüentemente, pessoas com problemas físicos e/ou mentais. ⁽³⁾

Estima-se que cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem um AVC, após seis meses, estão mortos. A maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas, o que faz do

AVC a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental. É possível reduzir a incidência dos AVC, por meio da prevenção de seus fatores de risco, o qual pode ser um meio eficaz de economizar recursos hoje utilizados no tratamento dos doentes ou perdidos em produtividade. ⁽³⁾

Segundo Galarneau, ⁽⁹⁾ as pessoas acometidas de AVC, geralmente, requerem longos períodos de cuidados e ajustamentos familiares, além de educação e técnicas de segurança. É também responsável por um elevado número de internações e por alterações de papéis na família, bem como por um desgaste econômico e psicológico em todo o agregado familiar. ⁽¹⁰⁾

No contexto da geriatria, a discussão do AVC assume ainda maior relevância em razão da importante relação entre idade e incidência. Embora possa ocorrer em todas as faixas etárias, sabe-se que há aumento significativo da sua incidência a partir da sexta década de vida, praticamente dobrando a incidência a cada nova década. Estima-se a incidência de AVC em 30 por 100.000 habitantes abaixo de 44 anos e em 1.230 por 100.000 habitantes acima de 75 anos. Com o aumento da expectativa de vida em, praticamente, todos os países do mundo e de maneira especial no Brasil, a compreensão e o manejo correto do AVC ganham importância crucial no aspecto preventivo, diagnóstico e terapêutico. ⁽¹¹⁾

O estudo de AVC em pacientes jovens tem sido objeto de muitas pesquisas epidemiológicas, motivadas sobretudo pelo considerável impacto individual e sócio-econômico, causado pela elevada taxa de morbi-mortalidade que pode ocorrer nessa população economicamente ativa. Sabe-se também que o espectro de etiologia do AVC em jovens é maior que o observado em

pacientes idosos, sugerindo que novos conhecimentos sobre a fisiopatogenia do AVC podem emergir desse material. ⁽¹²⁾

Termos como Acidente Vascular Cerebral, Derrames, Hemiplegias são de uso corrente em certos grupos profissionais ou leigos; porém, devem ser vistos com reservas visto que a palavra Acidente sugere uma natureza inevitável e imprevisível para o problema, o que é evidentemente falso. Menos de um quarto dos casos de AVC é devido ao extravasamento de sangue no espaço subaracnóideo (hemorragia subaracnóidea) ou no parênquima cerebral (hemorragia cerebral). As lesões vasculares podem, assim, afetar áreas do encéfalo que nada tem a ver com a via piramidal, levando, por exemplo, a distúrbios do campo visual ou a alterações da fala sem qualquer déficit motor (hemiplegia). Esse déficit motor, por sua vez, pode ser causado por uma série de mecanismos não vasculares. ⁽³⁾

O AVC pode ser definido como um déficit neurológico focal súbito em virtude de uma lesão vascular. Convém ressaltar que o termo, evoluiu ao longo das últimas décadas, evoluiu para incluir lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e da coagulação, mesmo na ausência de alterações detectáveis nas artérias ou veias. ⁽³⁾

O AVC pode ser dividido em: ⁽¹³⁾

- AVC isquêmico (AVCi), o qual resulta da restrição na irrigação sanguínea ao cérebro, causando lesão celular e danos às funções neurológicas. Isto é, decorre da obstrução de uma das artérias cerebrais ou de seus ramos perfurantes menores que vão para as partes mais profundas;

- AVC hemorrágico (AVCh), ocorre pela ruptura de pequenos vasos sanguíneos, com subsequente sangramento no interior do cérebro.

Geralmente resulta de:

1. **Trombose** – um coágulo sanguíneo dentro de um vaso do cérebro ou pescoço;
2. **Embolia cerebral** – um coágulo sanguíneo ou outro material transportado para o cérebro a partir de outra parte do corpo;
3. **Isquemia** – diminuição de fluxo sanguíneo para uma área do cérebro. O resultado é uma interrupção no suprimento sanguíneo para o cérebro, causando perda temporária ou permanente do movimento, pensamento, memória, fala ou sensação. ⁽¹⁴⁾

Os três fatores de risco mais comumente reconhecidos da doença cerebrovascular são a hipertensão, o *diabetes mellitus* e as cardiopatias, sendo a hipertensão o mais importante deles. Por isso, as características humanas e comportamentais que aumentam a pressão sanguínea, incluindo, ainda, os níveis altos de colesterol, obesidade, alto consumo de álcool, uso de cocaína e o fumo, aumentam o risco de sofrer AVC. ⁽¹⁵⁾

Clinicamente, diversos sintomas caracterizam o AVC, inclusive danos às funções motoras, sensitivas, mentais, perceptivas e da linguagem. A localização e a extensão exatas da lesão determinam o quadro neurológico apresentado por cada paciente. Os AVC's oscilam desde leves até graves e podem ser temporários ou permanentes. ⁽¹³⁾

É sempre bom lembrar que, mesmo que a alteração tenha sido transitória, o paciente deve ser levado para o hospital. Talvez, o sintoma não mais exista,

mas a investigação urgente da causa desencadeante do problema pode prevenir a ocorrência de outro episódio em curto espaço de tempo.

Desta forma, a adoção de uma vida saudável, em que sejam banidos o tabaco, o excesso de álcool, as gorduras e açúcares, e em que se faça exercício de forma regular é determinante na recuperação e prevenção de novos acidentes nos pacientes que sofreram AVC.

1.2. Cuidadores

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 ato. ⁽¹⁶⁾

O conceito da prestação de cuidados ou cuidar é amplamente definido como ato de prover assistência ou cuidado a um membro da família, amigo ou cliente, permitindo a manutenção de um bom nível de independência. Entretanto, deve ficar claro que essa assistência pode ser de ordem instrumental, de mão-de-obra, afetiva, financeira ou qualquer necessidade que requerer a pessoa que recebe cuidado. ⁽¹⁷⁾

Segundo um documento oficial do Ministério da Saúde de 1999, “Uma Política Nacional para o Idoso”, o cuidador: ⁽¹⁸⁾

- É uma pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente e dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e

outros serviços requeridos no cotidiano: como a ida a bancos, farmácias, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem.

É possível dizer que existem 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 por sugestão do médico que acompanha o paciente ou pela dificuldade da família em atender às necessidades dele, e o cuidador familiar, que são os cônjuges, filhos ou qualquer membro da família que, voluntariamente ou não, assumem a tarefa de cuidar do paciente. Cada um desses tipos de cuidadores apresenta dificuldades implícitas em suas tarefas.⁽¹⁶⁾

O cuidador é um membro da família, amigo ou pessoa contratada para essa finalidade; em geral, são pessoas com baixa escolaridade, são oriundos de serviços terceirizados para área de limpeza hospitalar e de serviços gerais de clínicas geriátricas, gerontológicas, asilares e outras assemelhadas.⁽¹⁹⁾ Outro dado relevante relativo à figura do cuidador é apontado por Marcon *et al.*⁽²⁰⁾ em estudo realizado com cuidadores do sexo feminino. Os autores concluem ainda, que esses constroem seu próprio referencial com relação ao ato de cuidar, o qual envolve três aspectos predominantes: dimensão afetiva, natureza e significado. Esse referencial é marcado pela valorização de conhecimentos provenientes do senso comum, pela valorização pessoal do

indivíduo doente e pela noção de que a condução do cuidado ocorre apesar das dificuldades existentes.

Matthews e Rosner⁽²¹⁾ diferenciam vários tipos de participação de diferentes cuidadores, porém “somente aqueles que rotineiramente dão assistência a seus parentes podem ser definidos como cuidadores”. Poulshock e Deimiling⁽²²⁾ caracterizam o cuidador como “aquele que ajuda em cuidados pessoais dentro de casa”.

Stone, Cafferata e Sangl⁽²³⁾ usam o atributo “primário” para designar “o cuidador que tem responsabilidade total em relação ao fornecimento da ajuda”. Consideram, ainda, os casos em que existe um cuidador que tem a maior parte da responsabilidade pelo cuidado, mas pode ser auxiliado por outros familiares, por voluntários ou então profissionais. Neste caso, ele é um cuidador “principal”, e os demais são secundários. Os cuidadores familiares, primários ou secundários prestam cuidados “informais”, assim como os voluntários provenientes da comunidade; já os profissionais prestam cuidados “formais”. Por extensão, falam em cuidadores formais e informais e em redes de suporte formal e informal, compostas por cuidadores de ambos os tipos.

O papel do cuidador, entre outras razões, pode ser fruto de expectativas sociais, baseadas na relação de parentesco, gênero e idade, expectativas típicas do grupo social, o que, muitas vezes, pode conferir a esse cuidador oportunidades de reconhecimento e respeito pelo grupo, assim como de adaptação individual para si mesmo.⁽²⁴⁾

No Brasil, as evidências de pesquisas demonstraram que o cuidado de idosos continua sendo uma tarefa majoritariamente feminina, sobretudo dentre a população de baixa renda. ^(24,25)

Saad⁽²⁶⁾ descreve que há uma carência nas redes de suporte formais no Brasil. Diante disso, fica claro que a tarefa de amparar os pacientes está quase que exclusivamente sob a responsabilidade das famílias, já que a organização comunitária também se mostra bastante incipiente.

Convém observar que a literatura geriátrica, entre seus diversos temas pertinentes, tem se referido ao papel de cuidador familiar de idosos com afecções crônico-degenerativas. Dentro dessa abordagem, uma das questões mais enfatizadas pelos autores tem sido o risco de deterioração física e emocional a que esses indivíduos estão sujeitos. Evidentemente, essa situação é decorrente das necessidades de apoio que o idoso com AVC requer da família, como: cuidados permanentes por longos períodos, necessidade de adaptação e ajustamento. ⁽²⁷⁾

Pierson⁽²⁸⁾ relata que entre outros prejuízos com que se depara a população de cuidadores, estão: isolamento social, dificuldades econômicas, fadiga física e emocional, em função das múltiplas demandas exigidas pelo idoso cronicamente enfermo.

Williams,⁽²⁹⁾ em seus estudos com cuidadores de pacientes com AVC, descobriu que as situações geradoras de stress residem sobretudo na dependência, irritabilidade, alterações do processo cognitivo e na própria condição física do paciente.

Todos os fatores e tipos de estresses que recaem sobre o cuidador resultam em um importante e, muitas vezes, debilitante estresse emocional. Esse é somado pelas dificuldades em manejar o próprio tempo, os processos afetivos, de raciocínio, conscientes ou inconscientes, que formam a personalidade de cada pessoa, as angústias, medos, tristezas e as múltiplas responsabilidades (casa, família, trabalho, cuidar do paciente), assim como sentir a pressão da dependência do paciente.⁽³⁰⁾

Todos estes sentimentos são vivenciados e logo negados pelo cuidador por parecerem inaceitáveis. Então é preciso que o cuidador perceba que esses sentimentos são comuns, embora raramente expressados, e existem recursos que podem ajudá-lo, como grupos de apoio, utilizar ajuda comunitária, buscar apoio da família e amigos.⁽³⁰⁾

Vale ressaltar que com referência ao cuidador familiar de idosos, acometidos por AVC, a literatura existente se restringe a autores internacionais, mas os estudos feitos têm revelado os problemas concernentes aos cuidadores, como angústia, aflição e tristeza, que são consequência do papel que exercem.^(31,32)

Dados de pesquisa e da prática clínica têm indicado que a família possui uma influência considerável no tratamento e reabilitação dos pacientes com AVC.⁽³³⁾

Uma família que fornece apoio pode ser de grande importância no processo, enquanto outra que não fornece o suporte necessário pode prejudicar, ou, até mesmo, impedir a reabilitação do paciente e, em alguns

casos, levando ao fracasso do tratamento, sobretudo nas atividades de vida diária.⁽³⁴⁾

Existe, atualmente, uma tendência de reintegrar os pacientes que sobreviveram a um AVC à comunidade, com o retorno ao lar, após a hospitalização, e o programa inicial de reabilitação. Em casa, passam a depender dos cuidados de familiares para realizar tarefas de vida diária, necessários a sua condição. Dada a alta prevalência do AVC, um número significativo de famílias vem responsabilizando-se atualmente pelo fornecimento de cuidados a esses pacientes.⁽³⁵⁾

1.3. Objetivos

1.3.1. Geral

Avaliar as complicações clínicas e a dinâmica funcional com os cuidadores dos pacientes que sofreram o primeiro episódio de Acidente Vascular Cerebral, com Índice de Barthel (IB) \leq a 45 em São José do Rio Preto.

1.3.2. Específicos

- Avaliar os níveis de independência e a evolução clínica dos pacientes que sofreram o primeiro episódio de AVC;
- Identificar as doenças associadas e as intercorrências desses pacientes no período analisado;
- Caracterizar o perfil dos cuidadores dos pacientes que sofreram o primeiro episódio de AVC e a dinâmica do paciente com a família.

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2. CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1. Delineamento do Estudo e Casuística

Trata-se de um estudo descritivo do tipo coorte transversal, em que foram coletados dados de 22 cuidadores de pacientes pós-primeiro AVC (Trombótico, embólico ou hemorrágico) com índice de Barthel \leq a 45. 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 dos pacientes que sofreram o primeiro episódio de AVC.

Foram realizadas quatro visitas, uma ao hospital e três domiciliares, em que foram realizadas entrevistas com cada cuidador: no hospital durante a alta hospitalar e no domicílio 30, 60 e 90 dias pós alta hospitalar.

No critério de inclusão, considerou-se pacientes diagnosticados com o primeiro AVC e seus cuidadores, independente da idade, sexo ou raça. Como critérios de exclusão, estavam os pacientes com respectivos cuidadores residentes em outras cidades que não fosse São José do Rio Preto, considerando-se que dificultaria a coleta de dados nas visitas domiciliares.

2.2. Método

Os instrumentos utilizados para a obtenção dos dados foram:

- **Índice de Barthel** – empregado para graduar as atividades de vida diária (AVD) de um indivíduo portador de deficiência física. É um instrumento composto por dez itens, cada um permitindo uma

avaliação que vai da independência funcional à dependência total de cada uma das atividades avaliadas, classificadas de forma ordinal, indicando se esses necessitam de cuidados ou não.⁽³⁶⁾ (Anexo 1)

Numa escala de 10 itens o seu total pode variar de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60 grave dependência e 100 - independência. Consiste em uma escala para medir as atividades de vida diária básicas em pacientes cronicamente deficientes, desenvolvida por Mahoney e Barthel⁽³⁷⁾, em 1965, e conhecida como Índice de Barthel. É descrito como “um índice simples de independência para graduar a capacidade de um paciente com distúrbio neuromuscular ou músculo esquelético para cuidar de si mesmo”

O Índice de Barthel avalia a capacidade funcional do paciente para cuidados pessoais, é dividido em uma escala de 10 itens: alimentação, banho, atividades pessoais, habilidades, continência retal, continência urinária, toalete, transferências, marcha e escada. Além da análise por itens, um escore é obtido para cada paciente.

Segundo Valverde Carrillo,⁽³⁸⁾ as vantagens são sua alta confiabilidade pelo fato de ser o índice mais estudado e difundido no âmbito internacional e de ser um dos instrumentos mais recomendados para medir a capacidade funcional em AVDs. Outra serventia é que, além da aplicação por observação direta do paciente, ele também pode ser respondido mediante relato do cuidador ou por entrevista telefônica, mantendo sua confiabilidade.

- **Entrevista semi-estruturada** – elaborada pela pesquisadora e utilizada para obtenção de dados demográficos dos participantes do estudo, relativos à saúde e complicações dos pacientes e a caracterização do impacto da doença nos seus cuidadores. A entrevista constou de quatro etapas, sendo que a primeira constava de identificação e perfil social do paciente e cuidador; a segunda avaliava a condição de saúde do paciente; a terceira analisava a caracterização do impacto ao cuidador; a quarta, as complicações do AVC, totalizando 32 itens (Anexo 2).

Essas entrevistas foram realizadas nas quatro visitas:

- **Primeira visita:** realizada, na unidade de internação hospitalar, com a utilização dos seguintes instrumentos: Termo de Consentimento Livre Pós-esclarecimento, Índice de Barthel e entrevista ao cuidador do paciente que sofreu 1º episódio de AVC.
- **Segunda visita:** na residência do paciente, um mês (trinta dias) após a alta hospitalar.
- **Terceira visita:** na residência do paciente, dois meses (sessenta dias) após a alta hospitalar.
- **Quarta visita:** também na residência do paciente, três meses (noventa dias) após a alta hospitalar.

Este estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, em 13 de setembro de 2004, conforme Protocolo nº. 4214/2004, recebendo o Parecer nº. 267/2004 (Anexo 3).

Os cuidadores dos pacientes concordaram em participar desse estudo, assinando Termo de Consentimento Livre Pós-esclarecimento (Anexo 4).

2.3. Análise Estatística

Os dados obtidos foram agrupados e ordenados de acordo com suas especificidades sendo transferidos para um banco de dados (Excel) e então processados em função de sua frequência absoluta e dos índices percentuais, analisados considerando as variáveis absolutas.

A análise estatística descritiva foi utilizada na caracterização dos sujeitos e apresentados de forma quantitativa em Figuras e Tabelas.

3. RESULTADOS

3. RESULTADOS

Os resultados serão sistematizados e apresentados, segundo os objetivos propostos.

3.1. Aspectos Sócio-Demográficos dos Pacientes do Estudo

Dos 22 pacientes participantes da pesquisa, a menor idade encontrada foi de 21 anos e a maior 89, com média de 70,27 anos \pm 17,00, sendo 12 (54,55%) homens com idade média de 74,33 anos \pm 11,30, e 10 (45,45%) mulheres com idade média de 65,40 anos \pm 21,68, conforme a Figura 1. Entre os homens: 7 (31,82%) casados, 2 (9,09%) viúvos, 2 (9,09%) solteiros e 1 (4,54%) amasiado; e entre as mulheres: 1(4,54%) casada, 6 (27,27%) viúvas e 3 (13,65%) solteiras, Figura 2.

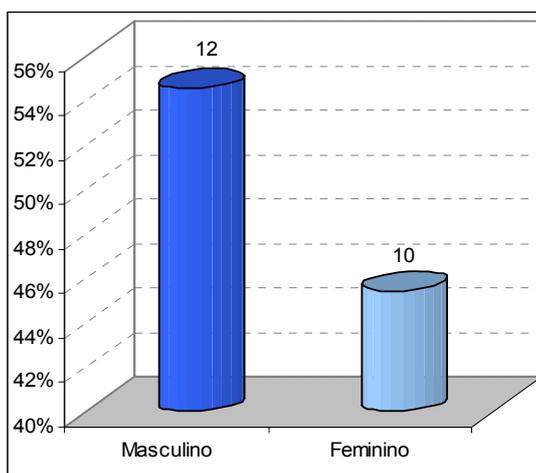


Figura 1. Distribuição de freqüência segundo o sexo dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

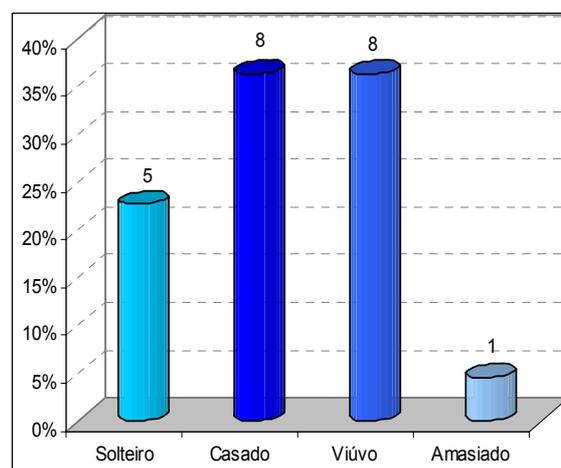


Figura 2. Distribuição de freqüência referente ao estado civil dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

Quanto à escolaridade, entre as mulheres, 2 (20%) eram analfabetas, 3 (30%) apresentavam ensino fundamental completo, 3 (30%) tinham ensino fundamental incompleto e 2 (20%) o ensino médio completo. Entre os homens, 1 (8,33%) era analfabeto, 4 (33,33%) apresentavam ensino fundamental completo e 7 (58,34%) o ensino fundamental incompleto.

Quanto à ocupação, entre as mulheres, a maioria exercia a função do lar. Já os homens apresentavam diferentes profissões, como agente de portaria, bancário, ambulante, funcionário público, trabalhador rural, funcionário da SUCEM; entretanto, devido à idade, encontravam-se aposentados, totalizando 18, sendo 10 (55,55%) homens e 8 (44,45%) mulheres. Somente, outros 4 (18,18%) pacientes, ainda, exerciam a profissão, secretária, encadernadora, encanador e vigia noturno. Verificou-se que, em relação à ocupação, há uma maior incidência de pacientes aposentados.

Encontrou-se 12 (54,55%) pacientes recebendo até um salário mínimo, demonstrando baixo nível econômico dos pacientes, o que se observa na Figura 3.

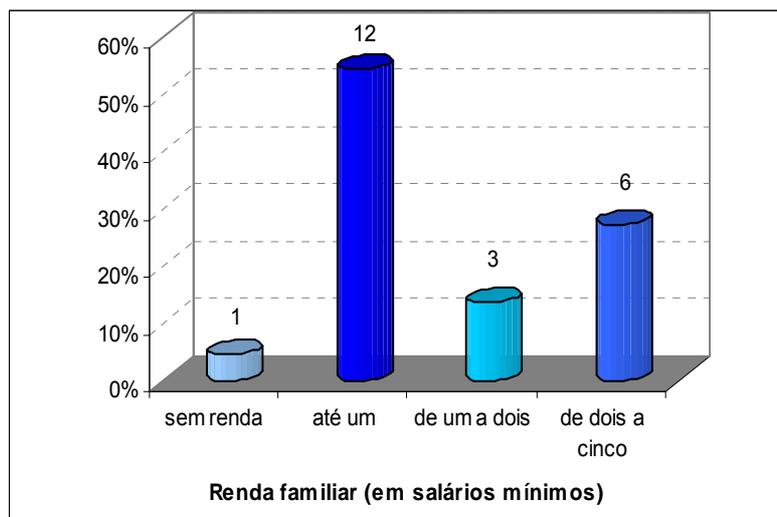


Figura 3. Distribuição de freqüência quanto o auxílio financeiro dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

Notou-se que 9 (40,93%) pacientes moravam em duas pessoas; 6 (27,27%) moravam em 3; 4 em 4 pessoas; 1 (4,54%) família morava em 8 pessoas; 1(4,54%) com 6 e, apenas, 1(4,54%) entrevistado morava sozinho (Figura 4).

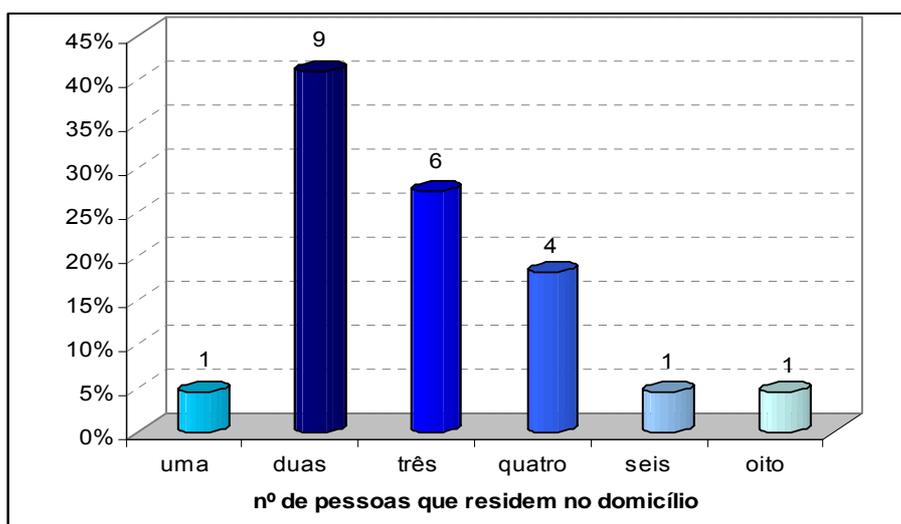


Figura 4. Distribuição de freqüência referente ao número de pessoas que residem no domicílio dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

Concernente à instituição hospitalar em que os pacientes estavam internados, 12 (54,55%) pacientes estavam internados no Hospital de Base, 7 (31,82%) na Santa Casa e 3 (13,64%) no Hospital Ielar (Figura 5). Quanto ao atendimento, 5 (22,73%) possuíam plano de saúde privado e 17 (77,27%) foram atendidos pelo SUS (Figura 6).

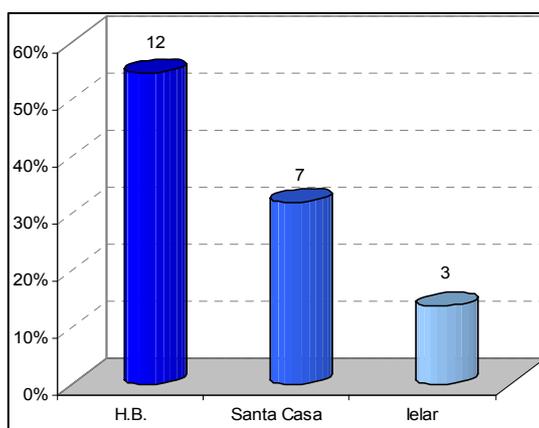


Figura 5. Distribuição dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 quanto à instituição hospitalar em que estava internado.

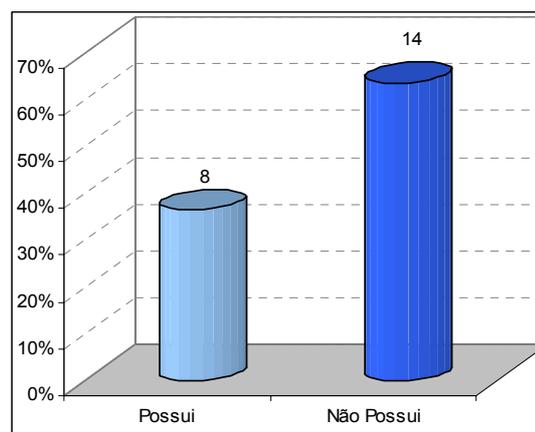


Figura 6. Distribuição da frequência quanto ao paciente que sofreu primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 possuir ou não plano de saúde.

3.2. Aspectos Clínico-Evolutivos

Dos 22 pacientes, 10 (45,45%) foram a óbito, sendo 7 (70%) homens e 3 (30%) mulheres, como se nota na Figura 7.

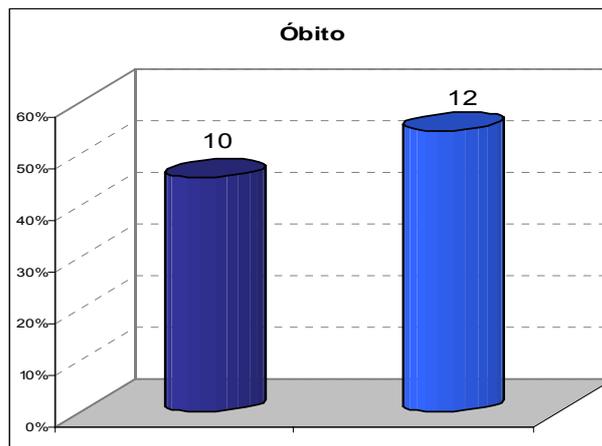


Figura 7. Distribuição de freqüência segundo óbito dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

A curva de sobrevida, de acordo com a evolução clínica dos pacientes, demonstra que 6 (27,27%) pacientes apresentaram óbito nos 30 dias após o AVC, Figura 8.

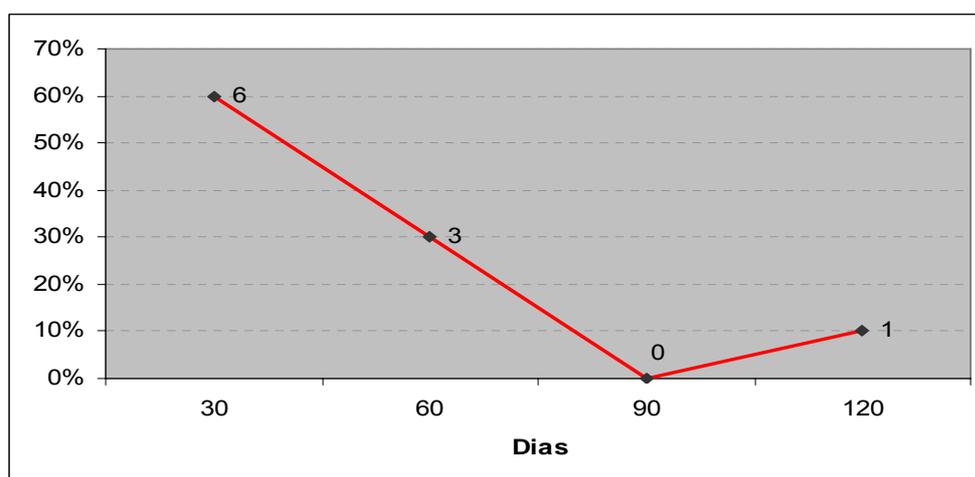


Figura 8. Curva de sobrevida de acordo com a evolução clínica dos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

3.3. O Índice de Barthel

Observou-se que dos 22 pacientes amostrados, 19 (86,36%) deles são totalmente dependentes de seus cuidadores (Índice de Barthel entre 0 e 20), e que os outros 3 (13,64%) apresentam Índice de Barthel entre 21 e 45 pontos, o que implica em uma grave dependência dos mesmos (Figura 9).

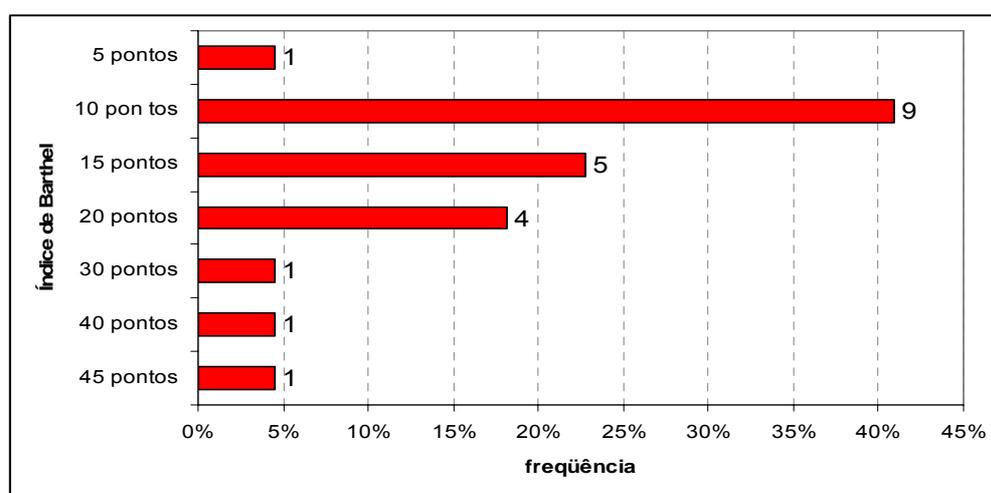


Figura 9. Distribuição de frequência referente à pontuação obtida pelos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 quanto ao Índice de Barthel.

Na Figura 10, observa-se a apresentação separada de cada um dos dez itens investigados pelo Índice de Barthel para a seleção dos pacientes que participaram da pesquisa. Depreende-se que 2 (9,09%) dos pacientes obtiveram pontuação 10 em relação à alimentação, o que significa que esses utilizaram talheres e conseguiam comer em tempo razoável. Revelou, também, que 8 (36,36%) indivíduos obtiveram pontuação 5, ou seja, necessitavam de ajuda para se alimentar (Figura 10.1).

Relacionando o Índice de *Barthel* com o banho, verificou-se que apenas 1 (4,54%) paciente obteve pontuação 5, isto é, não necessita de ajuda para tomar banho (Figura 10.2).

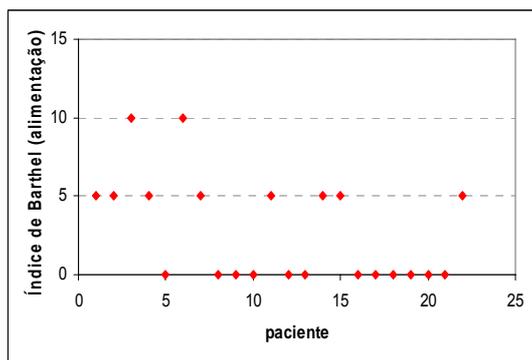


Figura 10.1. Distribuição dos pacientes referente à alimentação segundo o Índice de Barthel.

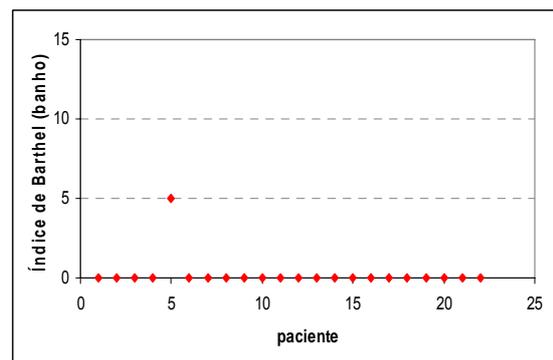


Figura 10.2. Distribuição dos pacientes referente ao banho segundo o Índice de Barthel.

Relacionando o Índice com outros tipos de higiene pessoal, observou-se que apenas 1 (4,54%) paciente obteve pontuação 5, o que significa que este executa atividades como lavar o rosto, pentear-se, escovar os dentes e/ou barbear-se sem a necessidade de ajuda (Figura 10.3).

Notou-se que todos os pacientes necessitavam de ajuda para realizarem alguns tipos de tarefas que exigiam certa habilidade, como calçar meias ou abotoar roupas, por exemplo, (Figura 10.4).

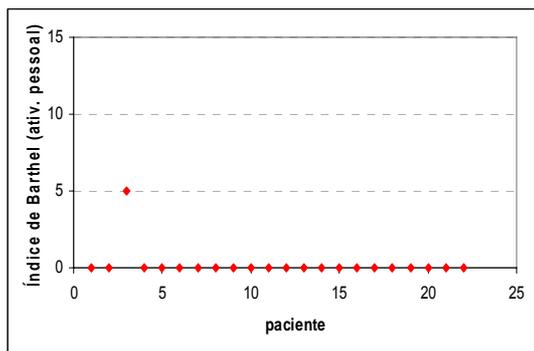


Figura 10.3. Distribuição dos pacientes referente a atividades pessoais segundo o Índice de Barthel.

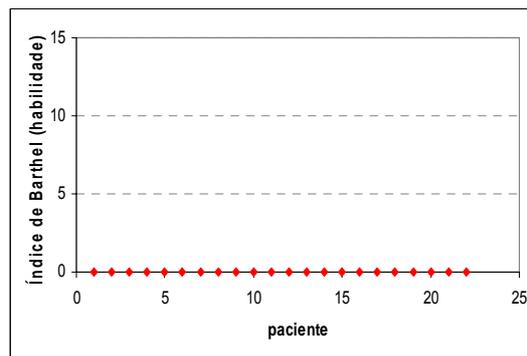


Figura 10.4. Distribuição dos pacientes referente à habilidade segundo o índice de Barthel.

Dois (9,09%) dos pacientes observados eram capazes de colocar supositórios, ou fazer suas lavagens (10 pontos), e 11 (50%) deles necessitavam de ajuda, Figura 10.5.

Verificou-se que 5 (22,73%) dos pacientes eram capazes de controlar a necessidade de urinar e 9 (40,96%) deles necessitavam de auxílio de sondas ou fraldas geriátricas (Figura 10.6).

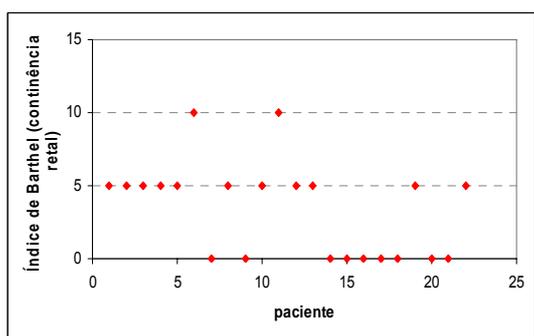


Figura 10.5. Distribuição dos pacientes referente à continência retal segundo o Índice de Barthel.

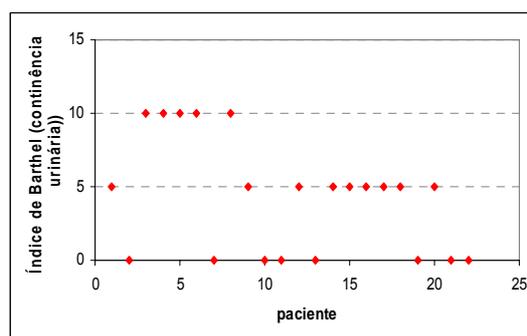


Figura 10.6. Distribuição dos pacientes referente à continência urinária segundo o Índice de Barthel.

Depreende-se que apenas 2 (9,09%) dos pacientes amostrados não necessitaram de ajuda para o toalete, ajuda em: equilibrar-se, colocar roupas, entre outras ajudas (Figura 10.7).

Verificou-se uma grande incidência de pacientes que obtiveram 5 pontos em relação às transferências, ou seja, necessitavam de ajuda máxima para passar da cama para a cadeira e vice-versa (Figura 10.8).

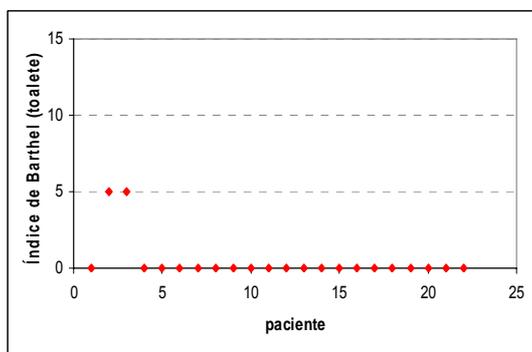


Figura 10.7. Distribuição dos pacientes referente ao toalete segundo o Índice de Barthel.

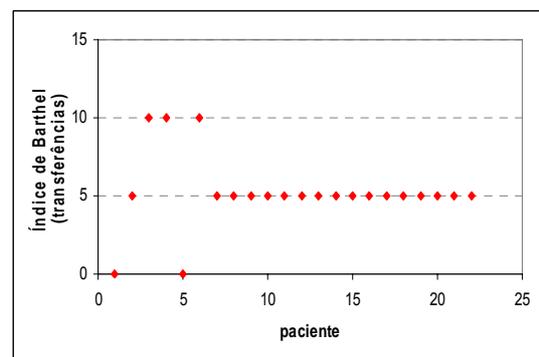


Figura 10.8. Distribuição dos pacientes referente à transferência segundo o Índice de Barthel.

Nenhum dos pacientes que fizeram parte da amostra conseguia andar sozinho (Figura 10.9), observou-se também que nenhum dos pacientes amostrados era capaz de subir degraus. Acrescenta-se que alguns pacientes conseguiam caminhar com algum tipo de ajuda, entretanto não percorriam uma longa distância (menos de 50 metros) (Figura 10.10).

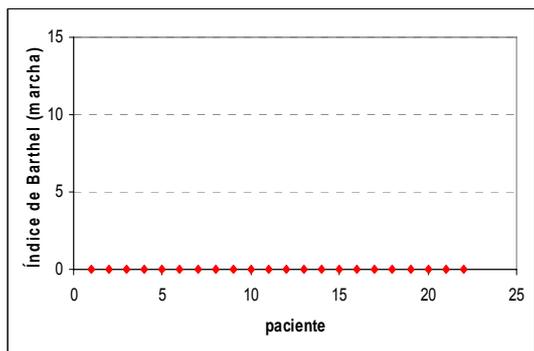


Figura 10.9. Distribuição dos pacientes referente à marcha segundo o Índice Barthel.

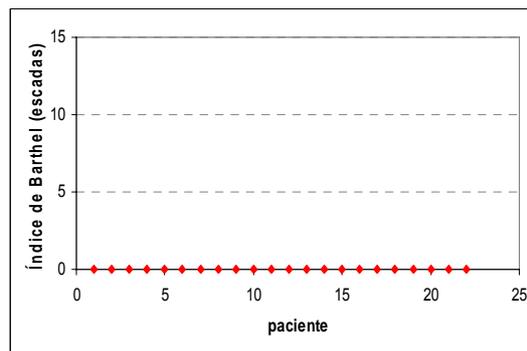


Figura 10.10. Distribuição dos pacientes referente a subir escadas segundo o Índice de Barthel.

3.4. Doenças Associadas e Intercorrências Pós AVC

Em relação às doenças associadas, 17 (77,27%) pacientes eram hipertensos, 6 (27,27%) diabéticos, 3 (13,65%) tinham doenças do coração e 2 (9,09%) portadores de depressão. Além disso, 24,32% apresentavam outros tipos de doenças, tais como: Alzheimer, Parkinson e Síndrome de Down (Figura 11).

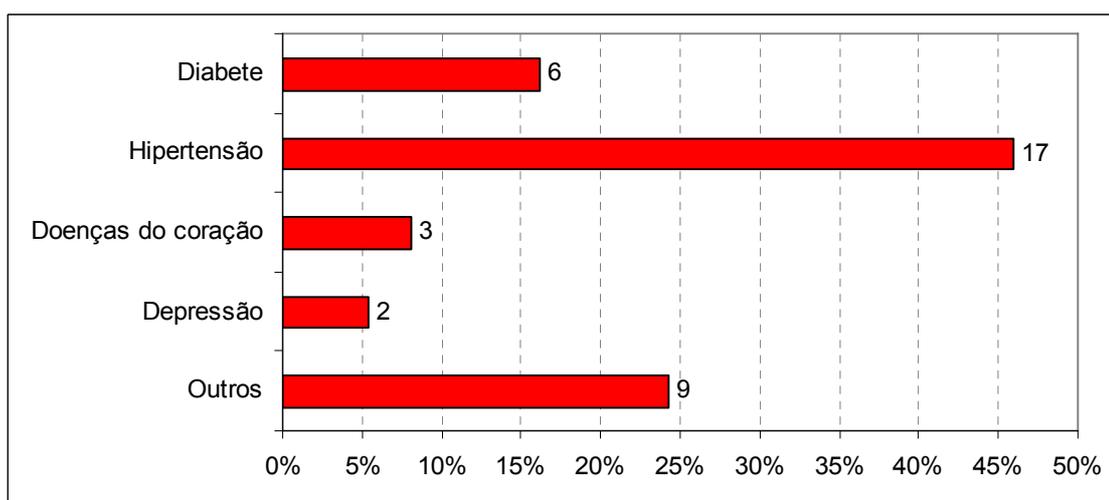


Figura 11. Distribuição de frequência de doenças associadas apresentadas pelos pacientes que sofreram primeiro episódio de AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

Entre as intercorrências clínicas encontradas nesse estudo, incluem-se, pneumonia: 9 (26,46%); úlceras de pressão: 9 (26,46%); infecção do trato urinário: 8 (23,53%); crises convulsivas: 3 (8,82%); desidratação: 1 (2,94%); insuficiência cardíaca congestiva: 1 (2,94%) e hipertensão: 1 (2,94%). Verificou-se ainda que 8,82% dos pacientes amostrados apresentaram outros tipos de intercorrências, como: infarto do miocárdio, sangramento retal, diarreia e vômitos (Figura 12).

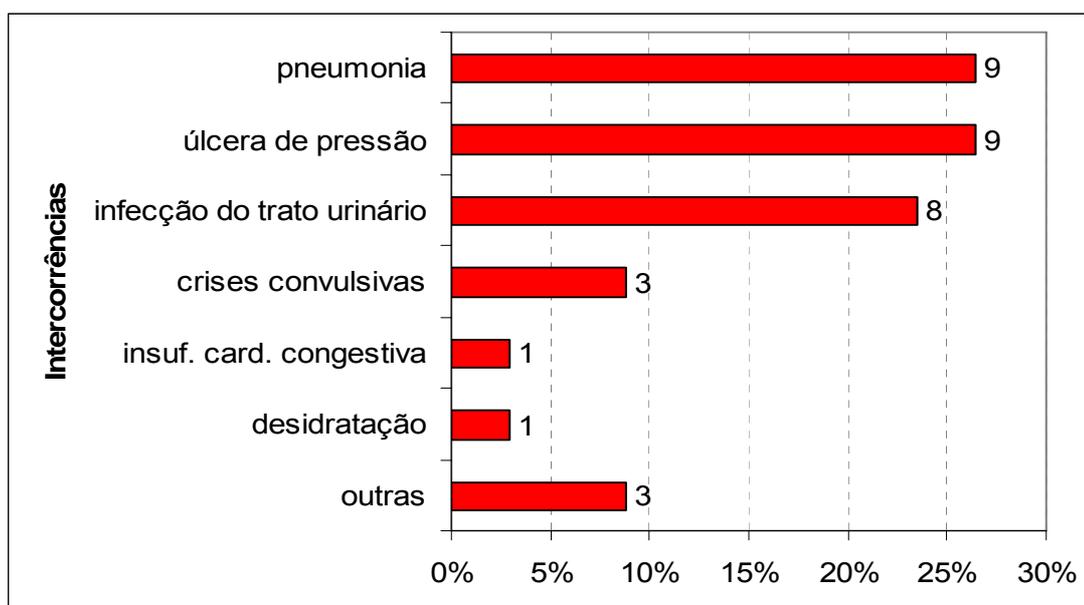


Figura 12. Distribuição da frequência das complicações clínicas apresentadas pelos pacientes pós - primeiro AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

Observou-se que 9 (40,91%) dos pacientes apresentaram pneumonia (Figura 13).

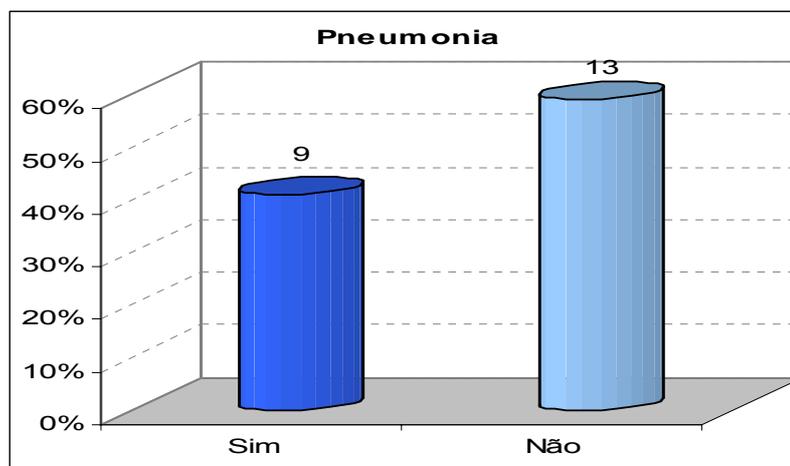


Figura 13. Distribuição de freqüência dos pacientes pós - primeiro AVC de São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 que apresentaram pneumonia.

Dos 22 participantes da pesquisa, 8 (36,36%) fizeram uso de fraldas, 5 (22, 73%) sonda vesical de demora, 3 (13,65%) usaram uripen e apenas 6 (27,27%) eram continentais (Figura14):

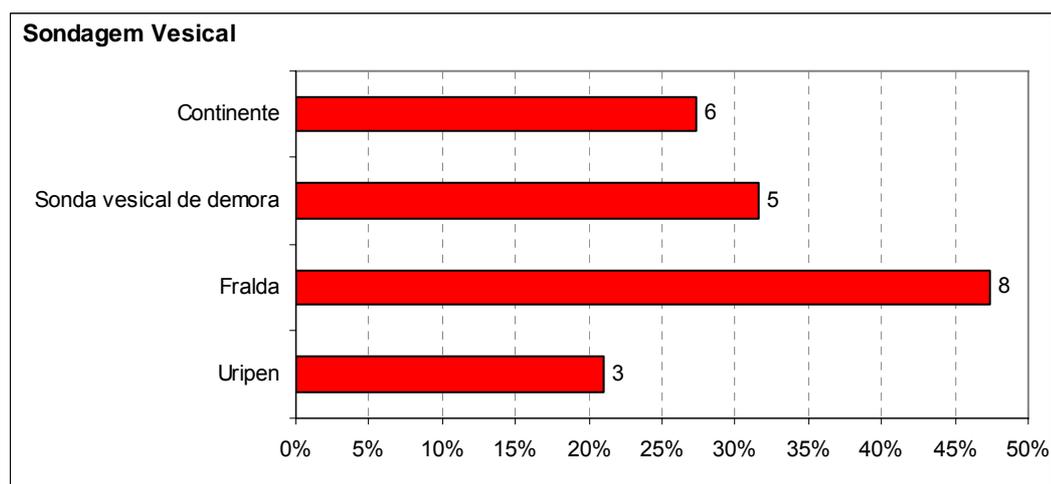


Figura 14. Distribuição da freqüência dos pacientes pós-primário AVC de São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 quanto à continência urinária.

Abaixo, encontramos que 14 (63,64%) pacientes usaram sonda nasogástrica para alimentação e, entre esses, 9 (40,91) apresentaram pneumonia, 2 (9,09%) dos pacientes não usaram sonda e apresentaram pneumonia e, entre os 14 (63,64%) que usaram sonda, 4 (18,18%) pacientes foram a óbito dentro dos 30 dias (Tabela 1).

Tabela 1. Relação entre pacientes pós - primeiro AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 que usaram sonda nasogástrica e apresentaram pneumonia.

	Pneumonia		Sonda Nasogástrica		Total	
Sim	07	31,82%	07	31,82%	14	63,64%
Não	02	9,09%	06	27,27%	08	36,36%
Total	09	40,91%	13	59,09%	22	100,00%

Quanto ao método utilizado para a incontinência urinária e os pacientes que apresentaram infecção do trato urinário, encontramos, entre os 5 (22,73%) com uso de sonda vesical de demora, 3 (13,64%) que apresentaram infecção urinária e os outros 2 (9,09%) foram a óbito dentro de 30 dias. Quanto aos que usavam fraldas e mesmo entre os continentes, encontramos 2 (9,09%) em cada caso com infecção e, entre os que usaram uripen 1 (4,54%) teve infecção, totalizando 8 (36,36%) pacientes com infecção urinária (Tabela 2).

Tabela 2. Relação entre pacientes pós - primeiro AVC de São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 quanto ao método utilizado para incontinência urinária e paciente que apresentaram infecção do trato urinário.

	Infecção do Trato Urinário		Sondagem Vesical		Total	
Continente	2	9,09%	4	18,18%	6	27,27%
SVD	2	9,09%	3	13,64%	5	22,73%
Fralda	3	13,64%	5	22,73 %	8	36,36%
Uripen	2	9,09%	1	4,55%	3	13,64%
Total	9	40,91%	13	59,09%	22	100,00%

Entre os 22 pacientes 9 (40,91%) apresentaram úlceras de pressão (Figura 15).

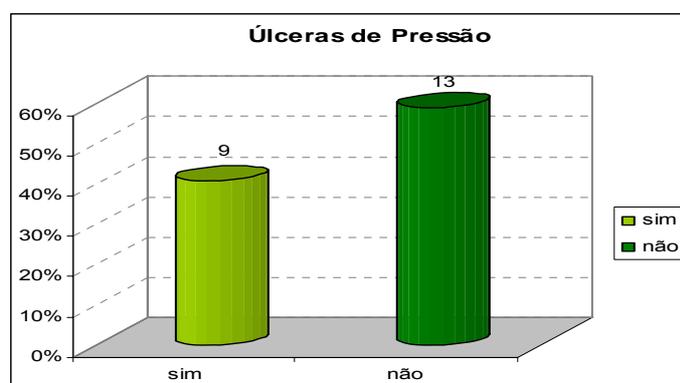


Figura 15. Distribuição dos pacientes pós - primeiro AVC de São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 que apresentaram úlcera de pressão.

As regiões em que apareceram as úlceras de pressão foram: a região isquiática como área de predominância, com 7 (77,77%) dos pacientes; calcâneo com 3 (33,33%); a região trocântérica 2 (22,22%) e a região sacra, das orelhas, acrômio, joelhos e quadril com 1 (11,11%) (Figura16).

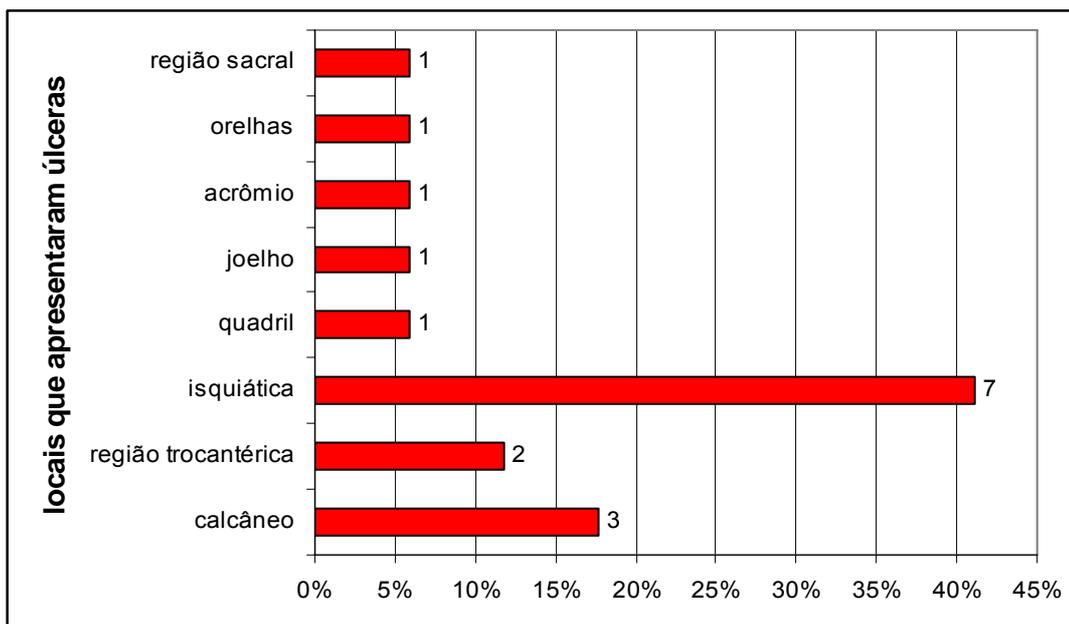


Figura 16. Distribuição das regiões em que os pacientes pós-primeiro AVC de São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 apresentaram as úlceras de pressão.

3.5. Visitas Domiciliares

Foram realizadas visitas, 30, 60 e 90 dias após a alta hospitalar dos pacientes avaliados. O objetivo foi identificar as complicações apresentadas e as dificuldades encontradas pelos cuidadores devido às mudanças na rotina de vida diária, e as alterações e adaptações necessárias para facilitar a assistência ao paciente. Os cuidadores também foram interrogados sobre as necessidades dos pacientes no domicílio.

O paciente com AVC pode necessitar de um auxílio maior para realizar suas atividades, bem como requerer uma assistência diferenciada, visando impedir que desenvolva complicações maiores, por apresentar restrições físico-funcionais impostas pela doença.

3.6. Perfil Evolutivo Resultante das Visitas Domiciliares

As complicações clínicas, depois de AVC, ocorrem com grande frequência e podem interromper o processo de reabilitação, comprometer a melhora funcional ou resultar em maior morbidade ou óbito. As mais prevalentes foram: pneumonia, úlcera de pressão e infecção do trato urinário, sendo que os pacientes pós - primeiro AVC apresentaram estas complicações nos primeiros 30 dias de evolução clínica (Figura 17).

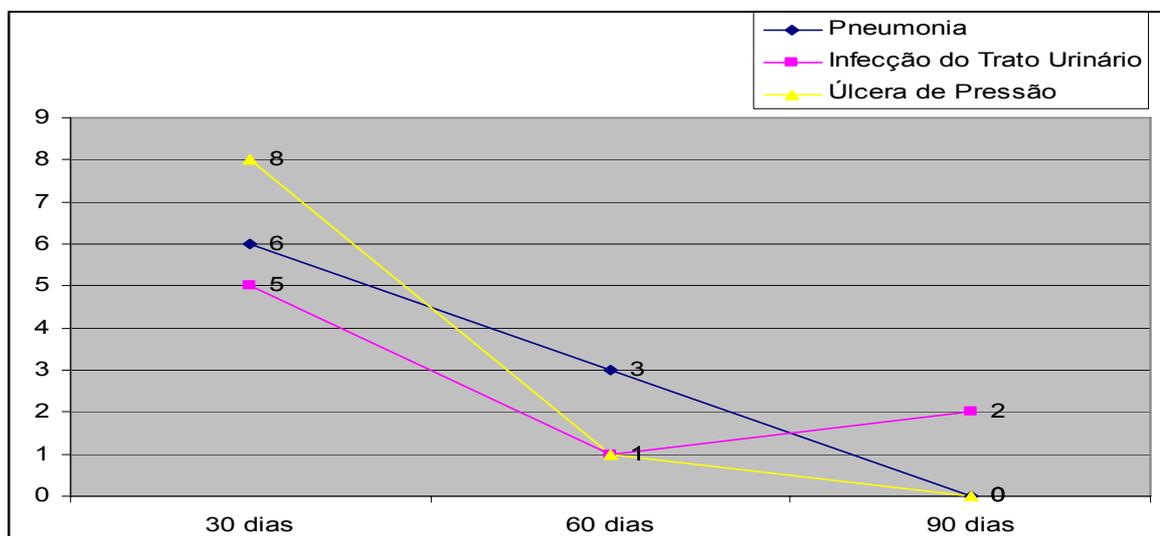


Figura 17. Distribuição de frequência da pneumonia, úlcera de pressão e infecção do trato urinário, apresentado pelos pacientes pós - primeiro AVC, durante a evolução clínica, em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

3.7. Perfil Demográfico dos Cuidadores

Na caracterização do cuidador, a menor idade encontrada foi de 24 anos e a maior de 80, encontramos 05 (18,18%) homens e 17 (81,82%) mulheres, com média de idade de $53,80 \pm 14,04$, entre os homens, e $48,29 \pm 11,12$ entre

as mulheres. O estado civil foi assim discriminado: dos cinco homens cuidadores, 1 (20%) era casado, 1 (20%) viúvo, 2 (40%) solteiros e 1 (20%) desquitado; e entre as mulheres: 11 (64,71%) eram casadas; (17,65%) viúvas, 1 (5,88%) solteira, 1 (5,88%) desquitada e 1(5,88%) amasiada.

Quanto à escolaridade, entre as mulheres, ensino superior incompleto: 01(5,88%); ensino médio completo: 6 (35,30%); ensino fundamental completo: 2 (11,70%); ensino fundamental incompleto: 4 (23,53%); ensino fundamental completo: 4 (23,53%). Entre os homens, superior completo com mestrado: 1 (20%); ensino médio completo: 2 (40%); ensino fundamental completo: 1(20%); analfabeto: 1(20%).

As Figuras 18 e 19 mostram a distribuição dos cuidadores por sexo e estado civil, respectivamente, 18 (81,82%) de cuidadores são do sexo feminino e a maioria é casada, 12 (54,55%).

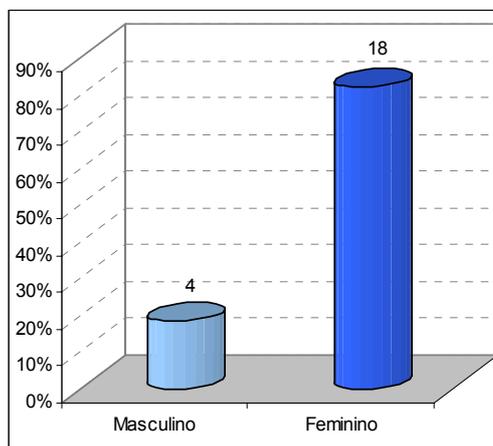


Figura 18. Distribuição de frequência segundo o sexo do cuidador dos pacientes pós primeiro AVC de São José do Rio Preto/SP no ano de 2005.

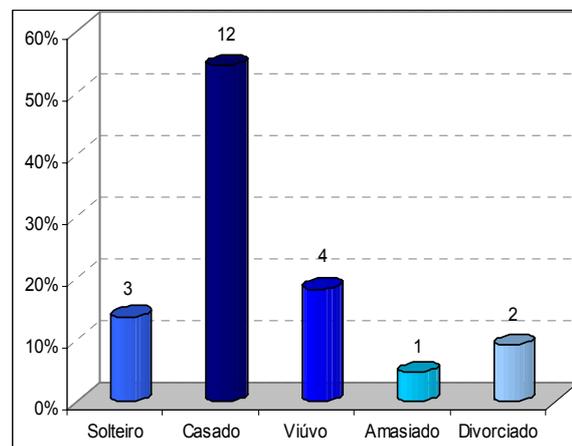


Figura 19. Distribuição de frequência referente ao estado civil do cuidador dos pacientes pós - primeiro AVC de São José do Preto/SP no ano de 2005.

Observa-se que 17 (77,27%) dos pacientes amostrados não receberam orientação de alta; os cuidadores relataram a falta de orientações sobre a doença crônico-degenerativa e os cuidados necessários após a alta (Figura 20).

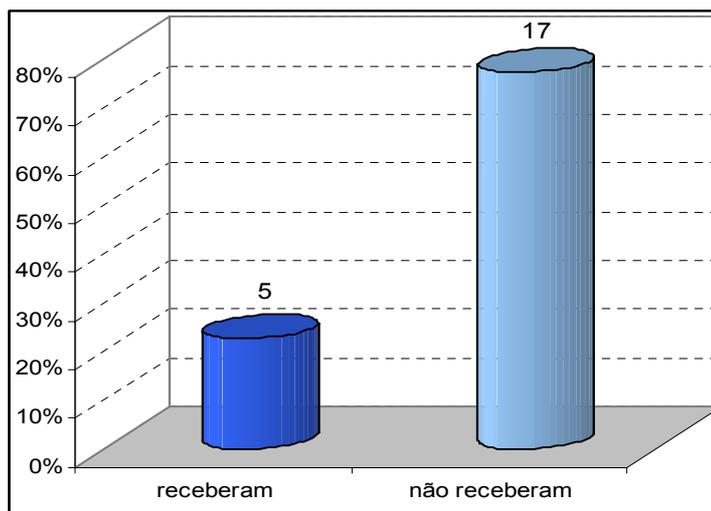


Figura 20. Distribuição de freqüência referente aos pacientes pós - primeiro AVC em São José do Rio Preto/SP no ano de 2005 que receberam orientação de alta.

4. DISCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

4.1. Caracterização Demográfica dos Pacientes Após Primeiro AVC

Na amostra avaliada, houve predomínio de AVC no sexo masculino (54,55%), encontrou-se também 23% dos pacientes com idade entre 21 e 54 anos, demonstrando ser compatível com a literatura⁽³⁷⁾ que verifica ser a incidência de AVC, nos homens, discretamente superior a das mulheres, podendo o AVC ocorrer em indivíduos mais jovens.⁽⁶⁾

Como se pôde observar 54,55% dos pacientes é do sexo masculino, o que condiz com a literatura ao afirmar que a incidência de AVC, nos homens, é discretamente superior que nas mulheres. Também se deve esclarecer que cinco (22,73%) pacientes, com idade entre 21 e 54 anos, fizeram parte dessa pesquisa, demonstrando outro dado compatível com a literatura,⁽³⁹⁾ confirmando, assim, que o AVC pode ocorrer em ambos os sexos e em indivíduos mais jovens.⁽⁶⁾

Conforme comprovado, a incidência do AVC aumenta com a idade, sendo considerada a terceira causa de morte em idosos.⁽⁴⁰⁻⁴²⁾

Pelo demonstrado, grande parte dos pacientes possui, apenas, o ensino fundamental incompleto, dado que corrobora com o perfil de subdesenvolvimento do Brasil, no qual há um grande contingente de pessoas nas categorias escolares inferiores, analfabetos e com o primeiro grau incompleto.⁽⁴³⁾ Posta assim a questão, deve-se dizer que o nível de escolaridade relaciona-se, estritamente, com o nível de saúde das pessoas,

bem como a empregabilidade visto que, na sua avaliação, verificou-se que quanto maior o grau de conhecimento atingido, maior o grau das pessoas adquirirem hábitos saudáveis de vida.

Quanto ao atendimento, 05 (22,73%) possuíam plano de saúde privado e 17 (77,27%) foram atendidos pelo SUS. Convém ressaltar que “O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecida pela Constituição de 1988”. Por meio do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos, nas Unidades de Saúde, vinculadas ao SUS sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal), quanto às privadas, contratadas pelo Gestor público de saúde. ⁽⁴⁴⁾

A PNDA/2003 – Saúde, do IBGE, é a mais importante pesquisa sobre o acesso e utilização dos serviços públicos e privados de saúde no Brasil, com uma amostra de 384.834 pessoas. Seu desenho permite, além de um importante retrato das motivações e intensidade do uso dos serviços, uma compreensão das desigualdades regionais e sociais no acesso. ⁽⁴⁵⁾

Cerca de ¼ da população tem plano de saúde, número que se mantém constante desde a PNDA de 1998. A cobertura dos planos é maior nas regiões urbanas, um pouco superior entre as mulheres e os maiores de 40 anos; Cresce, especialmente, entre os de maior renda, variando de 2,0% entre os mais pobres a 84% entre os mais ricos. A cobertura dos planos de saúde é maior entre os que referem ter um estado de saúde bom/muito bom (26%) e menor para aqueles que declaram um estado de saúde ruim (19%). ⁽⁴⁵⁾

Foram referidas cerca de sete internações por 100 habitantes em 2003: um total de 12 milhões e 300 mil, 20% das quais reinternações. ⁽⁴⁵⁾

Foram financiadas pelo SUS 67,6% das internações e apenas 24,3% tiveram participação parcial ou integral de planos e seguros de saúde. A participação do SUS variou de 84 a 89% em Roraima, Paraíba e Ceará, a 52% em São Paulo e 58% no Rio de Janeiro. ⁽⁴⁵⁾

4.2. Índice de Barthel

No estudo utilizou-se o Índice de Barthel ⁽³⁷⁾ com scores menores ou iguais a 45, correspondendo a um acometimento intenso que levam os pacientes à inatividade e mais suscetíveis a óbito no primeiro semestre de acompanhamento, corroborando com Sze *et al.* ⁽⁴⁶⁾ 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.

O Índice de Barthel é utilizado para graduar as atividades de vida diária (AVD) de um indivíduo portador de deficiência física. É um instrumento composto por dez itens, cada um permitindo uma avaliação que vai da independência funcional à dependência total de cada uma das atividades avaliadas, classificadas de forma ordinal, indicando se esses necessitam de cuidado ou não. Deve-se esclarecer que, por meio da observação direta de registros clínicos, ele foi preenchido e é muito utilizada por avaliar, com segurança, a atividade de vida diária dos pacientes que sofreram AVC. ⁽³⁶⁾

Na amostra, 19 (86,46%) dos pacientes pós - primeiro AVC eram totalmente dependentes de seus cuidadores: Índice de Barthel entre 0 e 20, e 3 (13,64%) desses pacientes apresentaram Índice de Barthel entre 21 e 45 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.

A capacidade funcional dos pacientes pós primeiro AVC foi avaliada na escala de dez itens: alimentação, banho, atividades pessoais, habilidades, continência retal, continência urinária, toalete, transferências, marcha e escada, dando um escore, que variou da dependência total a grave dependência. Neste estudo o Índice de Barthel mostrou-se importante instrumento na evolução clínica destes pacientes, corroborando com os autores Valverde Carrillo et al⁽³⁸⁾, que descreveram as vantagens do mesmo como sua alta confiabilidade pelo fato de ser o índice mais estudado e difundido no âmbito internacional e de ser um dos instrumentos mais recomendados para medir a capacidade funcional em Atividade de Vida Diárias.

4.3. Aspectos Clínicos e Evolutivos dos Pacientes Pós - Primeiro AVC

As intercorrências clínicas, depois do AVC, 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 incidência bastante acentuada de indivíduos com hipertensão (77,27%), o que corrobora com André⁽³⁾ que diz que a presença de hipertensão arterial (HA) eleva em cerca de três a quatro vezes o risco de se ter um AVC. Considerando sua alta prevalência, a HA pode ser considerada diretamente responsável por, pelo menos, metade dos casos de AVC. Em ambos os sexos, tanto a elevação da pressão arterial sistólica quanto à diastólica associam-se ao aumento do risco de doenças cardiovasculares em qualquer idade. A literatura associa fatores de risco às doenças cerebrovasculares e, invariavelmente, destaca a hipertensão arterial como um dos mais importantes e mais fortemente correlacionados ao AVC, como também ressalta que a terapia anti-hipertensiva é capaz de reduzir a morbidade e mortalidade por essa causa.⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾ No entanto, concordamos com Hale *et al.*⁽⁴⁸⁾ quando afirmam que o fato de ter conhecimento de ser hipertenso e receber medicação não é o bastante para prevenir suas conseqüências, uma vez que, de acordo com os autores, poucos pacientes associavam hipertensão e AVC, demonstrando um conhecimento menor que o desejável.

Dos 22 pacientes, 9 (40,91%) desenvolveram pneumonia, considerada uma das complicações mais comuns após o AVC, sendo que o seu desenvolvimento deve-se à demora para iniciar a deglutição e a disfagia severa, necessitando de alimentação enteral.⁽³³⁾

A pneumonia aspirativa pode prolongar a hospitalização aguda e adiar o início dos cuidados de reabilitação, além de ser a causa de 7% a 34% dos óbitos relacionados ao AVC. A avaliação cuidadosa da deglutição, realizada antes da

alimentação oral, enquanto os pacientes estão apropriadamente posicionados, pode, muitas vezes, prevenir a pneumonia aspirativa.⁽⁵⁰⁾

O problema mais comum, após o AVC, é a demora para iniciar a deglutição faríngea. Sob essas circunstâncias, líquidos finos podem ser facilmente aspirados. Os pacientes com disfagia, muitas vezes, podem alimentar-se de forma segura com o uso de dietas modificadas e estratégias de deglutição, ensinadas por fonoaudiólogos para reduzir o risco da aspiração. Pacientes com disfagia mais severa beneficiam-se de alimentação enteral. Felizmente, 80% dos pacientes com disfagia, após AVC agudo, recuperam a capacidade de deglutir seguramente, permitindo a reinstituição da alimentação oral.⁽⁵⁰⁾

Observou-se que 8 (23,53%) pacientes apresentaram infecção do trato urinário, dado que corrobora com a literatura quando colocam que os sobreviventes de AVC universalmente têm ruptura dos padrões urinários, o comprometimento da comunicação, os déficits de percepção e a pouca mobilidade também contribuem para a incontinência. Ocorrem incontinência e urgência urinária porque as lesões encefálicas comprometem a inibição voluntária da micção reflexa normal, a conduta apropriada inclui tratamento de infecção do trato urinário.⁽⁵⁰⁾

Entre outras intercorrências clínicas, as úlceras de pressão, encontradas em 9 (40,91%) dos pacientes, ocorrem em cerca de 3% dos pacientes hospitalizados por AVC, causam dor e aumento da espasticidade, atrasam a alta e a recuperação e podem levar a infecção e a morte.⁽³⁾ Relaciona-se a imobilidade do paciente no leito, mal nutridos, incontinentes ou com infecções e

doenças graves associadas. A prevenção baseia-se no cuidado intensivo de enfermagem: exame regular da pele, mudança freqüente de decúbito, mobilização precoce. Os pacientes com mais alto risco para úlceras de pressão são aqueles com severo comprometimento motor e comorbidade clínica. ^(3,50)

4.4. Perfil dos Cuidadores dos Pacientes Após Primeiro AVC

Vale ratificar que o presente estudo sobre o AVC enfoca o impacto que essa doença altamente letal ou incapacitante, tem sobre o indivíduo, grupo familiar e sociedade visto que a hemiplegia decorrente do AVC impossibilita ou dificulta a realização de atividades diárias. ⁽⁵¹⁾

Segundo declarações apresentadas por Karsch *et al.* ⁽²⁵⁾ no estudo do perfil de cuidadores e suas necessidades de adultos incapacitados, notam que os cuidadores/ familiares, raramente, recebiam informações a respeito da doença, e nenhuma orientação 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, 5 (22,73%) dos 22 pacientes amostrados receberam orientação de alta.

A maioria 18 (81,82%) dos cuidadores são do sexo feminino, em concordância com o comentário feito por Karch ⁽²⁵⁾ e Néri ⁽²⁴⁾ que relatam: “No Brasil, as evidências de pesquisas demonstraram que o cuidado de idosos continua sendo uma tarefa majoritariamente feminina”.

Em virtude dessas considerações, é bom lembrar que o fato de 18 (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 mulher. Andrade e Rodrigues⁽²⁷⁾ apud Colière,⁽⁵²⁾ afirmam que, ao longo de vários anos, a prática de cuidados que suportam a vida liga-se, fundamentalmente, às atividades da mulher.

O grupo de familiares envolvidos foi semelhante aos de outras pesquisas, veiculadas na literatura nacional e internacional, quanto aos seguintes aspectos: eram constituídas, sobretudo, por mulheres que eram esposas, filhas dos idosos alvos de cuidados, ou seja, pertenciam à mesma geração ou à geração imediatamente subsequente; eram idosas, ou estavam na meia-idade.⁽⁵³⁾

Para Boff,⁽⁵⁴⁾ “cuidar é mais do que um ato, é uma atitude”, já que abrange muito mais do que um momento de atenção e de zelo, constituindo uma atitude de ocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Atitude essa que tem importância ímpar nas situações em que os indivíduos não possuem de forma momentânea ou permanente, as condições necessárias para se autocuidarem.

Assim sendo, não podemos deixar de concordar com Andrade⁽²⁷⁾ quando afirma que “a família cada vez tem assumido parte da responsabilidade de cuidar de seus membros...”, pois 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.⁽⁵⁵⁾

Ainda a respeito dos cuidadores, constata-se que a maioria entende o que é a doença do paciente e, segundo os mesmos, algumas das maiores dificuldades encontradas no cuidado com esses são: a locomoção desses dentro de casa, a higiene pessoal e a disponibilidade do cuidador.

Quanto ao tipo de ajuda que o paciente necessita do cuidador, dentre os 22 entrevistados amostrados, 19 (86,35%) deles eram totalmente dependentes de seus cuidadores e necessitavam de ajuda para banhar-se, vestir-se, comer, receber as medicações. É importante lembrar que como o Índice de Barthel foi escolhido para classificar o paciente na escala entre 0 e 45, esse resultado acarreta sobrecarga nas atividades a serem desenvolvidas pelo cuidador.

Constatou-se também que a maioria dos cuidadores é casada, 12 (54,55%), 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.

Sobre as mudanças na rotina de vida diária, a maioria deles sofreu alterações em virtude da necessidade de estar atento e disponível para auxiliar o paciente nas atividades em que apresentava dependência.

Esse fato demandava mudanças, tais como: “aumentou os gastos com medicações”; “passou a dar menos atenção aos familiares”; “o serviço a ser desenvolvido dentro de casa dobrou”; “precisou fazer adaptações na casa referentes à necessidade de cama hospitalar, tirar box do banheiro para colocar cadeira higiênica para o banho”; “aumento da responsabilidade”; “dificuldade para sair de casa”; “falta de ajuda de outros familiares para cuidar

do paciente, sobrecarregando uma pessoa só”; “dificuldade para transportar o paciente para o serviço de fisioterapia ou consulta médica”. Diante dessas colocações feitas pelos cuidadores, pode-se imaginar o quanto essas alterações acarretam a dinâmica de vida de uma pessoa e da família, exigindo, desse modo, adaptações.

Além da mudança na vida doméstica e social dos familiares, o aumento das despesas é algo que preocupa a família. Cuidar em casa é difícil devido à questão financeira. Muitos cuidadores deixaram de trabalhar para cuidar de seus familiares, o que implica na redução da renda familiar, ao mesmo tempo em que as despesas aumentaram, sobretudo, aquelas com alimentação e medicação.

Sendo o AVC uma doença com apresentação clínica súbita, o reajustamento na estrutura dos papéis, na solução de problemas, 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 preparados. ⁽⁵⁶⁾

Visando reduzir a ansiedade da família, é necessário que ela receba informações relativas ao estado clínico do paciente e seu tratamento de forma clara para que tenha condições de decidir o que considera benéfico ao familiar. Dessa forma, as orientações precisam ser repassadas de maneira que facilitem a compreensão da família, de acordo com seu nível de conhecimento. ⁽⁵⁷⁾

É comum observar, no entanto, que os familiares não procuram tais orientações, por acreditar que não têm direito de fazer questionamentos, ou por receio de se manifestarem e receberem em resposta algum tipo de prejuízo à

assistência. Em contrapartida, os enfermeiros não buscam manter proximidade com os familiares, e as orientações, quando acontecem, costumam ser restritas aos momentos de admissão e de alta, sendo, dessa forma, insuficientes. ⁽⁵⁸⁾

4.5. Considerações Finais

As doenças crônico-degenerativas que acometem a população, dentre elas o AVC, evidenciam o papel da família, como suporte social informal ao doente e essa responsabilidade engloba, entre outras funções, o cuidado direto e permanente, garantindo a sobrevivência.

No momento da alta, ocorre a transferência do cuidado hospitalar para o domiciliar e, em geral, quem assume essa continuidade é a família. A orientação deve ser feita de forma individual, pois é por meio dela que o paciente receberá uma assistência efetiva para suprir suas necessidades.

Este estudo levantou alguns aspectos que envolvem o cuidar de um familiar dependente no domicílio, conhecer seus sentimentos, a realidade que vivenciam e refletir sobre essa realidade, muitas vezes, ignorada pela própria sociedade e, de certa forma, afastada das discussões familiares e do cotidiano das atividades dos profissionais de saúde.

A interação com os cuidadores permitiu evidenciar o quanto eles se sentiam apreensivos na situação de acompanhantes dos pacientes vítimas de AVC. As razões para essa apreensão diziam respeito à desinformação.

Os profissionais necessitam conhecer e desenvolver habilidades de comunicação verbal e não verbal para dar suporte ao cuidador; a formação de

um grupo de suporte, com a proposta de oferecer recursos para informações e esclarecimentos, é importante para os que cuidam de pacientes com alto nível de dependência.

O trabalho com os cuidadores, a maioria deles, familiares, exige visão e ação profissional de acordo com os contextos culturais, sociais e econômicos de cada grupo. O enfermeiro, ao olhar a família dentro de sua dinâmica e, tentando compreender suas características, necessidades e expectativas, pode prestar uma assistência mais direcionada.

Portanto, o enfermeiro é o profissional mais habilitado, seja pelo caráter holístico de sua formação, ou pelo simples e incontestável fato de estar presente por mais tempo na assistência aos pacientes.

Dessa maneira, as orientações de enfermagem ao acompanhante/familiar devem ser iniciadas a partir de sua entrada na instituição e contemplar desde aspectos gerais, relativos à dinâmica hospitalar para facilitar sua adequação ao ambiente, até explicações mais específicas acerca dos equipamentos utilizados e procedimentos ao qual o paciente é submetido.

5. CONCLUSÕES

5. CONCLUSÕES

Os resultados neste estudo dos pacientes pós - primeiro AVC possibilitaram as seguintes conclusões:

1. Quanto à independência funcional, segundo o Índice de Barthel, os pacientes pesquisados demonstraram total dependência ou dependência grave de seus cuidadores em atividades básicas, tais como: alimentação, banho, higiene pessoal, habilidade, continência retal e urinária, toailete e transferências;
2. Entre as doenças associadas encontradas, 17 (77,27%) pacientes eram hipertensos, 6 (27,27%) diabéticos, 3 (13,65%) tinham doenças do coração e 2 (9,09%) portadores de depressão. Além disso, 24,32% apresentavam outros tipos de doenças, tais como: Alzheimer, Parkinson e Síndrome de Down;
3. Em relação às complicações clínicas mais prevalentes que os pacientes pós - primeiro AVC apresentaram foram: pneumonia, úlceras de pressão e infecção do trato urinário, sendo que o índice de sobrevida dos 22 pacientes foi de 54,55%;
4. Concernente à dinâmica funcional do paciente com a família, notou-se que a maioria dos cuidadores era mulher (81,82%), casadas (72%), com idade média de 53,80 anos \pm 14,04, filhos dos pacientes

(41%) e 77,27% dos cuidadores relataram que não receberam orientações de alta, mas têm conhecimento sobre o AVC;

5. As mudanças familiares mais evidentes foram: redução da renda familiar, adaptações referente às necessidades, alimentação dos pacientes e alterações na rotina de vida diária.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade OG, Rodrigues RA, Rodrigues RAP. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral. *Rev Gaúch Enferm.* 1999; 20(2): 90-109.
2. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Programas e projetos: doenças cardiovasculares; 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>.
3. André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
4. Treib J, Grauer MT, Woessner RMM. Treatment of stroke on intensive care unit: a novel concept. *Intensive Care Med.* 2000; 26:1598-1611.
5. Kotila M, Numminem H, Waltino O, Kaste M. Depression after stroke: results of the finnstroke study. *Stroke.* 1998; 29(2):368-72.
6. 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.
7. Moro CHC, Longo AL. Unidade de acidente vascular cerebral. In Gagliardi RJ. Tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.

8. Secrest JA, Thomas SP. Continuity and discontinuity: the quality of life following stroke. *Rehabil Nurs*. 1999; 24(6):240-6.
9. Galarneau L. An interdisciplinary approach to mobility and safety education caregivers and stroke patients. *Rehabil Nurs* 1993; 18(6):395-9.
10. Azeredo Z, Matos E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Rev Fac Med Lisboa*. 2003; 8(4): 199-204.
11. Freitas EV, Py L, Neri AL, Caçado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
12. Adams HP Jr, Butler J, Biller J, Toffol GJ. Nonhemorrhagic cerebral infarctation in young adults. *Arch Neurol*. (1960). 1986; 43(8): 793-6.
13. O' Sullivan SB. Acidente vascular cerebral. In: O'Sullivan SB, Schmitz, TJ. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1993 p. 385-425.
14. Bare BG, Smeltzer SC. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
15. Bonita R. Epidemiology of stroke. *Lancet* 1992; 339(8789):342-51.

16. Vieira EB. Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
17. Whitlatch CJ, Noelker LS. Caregiving and caring. In: Birren JE. Encyclopedia of Gerontology: age, aging and the aged. Los Angeles: Academic Press; 1996. p.253-68.
18. Institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, Portaria Interministerial Nº 5.153 (Abr 7 1999). [Publicado no Diário Oficial da União nº 66; 1999; Abr 8].
19. Duarte MJRS. Cuidadores? Por que e para quê? Atenção ao idoso no domicílio. Rev Enfermagem UERJ. 1996; (extra): 126-30.
20. Marcon SS, Andrade OG, Silva DMPS. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. Texto & Contexto Enfermagem. 1998; 7(2):268-88.
21. Mathews S, Rosner T. Shared filial responsibility: the family as primary caregiver. J Marriage Fam. 1988; 50:185-95.
22. Poulshock SW, Deimling GT. Families caring for elders in residence: issues in the measurement of burden. J Gerontol. 1984;39(2):230-9.

23. Stone R, Cafferata GL, Sangl J. Caregivers of the frail elderly: a national profile. *Gerontologist*. 1987; 27(5): 616-26.
24. Néri AL. Qualidade de vida e idade madura. 2ª ed. Campinas: Papirus; 1999.
25. Karsch UMS organization. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.
26. Saad PM. Tendências e conseqüências do envelhecimento populacional no Brasil. In: SEADE, Informe Demográfico. A população idosa e o apoio familiar. São Paulo: Fundação Estadual de Análise de Dados; 1991.
27. Andrade OG. O cuidado ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral: representações do cuidador domiciliar. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de. Universidade de São Paulo. Enfermagem de Ribeirão Preto, 1996.
28. Pierson MA. Identification of a cluster of nursing diagnoses for a caregiver support group. *Nurs Diagn*. 1992; 3(1):36-40.
29. Williams A. What bothers caregivers of stroke victims? *J Neurosc Nurs*. 1994; 26(3):156-61.
30. Limongi França AC, Rodrigues AL. Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

31. Braithwaite V, McGown A. Caregivers' emotional well-being and their capacity learn about stroke. *J Adv Nurs*. 1993; 18(2):195-202.
32. Jongbloed L, Stanton S, Fousek B. Family adaptation to altered roles following a stroke. *Can J Occup Ther*. 1993; 60(2):70-7.
33. 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.
34. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, Van De Nes JCM., Cup, EHC, Van Den Ende, CHM. Occupational therapy for stroke patients: a systematic review. *Stroke* 2003;34(3):676-87.
35. Jorgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Stroke. Neurologic and functional recovery the copenhagen stroke study. *Phsy Med Rehabil Clin N Am*.1999; 10(4):887-906.
36. Green J, Foster A, Young J. A test-retest reliability study of the Barthel index, the rivermead mobility index, nottingham extended activities of daily living sacale and the frenchay activities index in stroke patients. *Disabil Rehabil*. 2001; 23(15):670-6.
37. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index. *Md State Med J*. 1965; 14:61-5.

38. Valverde Carrillo MD, Flórez Garcia MT, Sanchez Blanco I. Escalas de actividades de la vida diaria. *Rehabilitación*. 1994;28(6):377-88.
39. Musolino R, La Spina P, Granata A, Gallitto G, Leggiadro N, Carerj S, et al. Ischemic stroke in Young people: a prospective and long-term follow-up study. *Cerebrovasc Dis*. 2003; 15(1-2):121-8.
40. Tognola WA. Qualidade de vida após acidente vascular encefálico. In: Gagliardi RJ. *Doenças cerebrovasculares: condutas*. São Paulo: Geo-Geográfica; 1996. p. 437-48.
41. Pullen R, Harlacher R, Pientka L, Fusgen I. The elderly stroke patient – observations 18 months after the event. *Z Gerontology Geriatric*. 1999; 32(5):358-63.
42. Stewart R, Prince M, Mann A, Richards, M, Brayne C. Stroke, vascular risk factors and depression: Cross-sectional study in a UK Caribbean-born population. *Br J Psychiatric*. 2001; 178(1): 23-8.
43. Pereira MG. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.

45. Painel de indicadores do SUS Ministério da Saúde Secretaria de Gestão estratégica e participativa - Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS Ano I – nº. 1 – Agosto de 2006
46. 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.
47. Carvalho EFM. Estudio de los factores psicosociales asociados con la hipertension arterial primaria [tese doutorado]. Madrid: Facultad de Medicina, Universidad Complutense; 1993.
48. Hale LA, Fritz VU, Eales CJ. Do stroke patients realise that a consequence of hypertension is stroke? *S Afr Med J* 1998; 88: 451-4.
49. Ortiz GF. Prevalencias, discapacidades, fallecimientos y costos de la enfermedad vasculocerebral en México. *Arch Neuroci Mex* 2000; 5: 205-10
50. Complicações clínicas após o AVC. *Neuro Psico News.* 2000. Maio [citado 2004 Ago16]. Disponível em: http://www.neuropsiconews.org.br/29_npn/29_complicacoes.htm.
51. Liu M, Chino N, Takahashi H. Current status of rehabilitation, especially in patients with stroke, in Japan. *Scand J Rehabil Med.* 2000; 32(4):148-58.

52. Collière, P. J. Perspectives on family health promotion. *Family Community Health*, Rockville, 12 (4): 1-11, 1990.
53. Silverstein M, Litwak E. A task-specific typology of intergenerational family structure in later life. *Gerontologist*. 1993; 33(2): 258-64.
54. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
55. 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.
56. 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.
57. Chagas NR, Monteiro ARM. *Health Sciences Maringá*. Acta Sci. 2004; 26(1): 193-204.

Anexo 1. Índice de Barthel.

- 01) Alimentação: 10 () Independente. Usa os utensílios certos em tempo razoável.
 05 () Necessita de ajuda
- 02) Banho: 05 () Possível sem ajuda.
- 03) Atividade Pessoal: 05 () Lava o rosto, penteia-se, escova os dentes, barbeia-se, usa barbeador elétrico.
- 04) Habilidade: 10 () Independente. Abotoar, colocar meias.
- 05) Continência Retal: 10 () Normal. Capaz de colocar supositórios ou fazer suas lavagens.
 05 () Imperfeita. Necessita de ajuda para lavagem ou colocar supositórios.
- 06) Continência Urinária: 10 () Capaz de controlar-se.
 05 () Sonda. Necessita de auxílio.
- 07) Toalete: 10 () Independente.
 05 () Necessita de ajuda para equilibrar-se, Quando coloca roupas, orteses.
- 08) Transferências: 15 () Independente.
 10 () Necessita de ajuda.
 05 () Ajuda máxima.
- 09) Marcha: 15 () Independente (mais de 50 m).
 05 () 50 metros com ajuda.
- 10) Escadas: 10 () Independente ou usa corrimão.
 05 () Sobe degraus

SCORE

TOTAL _____

Anexo 2. Instrumento para coleta de dados.

QUESTRIONÁRIO Nº. _____ Prontuário _____

DATA DA ENTREVISTA: _____

ENTREVISTADOR: _____

1ª ETAPA – IDENTIFICAÇÃO E PERFIL SOCIAL

1) NOME: C: _____ P: _____

2) IDADE: C: _____ P: _____

3) ENDEREÇO: C: _____

P: _____

4) SEXO: (1) MASCULINO (2) FEMININO C: _____ P: _____

5) COR: P: _____ (1) BRANCA (2) AMARELA (3) PRETA

6) ESTADOCIVIL: C: _____ P: _____

(1) SOLTEIRO (A) (2) CASADO (A) (3) VIÚVO (A) (4) AMASIADO (A)

(5) DESQUITADO, DIVORCIADO (A), SEPARADO (A) JUDICIALMENTE.

(6) OUTRO

7) ESCOLARIDADE: C: _____ P: _____

(1) ANALFABETO

(2) PRIMÁRIO INCOMPLETO

(3) PRIMÁRIO COMPLETO (1ª a 4ª série completa)

(4) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO (5ª a 8ª série incompleta)

(5) ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO (5ª a 8ª série completa)

(6) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO (2º grau incompleto)

(7) ENSINO MÉDIO COMPLETO (2º grau completo)

(8) CURSO SUPERIOR INCOMPLETO (3º grau incompleto)

(9) CURSO SUPERIOR COMPLETO (3º grau completo)

8) OCUPAÇÃO: C: _____ P: _____

9) RENDA FAMILIAR MENSAL (SALÁRIOS MÍNIMOS): C: _____ P: _____

ATÉ UM (1) DE UM A DOIS (2) DE DOIS A CINCO (3) MAIS DE CINCO (4)

10) COM QUEM RESIDE: P: _____

(1) SOZINHO (2) COM CÔNJUGE (3) COM FILHOS, ENTEADOS.

(4) COM NETOS (5) AMIGOS, CONHECIDOS (6) GENRO/NORA.

(7) COM OUTROS _____

11) QUANTAS PESSOAS MORAM NO SEU DOMICÍLIO? QUANTAS DEPENDEM DESSA RENDA? _____

12) O PACIENTE ESTÁ INCLUÍDO EM ALGUM PLANO DE SAÚDE?

2ª ETAPA – CONDIÇÕES DE SAÚDE

1) TIPO DE AVC _____ ÍNDICE DE BARTHEL _____

2) DOENÇAS PREGRESSAS E CRÔNICAS:

() DIABETE () HIPERTENSÃO () OBESIDADE () DOENÇAS DO CORAÇÃO

() DOENÇARENAL () DEPRESSÃO () OUTROS _____

3) HIGIENE PESSOAL.

() DEPENDENTE () INDEPENDENTE

BANHO: () ASPERSÃO COM AUXÍLIO () NO LEITO () COM CADEIRA HIGIÊNICA

4) NUTRIÇÃO:

VIA ORAL: DIETA () ASSISTIDA () INDEPENDENTE

() LÍQUIDA () PASTOSA () SÓLIDA

SNE: () SIM () NÃO TIPO DE DIETA: _____

CUIDADOS DURANTE ALIMENTAÇÃO: _____

INTERCORRÊNCIAS DURANTE ALIMENTAÇÃO: _____

5) ELIMINAÇÃO:

FECAL: () CONTINENTE () INCONTINENTE

URINÁRIO: () CONTINENTE () INCONTINENTE

SONDAGEM VESICAL: () DEMORA () ALÍVIO () FRALDA () URIPEN

3ª ETAPA - CARACTERIZAÇÃO DO IMPACTO FAMILIAR

1) VOCÊ CUIDADOR ENTENDE O QUE VEM A SER A DOENÇA DO PACIENTE:

() SIM () NÃO

2) QUAIS AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NO CUIDADO DESSE PACIENTE:

() ALIMENTAÇÃO () HIGIENE () ELIMINAÇÕES () LOCOMOÇÃO DENTRO DE CASA

() TEM CUIDADOR DISPONÍVEL

4) FORAM FEITAS ORIENTAÇÕES NA ALTA HOSPITALAR: () SIM () NÃO

SE SIM QUEM ORIENTOU:

() MÉDICO

() ENFERMEIRA

() ASSISTENTE SOCIAL

() AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

() OUTRO QUEM? _____

5) OUTRAS NECESSIDADES QUE O CUIDADOR OU SUA FAMÍLIA TEM, NO CUIDADO AO DOENTE (PSICOLÓGICA, MATERIAL, OUTRAS _____).

6) VOCÊ QUE CUIDA SENTE-SE SEGURO (A) PARA DAR ASSISTÊNCIA AO PACIENTE DEPENDENTE?

() SIM () NÃO

POR QUE: _____

7) HOUVE MUDANÇA NA ROTINA DA FAMÍLIA: () SIM () NÃO SE SIM QUAIS?

8) QUAIS AS MODIFICAÇÕES (ADEQUAÇÕES) REALIZADAS NAS INSTALAÇÕES FÍSICAS DO DOMICÍLIO?

9) O PACIENTE MUDA DE CASA E CUIDADOR?

10) QUAL O NÍVEL DE ACEITAÇÃO DO PROBLEMA DO PACIENTE EM RELAÇÃO AOS FAMILIARES?

4ª ETAPA – COMPLICAÇÕES DO AVC

1) APRESENTOU COMPLICAÇÕES:

() PNEUMONIA () CRISES CONVULSIVAS () ITU () DESIDRATAÇÃO

() DESNUTRIÇÃO () INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA

() HIPERTENSÃO () DEPRESSÃO () OUTROS _____

2) ÚLCERAS: () SIM () NÃO

SE SIM, QUAL LOCAL: _____.

3) OUTRAS INTERCORRÊNCIAS:

4) REINTERNAÇÕES: _____

5) ÓBITO: _____

Anexo 3. Termo de consentimento.

I – Dados de Identificação do Paciente:

Nome: _____

Documento de Identidade: _____

Sexo: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone: _____

II – Dados sobre a Pesquisa Científica

Título do Projeto: Avaliação dos Pacientes Pós Primeiro AVC

Pesquisadora: Rosemeire Aparecida Milhim Cordova

Cargo/função: docente de Enfermagem da FAMERP

Endereço: Avenida Faria Lima, 5416 – Bairro São Pedro – CEP 15090-000.

Telefones: (17) 3201 5716

Consentimento para atuar como sujeito na pesquisa:

Declaro que recebi todas as informações da pesquisa “Avaliação dos Pacientes Pós Primeiro AVC” e tenho conhecimento que fui satisfatoriamente informado sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e que não existem riscos em participar.

Entendo que nenhuma compensação será oferecida em decorrência de minha participação e que minha assinatura neste documento, por livre e espontânea vontade, representa a concordância para atuar como sujeito no estudo proposto. Ficam-me assegurados os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em qualquer fase do estudo, e no momento em que julgar necessário; a confidência de qualquer resposta quando por mim solicitada, assim como o sigilo de minha identidade e de conhecer os resultados obtidos. Declaro ainda que fui certificado de que os resultados obtidos poderão ser utilizados em publicações e estudos futuros, e que essa pesquisa também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados.

Data: ____ de _____ de 2005

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura da Pesquisadora