

## **Orientações a Pacientes Portadores de Seqüelas Neurológicas e a suas Famílias: Atividade Extensionista**

Área Temática de Saúde

### Resumo

Os pacientes com distúrbios neurológicos estão sujeitos a perdas funcionais, da função cognitiva, sensorial e neuromuscular além do comprometimento emocional que o afeta e a sua família. A atividade extensionista, chamada Projeto Renascer, é desenvolvida por acadêmicos de Enfermagem e tem por objetivo a continuidade da assistência no domicílio aos pacientes portadores de seqüelas neurológicas; orientar e estimular o autocuidado ao indivíduo; observar fatores agravantes ao quadro e procurar solucioná-los; orientar a família na assistência necessária ao paciente. O trabalho consiste na realização de visitas domiciliares a pacientes e sua família previamente cadastrados. Foram realizadas 200 visitas domiciliares a 20 pacientes portadores de seqüelas neurológicas, no período de março de 2003 a maio de 2004. Os pacientes atendidos corresponderam a 70,59% mulheres e, 29,41% homens. A faixa etária entre os pacientes atendidos, era a partir dos 70 anos (58, 89%), observou-se que 41,18% apresentaram melhora; 17,65% mantiveram o quadro; no entanto ocorreu o aparecimento de complicações em 23,52%, e 17,65% foram a óbito. Apesar da irreversibilidade do quadro e das seqüelas, o Projeto Renascer mantém o compromisso de buscar a melhor qualidade de vida para o indivíduo e família.

### Autores

Zélia Marilda Rodrigues Resck - Professora Enfermeira, Mestre em Educação e Doutoranda/USP

Fernanda Faria Botelho – Acadêmica de Enfermagem

Maria Aparecida Rosa Herculano - Acadêmica de Enfermagem

Patrícia Brito Namorato - Acadêmica de Enfermagem.

Sheylla Ferreira Freire - Acadêmica de Enfermagem

### Instituição

Centro Universitário Federal de Alfenas - CEUF

Palavras-chave: seqüela neurológica; autocuidado; reabilitação.

### Introdução e objetivo

As doenças e as seqüelas neurológicas interferem com a capacidade do indivíduo em desempenhar as funções e satisfazer as obrigações que dele se espera. Assim, a pessoa portadora de seqüela neurológica não é capaz de desempenhar o seu papel social ou de manter o seu relacionamento habitual com os outros (OMS, 1989 apud Gregório; Gonçalves, 1996).

A doença cerebrovascular não é uma entidade patológica ou clínica única, podendo apresentar-se segundo quadros clínicos distintos. É uma ameaça à qualidade de vida navelhice não só pela sua elevada incidência e mortalidade, mas também pela alta morbidade que causa, implantando-se freqüentemente em pessoas já com problemas físicos e/ou mentais (Azeredo; Matos, 2003).

Smeltzer; Bare (2000) corroboram que a doença cerebrovascular refere-se a qualquer anormalidade funcional do sistema nervoso central que ocorra quando se rompe o aporte sanguíneo normal para o cérebro. A patologia pode envolver uma artéria e/ou uma veia. A

circulação pode tornar-se comprometida em consequência da oclusão parcial ou completa de um vaso sanguíneo ou de hemorragia decorrente de uma laceração na parede vascular. As causas podem ser a arteriosclerose (mais comum), alterações hipertensivas, malformações arteriovenosas, vasoespasmos, inflamação, artrite ou embolia.

Quando à isquemia cerebral é transitória, como em uma crise isquêmica transitória, geralmente não há déficit neurológico duradouro. Quando a oclusão ocorrer num grande vaso, produzirá um infarto cerebral. Pode haver também, a ruptura de vasos e produzir hemorragia.

Conhecido popularmente como “derrame cerebral”, o Acidente Vascular Cerebral (designado pela sigla AVC pelos médicos) é a terceira causa de morte em vários países do mundo. Com relação aos pacientes acometidos pelo AVC, os objetivos de reabilitação são: prevenir complicações; recuperar ao máximo as funções cerebrais comprometidas pelo AVC, que podem ser temporárias ou permanentes; devolver o paciente ao convívio social, tanto na família quanto no trabalho, reintegrando-o com a melhor qualidade de vida possível (Damiane; Yokoo, 2002)

O grande problema desta patologia não se encontra apenas no elevado índice de mortalidade, mas, sim, na incapacitação que impõe ao indivíduo, como por exemplo, não se alimentar ou locomover sozinho, além do problema social (Figueiró, 2002).

Para Azeredo e Matos (2003), cerca de dez por cento dos indivíduos que sofreram um AVC ficam totalmente incapazes; somente em trinta por cento é recuperada a função neurológica anterior presente um risco de recidiva de vinte por cento por ano.

O Acidente Vascular Cerebral gera uma ampla variedade de déficits neurológicos, dependendo da localização da lesão, do tamanho da área comprometida, podendo apresentar como sinais e sintomas perda do controle voluntário em relação aos movimentos motores, sendo a disfunção motora mais comum, a hemiplegia, devido a uma lesão do lado oposto do cérebro. A hemiparesia ou fraqueza de um lado do corpo é outro sinal. As outras funções cerebrais afetadas pelo acidente vascular cerebral são a linguagem e a comunicação, sendo comum a afasia, a disartria, a disfasia. Ocorrem ainda, déficits cognitivos como perda de memória, senso de julgamento comprometido, distúrbios visuais, confusão mental, déficits emocionais, como perda do autocontrole, labilidade emocional, depressão, hostilidade, sentimentos de isolamento (Smeltzer; Bare, 2000).

Outro comprometimento freqüente na clientela assistida foi o Mal de Alzheimer, descrito por Alois Alzheimer, neuropatologista alemão, como a causa mais comum de declínio das funções mentais do idoso em todo mundo, representando um grande problema não só para os pacientes afetados, mas também para as pessoas que cuidam desses pacientes (familiares ou não). O declínio das funções mentais na doença de Alzheimer leva ao prejuízo da memória, afetando simultaneamente alguma outra função intelectual (por exemplo, a linguagem, a capacidade de cálculo e/ou aprendizado entre outras) ou ainda uma alteração no comportamento (Alzheimer, 2002).

Um cérebro lesado jamais pode ser completamente restaurado e o paciente acometido por uma doença neurológica tem uma recuperação lenta e imprevisível afetando os mais diversos aspectos da vida cotidiana (Smeltzer; Bare, 2000).

Perante a situação descrita, Gregório; Gonçalves (1996) enfatizam que o papel da reabilitação assume uma importância extrema, visando tanto quanto possível, o retorno à vida normal, física e psicológica, ajudando o indivíduo a reencontrar o seu lugar na sociedade.

A reabilitação é um processo dinâmico e criativo que requer uma equipe de profissionais trabalhando junto à pessoa com seqüelas neurológicas e a família. O papel do enfermeiro é desenvolver um relacionamento terapêutico e de apoio. Deve enfatizar as capacidades remanescentes, ajudar a desenvolvê-las e determinar novas metas. Freqüentemente trabalha com a incapacidade, o autocuidado, a mobilidade, cuidados com a

pele, gerenciamento da bexiga, do intestino e, orientações de hábitos alimentares Smeltzer; Bare, 2000).

Tem-se ainda que o enfermeiro de saúde domiciliar é o responsável pela coordenação do plano de cuidados e reabilitação do portador de seqüela neurológica após seu retorno ao lar. Assim como, na sensibilização e mobilização da família, a participar na resolução dos problemas, em aprender a prestar os cuidados contínuos necessários (Smeltzer; Bare, 2000).

No estímulo ao autocuidado, as principais metas devem ser realistas, adequando-se uma nova conquista a cada dia. Deve-se estimular o lado comprometido e fortalecer o lado sadio. As atividades como pentear os cabelos, escovar os dentes, barbear-se, banhar-se, vestir-se, alimentar-se podem ser estimuladas e adequadas para o autocuidado, superando as dificuldades, vencendo os limites, conquistando a independência (Smeltzer; Bare, 2000).

Neste enfoque, exercendo o papel social da Universidade, professores e alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Efoa-Ceufe desenvolvem uma atividade extensionista que mantém visitas no domicílio para levantar as necessidades reais do portador de seqüela neurológica e de sua família; orientar os cuidadores; incentivar o autocuidado, acompanhar as implementações necessárias, procurando manter a continuidade no domicílio do plano de assistência e reabilitação, assim como procura integrar com os demais profissionais da equipe de saúde fazendo encaminhamentos, quando necessários e/ou coordenando as atividades específicas.

É na tentativa de melhora da qualidade de vida e a valorização da mesma que a atividade extensionista intitula-se Renascer tendo como logomarca a metamorfose da borboleta.

Essa logomarca foi escolhida pela transformação que uma simples lagarta sofre até passar a ser uma linda borboleta. Como ela, o paciente com seqüela neurológica deve se readaptar a uma nova vida, com algumas limitações que devem ser superadas.

Justifica-se a importância da atividade desenvolvida na ajuda ao paciente e família a enfrentarem essa nova fase com perseverança e autonomia. As dificuldades são trabalhadas até que o indivíduo se sinta seguro o suficiente para retornar suas atividades diárias, reconhecendo as limitações, mas, mantendo a sua independência.

Reiteram-se, assim, os objetivos de orientar a família na assistência necessária ao portador de seqüela neurológica e estimular o autocuidado ao portador de seqüela neurológica.

## Metodologia

O estudo trata-se de um relato de experiência realizado por acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da Efoa/Ceufe, sobre as atividades extensionistas realizadas pelo Projeto Renascer.

A população deste estudo foi composta por pacientes pós-alta, atendidos no hospital geral, de médio porte, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Instituição de Ensino, Efoa/Ceufe. Trata-se de um hospital local, com referência para internações das cidades pertencentes à Diretoria Regional de Saúde, totalizando 26 municípios.

O critério de inclusão consistiu em serem portadores de seqüelas neurológicas, residentes no município de Alfenas-MG, serem atendidos pelo SUS, no período de março de 2003 a maio de 2004. Uma vez identificado o cliente, foi realizado o cadastro do mesmo, ainda durante a internação ou após a alta.

Foi estabelecido o contato com a família para o agendamento da primeira visita no domicílio. As visitas subseqüentes foram planejadas semanalmente ou quinzenalmente ou conforme a necessidade detectada para cada cliente. Durante as visitas foram realizadas avaliações das condições gerais e específicas do paciente e da família, utilizando-se um roteiro. Eles foram estimulados e envolvidos a participarem do processo de reabilitação,

estabelecendo metas, utilizando capacidades remanescentes, estimulando o autocuidado e conseqüentemente, a auto-independência. .

No decorrer das avaliações físicas, psicológicas e emocionais dos mesmos, foram identificadas complicações na área motora, lesões na pele devido à imobilidade no leito, deficiências nutricionais, déficit no autocuidado e necessidade de aporte emocional do binômio paciente-família.

Posteriormente, foram implementadas ações que procuraram suprir as necessidades identificadas: exercícios e movimentos com as articulações e músculos, cuidados e artifícios mecânicos para evitar úlceras de decúbito, realização de curativos e demonstração do procedimento para treinar o cuidador da família, orientações gerais quanto à alimentação assistida e/ou por sonda nasogástrica, higienização estimulando o autocuidado e outras orientações gerais ao cuidador.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se os registros obtidos pelos relatórios apresentados no período proposto para a investigação.

É importante ressaltar o cumprimento dos aspectos éticos, cujo protocolo consiste no primeiro contato para o agendamento apresentar a solicitação de consentimento livre e esclarecido do cliente e / ou de sua família para as visitas domiciliares e às orientações oferecidas, assim como, foi solicitada autorização da instituição hospitalar para ter acesso à clientela internada para o cadastro.

Este protocolo atende à Resolução n.196, de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos.

## Resultados e discussão

No presente estudo foram realizadas 200 visitas domiciliares por meio das quais foram atendidos 20 pacientes portadores de seqüelas neurológicas durante o período de março de 2003 a maio de 2004. Destes 80% foram acometidos por acidente vascular cerebral (AVC) e apenas 20% pela doença de Alzheimer. O acidente vascular cerebral (AVC), popularmente conhecido como “derrame”, atinge vinte milhões de pessoas a cada ano no mundo e está entre as principais causas de morte no Brasil, sendo responsável pela debilitação de muitos pacientes, podendo acometer para sempre a qualidade de vida dos sobreviventes. Os médicos estão assustados com as projeções futuras, pois, segundo recentes pesquisas, o número de mortes por acidente Vascular Cerebral deve aumentar de cinco milhões para sete milhões (Redação, 2004).

Assim como o Mal de Alzheimer é uma das mais cruéis doenças, comprometendo de dezessete a vinte e cinco milhões de pessoas no mundo todo e 1 milhão de vítimas no Brasil. Como principal causa de demência em adultos com mais de 60 anos, o Mal de Alzheimer é responsável por alterações de comportamento, memória e pensamento (Alzheimer, 2002; Pereira et al., 2004).

A maior parcela de pacientes atendidos é formada por mulheres que correspondem a 70, 59% e apenas 24, 41% por homens. Segundo a OPAS/OMS (2001), não há indícios de qualquer diferença na incidência por sexo, no que se observa em relação ao acidente vascular cerebral (AVC). Em contrapartida a Doença de Alzheimer é mais freqüente em mulheres do que em homens devido a maior longevidade feminina.

A faixa etária mais freqüente entre os pacientes atendidos situa-se acima dos 70 anos (58,89%). O início da Doença de Alzheimer geralmente ocorre após os 65 anos de idade, sendo agravada quanto maior for a idade (OPAS/OMS, 2001). É aceita universalmente como uma doença idade-dependente e vem aumentando na proporção do crescimento da população de idosos do mundo inteiro, inclusive no Brasil.

Já no AVC verifica-se uma incidência notavelmente maior (20 a 30%) em indivíduos com mais de 75 anos de idade (CECIL, 1997). Entre os pacientes atendidos, 41,18%

apresentaram melhora; 17,65% mantiveram o quadro clínico. No entanto ocorreu o aparecimento de complicações em 23,52% e 17,65% foram a óbito. Os 41,18% que apresentaram melhora, podem ser considerados como episódios transitórios ou temporários de disfunção neurológica, comumente manifestado por uma perda súbita da função motora, sensorial ou visual, podendo durar até 24 horas, ou ainda estarem compatíveis ao déficit neurológico isquêmico reversível, cujos sintomas perduram mais de 24 horas, desaparecendo dentro de 21 dias sem qualquer déficit neurológico. Os 17,65% da clientela que foram a óbito, constituem os quadros com seqüelas neurológicas irreversíveis, atingindo grande área cerebral e associadas às complicações, sendo as mais comuns a pneumonia, as escaras de decúbito infectadas, a infecção do trato urinário.

O aparecimento de complicações, como por exemplo, as úlceras de decúbito, deve-se a diversos fatores dentre eles: a idade avançada, a má nutrição ou a própria desnutrição e ao longo período de permanência no leito dependendo do tipo de seqüela. Todos esses fatores além de propiciarem as formações dessas úlceras em locais de maior pressão corporal, contribuem para um processo mais lento de cicatrização (Hess, 2002).

Além disso, sabe-se que as conseqüências do AVC variam, mas são freqüentemente devastadoras para os doentes e suas famílias, podendo afetar inúmeros aspectos da vida cotidiana, como a motricidade, o discurso, as emoções ou a memória. O prognóstico depende do tipo de AVC, da área afetada, e da extensão das lesões (doenças cerebrovasculares, s.d.).

A doença vascular cerebral constitui a terceira causa de morte no ocidente. É também a segunda causa de perdas cognitivas, sendo a primeira a Doença de Alzheimer. A mortalidade na fase aguda, nos primeiros trinta dias, oscila entre oito a vinte por cento o risco acumulado de mortalidade no final do primeiro ano é de vinte e dois por cento, sendo maior nos AVCs aterotrombóticos e cardioembólicos e menor nos enfartos lacunares (Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, s. d.).

Já a Doença de Alzheimer não é infecciosa nem contagiosa. É uma doença terminal que causa uma deterioração geral da saúde. Contudo, a causa de morte mais freqüente é a pneumonia, porque à medida que a doença progride, o sistema imunológico deteriora-se, surge perda de peso que aumenta o risco de infecções da garganta e dos pulmões (Alzheimer, 2002). Já a melhora do paciente não se refere apenas ao quadro clínico, mas também às emoções e receptividade do mesmo e seus familiares aos componentes do grupo, pois durante a visita todos têm a liberdade de expressar seus sentimentos e receios em relação à doença, adquirindo mais confiança em suas O tratamento desta patologia envolvendo Unidades especializadas de Tratamento de AVC, desde a terapêutica da fase aguda até ao acompanhamento de reabilitação em ambulatório, demonstrou benefícios claros como: 17% de redução da mortalidade ao 1º ano; 25% de redução da mortalidade e dependência de outros; os benefícios são extensíveis a ambos os sexos, e a todos os grupos etários, independentemente da gravidade do AVC. Por outro lado, verifica-se que os benefícios são de longo prazo: os doentes tratados nestas unidades têm maiores probabilidades de sobrevida, de independência nas atividades da vida diária e de viverem nas suas próprias casas cinco anos após a ocorrência do AVC, verificando-se ainda uma relação custo/benefício muito favorável (doenças cerebrovasculares, s.d.).

É ratificando o dever da Enfermagem de cuidar e tendo como base os princípios científicos, que o Projeto Renascer atua coordenando um plano de reabilitação física e social do indivíduo, visando alcançar a melhora do estado geral do paciente e a aceitação da família para acatar melhor as mudanças da rotina com a presença de um seqüelado neurológico em casa.

Conclusões

Embora alguns distúrbios neurológicos possam ser autolimitados e provocar alterações temporárias nas pessoas, muitos se compõem de distúrbios agudos ou crônicos, podendo ou não ser progressivos. Aos distúrbios agudos podem ocorrer riscos de vida e por consequência resultar uma variedade de necessidades para reabilitação em longo prazo. Para tanto, os distúrbios neurológicos que apresentam uma evolução progressiva exigem que o paciente e a família estejam bem orientados a respeito das condições reais e das necessidades de cuidados especiais necessários para manter o nível máximo de independência e de qualidade de vida.

Nessa perspectiva, a dificuldade da família diante do desafio de cuidar do paciente neurológico é grande, sendo, portanto fundamental a necessidade da realização de visitas domiciliares pós-alta como forma de continuidade do tratamento, minimizando o desconhecimento e a insegurança da família na manipulação de aparelhos e outros materiais que o paciente precisou continuar utilizando após a alta hospitalar, como também orientar quanto as possíveis intercorrências, buscando a independência da família e do paciente; sendo possível, ainda, verificar nos atendimentos a receptividade com a equipe.

Como consequência de tais atividades foi possível observar que uma porcentagem de 41,18% dos pacientes apresentou melhora do quadro; cabendo ressaltar, que a faixa etária mais freqüente entre os pacientes atendidos no período de estudo, ou seja, 58,89%, encontrava-se acima de 70 anos.

Apesar da irreversibilidade do quadro das seqüelas e de algumas inevitáveis complicações, identificadas em 23, 52% do total de pacientes, o Projeto Renascer vem procurando, por meio do compromisso social, uma melhor qualidade de vida para o indivíduo seqüelado e sua família.

#### Referências bibliográficas

- AZEREDO, Z; MATOS, E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC, 2003. Disponível em: < <http://www.fm.ul.pt/public/pdfs2003/42003/p.199.pdf> > Acesso em 26 mai. 2004.
- ALZHEIMER: saiba mais sobre a doença, 2002. Disponível em < <http://www.saudeemmovimento.com.br> > Acesso em 26 mai 2004.
- CECIL. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.2, 1997. p.2272.
- DAMIANI, I.T; YOKOO, E. I.; AVC- Acidente Vascular Cerebral, 2002.ed. TRB PHARMA. Fonte hospital Tacchini. Disponível em: < [http://www.Saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_exibe1.asp?cod\\_noticia=44](http://www.Saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=44) > Acesso em 26 mai. 2004.
- DOENÇAS CEREBROVASCULARES. Disponível em 26 mai. 2004 < [http://www.boehringerelheim.pt/produtos/produtos\\_prescricao\\_cerebrovascular.html](http://www.boehringerelheim.pt/produtos/produtos_prescricao_cerebrovascular.html) > Acesso em 26 mai. 2004
- FIGUEIRÓ, F. P. Acidente vascular cerebral, 2002. Disponível em: < <http://www.profala.com/artavc1.htm> > Acesso em 26 mai. 2004.
- GREGÓRIO, A.C. ; GONÇALVES, S. J. A. Revista Nursing. Barueri: Ferreira e Bento, 1996. p. 13 a 21.
- HESS, C.T. Tratamento de feridas e Úlceras. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2002. 226 p.
- OPAS/OMS. Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Suíça, 2001. 173 p.
- PEREIRA, C.; ZACHE, J.; CASTELLÓN, L. A Ciência Avança no tratamento das principais doenças que danificam o cérebro. IN: Medicina e Bem-Estar. Revista Isto É. nº 1802. 21/04/2004. p.50-56.

REDAÇÃO DA SAÚDE INFORMAÇÕES. Acidente vascular cerebral (AVC), 2004. Disponível em < <http://www.saudeinformacoes.com.br/matérias/vermateria.asp?id=234> > Acesso em 26 mai. 2004.

REDE SARAH DE HOSPITATAIS DE REABILITAÇÃO. Acidente vascular cerebral. Disponível em < [http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p\\_02\\_acidente\\_vasc\\_cereb.htm#Anchor-Dad-51968](http://www.sarah.br/paginas/doencas/po/p_02_acidente_vasc_cereb.htm#Anchor-Dad-51968) > Acesso em 26 mai. 2004.

SMELTZER; BARE. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.