

ANA CLAUDIA GOMES

**ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÊMICO DIREITO E
SUAS REPERCUSSÕES EM IDOSOS.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifca Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, sob orientação da Dr^o. Paulo Renato Canineu.

Pontifca Universidade Católica de São Paulo

2005

Banca examinadora:

AGRADECIMENTO

Um dia, quando passei por uma loja, vi um anjo por trás do balcão.

Maravilhado entrei e perguntei-lhe:

— Santo Anjo do Senhor.... o que vendes?

— Todos os dons de Deus.

— Custa muito caro?

— Não... é tudo de graça.

Contemplei a loja e vi:

Jarros de fé, pacotes de esperança, caixinhas de amor, vidros de humildade e muito mais. Fiquei entusiasmada!

Tomei coragem e pedi:

— Por favor, embrulhe para mim paciência, amor de Deus, todo o perdão dele, bastante felicidade e tudo que seja bom para mim e para minha família.

O anjo do Senhor anotou tudo, separou os itens e colocou tudo em um pequeno embrulho que cabia na palma da mão.

Surpreso, perguntei-lhe;

— Como é possível caber tudo isso nesse pacotinho?

O anjo respondeu sorrindo:

Meu querido irmão... na loja de Deus não vendemos Frutos...

Apenas Sementes...

A todos aqueles que direta ou indiretamente me ajudaram a transformar as sementes em frutos!

E esse fruto devo a essas pessoas:

— Aos amores de minha vida: Augusto, Maria Zilda e Ana Heloisa. A vocês devo essa minha conquista.

— A minha avó querida Maria Bandini e a estimada tia Rosa (in memorian).

— Aos meus segundo pais: Tia Lourdes e Tio Jotta.

— Aos meus primos: Fabiana, Paulo, Rafael e Roseli.

— Aos meus amigos: Ellen, Flávia, Daniela, Thaisa, Silvia, Ana Paula, Cristiane Bósio e Joyce.

— A Cláudia Souza, uma grande amiga que nem a distância conseguiu nos separar. Muito obrigada por tudo que tem feito por mim.

— Ao Rafael Higashi, um excelente médico e amigo por quem tenho muito carinho.

— Ao Reinaldo, uma pessoa querida que chegou em minha vida inesperadamente. Você é especial!

— A família Siano de Osasco que me acolheu em sua casa durante meus estudos e em especial a Renata e ao João Carlos.

— Ao ilustríssimo orientador e amigo Dr. Paulo Renato Canineu pelo exemplo profissional no qual sempre me espelharei.

— E a querida e preciosa Tia Margô, obrigada por todo seu carinho, preocupação e disposição durante esses dois anos valiosos em minha vida.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo verificar o estado mental, comportamental, a funcionalidade e a interação social de indivíduos idosos que sofreram acidente vascular cerebral isquêmico direito (AVCID). Participaram da pesquisa quatro pacientes após o AVCID, entre os quais três eram mulheres e um homem, com idade variando entre 60 e 70 anos. O perfil de cada um deles foi verificado e analisado através de um questionário de identificação, e em seguida, foram aplicados outros seis questionários direcionados à análise cognitiva, comportamental, de humor, de funcionalidade e também social. Para a realização do estudo, utilizou-se a metodologia qualitativa e descritiva. Essa metodologia foi aplicada e usada para descrever e analisar toda a subjetividade dos sujeitos estudados. Entre os resultados obtidos salientaram-se o comprometimento motor do hemisfério esquerdo de todos os indivíduos, com prejuízo de sua funcionalidade principalmente na realização de tarefas, poucas alterações cognitivas, além de alterações afetivas e sociais. O tratamento fisioterápico realizado por um profissional interessado em também oferecer apoio psicológico e social mais consistente poderá propiciar progressos motores e funcionais mais rapidamente alcançados. No entanto as seqüelas e limitações físicas provocadas pelo AVC repercutiram intensamente na vida de cada um dos idosos estudados, alterando seu cotidiano e sua qualidade de vida.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral isquêmico direito; seqüelas; funcionalidade; fisioterapia

ABSTRACT

This study has as objective to verify the mental and compartmental state, and elderly subjects' functionality and social interaction that underwent a right ischemic cerebral vascular accident (AVCID). The research was accomplished through studying four patients after suffering AVCID, among them, three were women and one man, aged between 60 to 70 years old. The profile of each one was verified and analyzed through an identification questionnaire, then, it was applied other six questionnaires directed to cognitive, compartmental, mood functionality and also social analyses. To accomplish this study, it was used the qualitative and descriptive methodology. This methodology was applied and used to describe and analyze all the studied subject subjectivity. Among the results obtained it was pointed out the motor implication of the left hemi body from all subjects, with damage on its functionality mainly in accomplishing tasks, few cognitive changes, besides affective and social changes. The physiotherapist treatments accomplished by a professional interested and also offer a more consistent psychological support can propitiate motor and functional progress reached faster. However the sequels and physical limitations caused by AVC resound intensively on each elderly subject studied, altering his daily life and his life quality.

Key words- Right ischemic cerebral vascular accident, Sequels, Functionality and Physiotherapy.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A longevidade vem aumentando consideravelmente nas últimas décadas. As pessoas estão vivendo mais apesar de haver um aumento na prevalência de doenças. Entre elas destacam-se as demências e as doenças : degenerativas, cardíacas, afetivas e cerebrovasculares. Pessoas que sofreram um, Acidente Vascular Cerebral também tiveram aumento da expectativa, a qual, era até pouco tempo atrás, considerada menor.

O aumento dessa expectativa de vida, segundo Paschoal (1996):

“Está relacionado intimamente com a melhoria das condições de vida, de educação ou escolaridade e de atenção à saúde. Em alguns países, houve queda na taxa de mortalidade e aumento da expectativa de vida devido ao progresso social e econômico; os países em desenvolvimento tiveram redução da mortalidade em razão das doenças infecto-contagiosas, da utilização maior de tecnologias, vacinas, antibióticos, aparelhos, dentre outros” (1996:72).

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) representam uma das principais patologias ocorridas na terceira idade com elevados índices de mortalidade e incapacidade física.

Estudos internacionais indicam, segundo Serapione (2000:209):

“(...) que, em uma população de um milhão de pessoas, 1250 desenvolverão Acidente Vascular Cerebral e outras 350 poderão apresentar um episódio recorrente se não tratadas de forma profilática” (2000:209).

“No Brasil, os dados disponíveis colocam as doenças cerebrovasculares como a maior causa de mortalidade em todos os estados, exceto São Paulo. O melhor controle da pressão arterial (PA), importante fator de risco, gerou um declínio significativo da incidência de doenças cerebrovasculares nos países desenvolvidos nas últimas décadas, com diminuição desse quadro mais recentemente. O mesmo pode ser observado nas regiões Sul e Sudeste do Brasil “(PY, 2002:176).

Embora as doenças cerebrovasculares possam ocorrer em todas as faixas etárias, sabe-se que há aumento significativo a partir da sexta década de vida, praticamente dobrando a sua incidência a cada nova década. Estima-se a incidência do AVC em 30 por 100.000 habitantes abaixo de 44 anos e em 1230 por 100.000 habitantes acima de 75 anos (PY, 2002:176).

Os derrames podem vir a acontecer por uma isquemia (interrupção do fluxo sangüíneo) ou por uma hemorragia (extravasamento sangüíneo). No entanto, estes dois tipos ocorrem com maior prevalência em indivíduos acima de 65 anos, com história de casos na família, má alimentação, obesidade e, principalmente, pela hipertensão arterial.

Por ser uma das doenças cerebrovasculares mais comuns em idosos, o objetivo desse estudo foi o de averiguar as questões bio-psico-sociais de idosos que sofreram Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Direito (AVCID).

Quando o derrame isquêmico ou hemorrágico ocorrer no hemisfério cerebral direito, o hemicorpo do lado esquerdo estará comprometido; entretanto, quando a lesão for no hemisfério esquerdo, o hemicorpo direito é que será afetado. Além disso, dependendo do local e da área atingida pelo infarto, muitas outras funções poderão estar prejudicadas e alteradas.

Assim, na lesão do hemisfério direito, é comum haver mudanças na entonação da voz, no humor, além de alterações físicas no lado esquerdo do corpo; já a lesão no hemisfério esquerdo poderá desencadear alterações de linguagem, raciocínio, memória e na realização de atos complexos.

O infarto cerebral lesa apenas um dos hemisférios cerebrais, mas poderá haver repercussões também no outro hemisfério.

Por isso, no primeiro capítulo deste estudo, serão abordados os aspectos teóricos que englobam a questão da patologia do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Direito sob os aspectos biológico, psicológico e social.

Tem-se relatado na literatura a ocorrência de conflitos psicológicos e sociais após o AVC que, geralmente, ocorre em razão das dificuldades de adaptações promovidas pelas seqüelas desta doença. Este quadro pode ser decorrente de uma estreita relação entre as próprias cobranças, dos familiares e do terapeuta, gerando e ocasionando ansiedade e angústia desenvolvidas no curso da doença.

Portanto, a reestruturação do equilíbrio biológico, psicológico e social será mais facilmente alcançada quando houver a integração entre pacientes, sociedade, família e equipe de tratamento.

Como futuros gerontólogos, é nossa responsabilidade estudar o indivíduo idoso em sua totalidade, enfocando-o como um ser bio-psico-social, no sentido de garantir sua integralidade e individualidade.

Em razão disso, torna-se fundamental, nesta pesquisa, ampliar a atuação do profissional fisioterapeuta em relação aos aspectos psicológicos e sociais que muitas vezes são pouco visto e explorados por eles. A fisioterapia é conhecida como a reabilitação do corpo físico, limitado, doente que tem como função principal recuperar e melhorar os movimentos que foram perdidos.

Quando a terapia física deixar de ser somente a recuperação do corpo e se voltar, porém, aos aspectos psicológicos do idoso, valorizando suas experiências e sentimentos vividos com a doença, melhores prognósticos e melhor recuperação física poderão ser alcançados mais rapidamente se esta abordagem for adotada.

Na segunda parte deste estudo, após a apresentação da metodologia, serão realizadas a interpretação das entrevistas e também a análise descritiva do quadro desses pacientes idosos após AVCI direito.

Ao longo deste estudo, ocorreu envolvimento verbal entre terapeuta e paciente o que possibilitou que tornássemos participantes e intérpretes de suas experiências vividas pelos pacientes após o derrame.

O trabalho é finalizado com as considerações finais, fruto da pesquisa realizada e com a bibliografia.

1 RELEVÂNCIA DO TEMA

1.1 Acidente Vascular Cerebral

“Certas doenças merecem atenção pela sua prevalência e incidência, aliada a sua significativa mortalidade e morbidade. O aumento da vida média da população em geral fez emergir uma expressão mais evidente das doenças vasculares e, em particular, aquelas que atingem o encéfalo” (TOGNOLA, 1998:15).

Entre as doenças que mais atingem o encéfalo estão os Acidentes Vasculares Cerebrais que segundo Damiani (1996):

“(...) se caracterizam como um déficit neurológico focal, repentino e não convulsivo por lesão cerebral conseqüente a um mecanismo vascular” (1996:421).

De acordo com Sullivan, Schmitiz (1993):

“O Acidente Vascular Cerebral, (AVC) mais popularmente conhecido como derrame, resulta da restrição na irrigação sanguínea do cérebro causando lesões celulares e danos às funções neurológicas” (1993:385).

Para Cel (2000):

“Os Acidentes Vasculares Cerebrais são também classificados como todos aqueles transtornos que causam danos a uma área cerebral de forma

permanente ou transitória, tendo como suas principais formas de acometimento as isquemias e as hemorragias, trazendo então como consequência um padecimento e alterações primárias nos seus vasos sanguíneos em virtude de algum processo patológico.” (2000:01)

“Estes AVCs constituem-se, na terceira maior causa de morte no mundo desenvolvido, atrás apenas das doenças coronárias e de todos os tipos de câncer. É a maior causa de debilidade crônica, especialmente entre a população idosa acometendo mais homens do que mulheres. A incidência anual de AVCs tem aparecido em diferentes estudos, estando em torno de milhares de acometimentos por ano. Dentre esses casos, foi demonstrado que 70% são isquêmicos, 27% hemorrágicos e 3% indeterminados “ (MANDEL, PINTO 2004:96).

“O tipo menos freqüente dos Acidentes Vasculares Cerebrais são hemorragias cerebrais (HC), que se caracterizam por um sangramento dentro do parênquima cerebral, cerebelo ou tronco cerebral, geralmente causado pela ruptura de um vaso penetrante. Esse rompimento faz com que o sangue seja extravasado sob pressão no parênquima cerebral” (ANDRÉ, 1999:45).

“Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico é em geral muito grave, levando freqüentemente a uma diminuição do nível de consciência e até mesmo ao coma. Dependendo do local da lesão podem ocorrer (assim como nos derrames isquêmicos) paralisias, distúrbios da fala, da visão, da deglutição, da memória, da marcha, etc. Eventualmente, ocorre a formação de um coágulo ou hematoma dentro do cérebro podendo se confundir com um tumor cerebral” (AZEVEDO, 2002:01).

“O quadro da hemorragia cerebral é bastante variável, sendo que na maioria dos casos o acidente ocorre no período de vigília, com o paciente em atividade, sendo raro durante o sono. O início dos sintomas é abrupto e a

instalação dos déficits neurológica ocorre progressivamente em minutos a horas. Os sintomas mais freqüentes são cefaléias (28 a 62%) que geralmente ocorrem de forma rápida, súbita e com grande intensidade, sendo muitas vezes acompanhada por vômitos (29 a 65%) crises convulsivas (17%) e tonturas (18%)” (SOUZA, 2001:115).

A grande maioria dos casos de AVC e lesão cerebral são os do tipo isquêmico que se caracterizam clinicamente por uma diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, o qual poderá ter como causa de origem a presença de trombos, êmbolos e alterações metabólicas.

Segundo Amorim, Moreira (2003):

“O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico consiste na oclusão de um vaso, que ocasiona uma interrupção do fluxo sanguíneo a uma região específica do cérebro, causando com isso alterações da funcionalidade neurológica dependentes daquela região afetada. Isso pode ocorrer devido uma obstrução de um vaso arterial cerebral por um coágulo local (trombose) ou de um deslocamento deste pela corrente sanguínea, obstruindo, assim, um vaso à distância” (2003:03)

“A isquemia também pode ser classificada como definitiva ou temporária. No caso da temporária, o sangue volta a passar após um período de minutos a horas. Esse fenômeno é conhecido popularmente como “ameaça de derrame” (ou ataque isquêmico transitório) e o paciente freqüentemente, nesse caso, não vem a apresentar seqüelas. Isto é muito importante, pois é um sinal de que pode ocorrer uma isquemia permanente a qualquer momento, trazendo como conseqüência sérias incapacidades crônicas ao indivíduo se nada for feito para evitá-lo” (DAMIANI, YOKOO, 1995:01).

“A tomografia computadorizada e a ressonância magnética são os principais

exames usados para o diagnóstico, localização e extensão da lesão tanto do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico quanto ao do Hemorrágico. O exame do líquido cerebral deve ser feito em algumas ocasiões especiais com o intuito de se excluir a possibilidade de processos infecciosos no sistema nervoso (encefalite). É freqüente a tomografia cerebral se apresentar normal logo no início da doença, principalmente no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico mostrando-se alterada somente horas ou dias após do início dos sintomas” (AZEVEDO, 2002:02).

As causas geradoras de derrame tanto isquêmico quanto hemorrágico, variam consideravelmente em ambas, tendo como fator comum e preponderante a elevação da pressão arterial.

O principal fator de risco então para todos estes tipos de Acidente Vascular Cerebral acaba sendo a hipertensão arterial. O controle inadequado dos valores pressóricos traz como consequência alterações nos órgãos alvos não só do cérebro, mas também do coração e do rim, trazendo um quadro clínico devastador com a presença de um infarto do miocárdio ou um Acidente Vascular Cerebral Isquêmico ou Hemorrágico.

Os Acidentes Vasculares Cerebrais Isquêmicos são considerados como responsáveis pela grande mortalidade e morbidade trazendo ao indivíduo, incapacidades importantes e marcantes. Por esse ser o tipo de AVC mais preponderante e freqüente entre a população idosa, será um dos alvos específicos desta pesquisa.

1.2 Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

Segundo Carlotti Junior, Colli, Elias Junior (2003):

“O Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) caracteriza-se clinicamente por ser uma doença de instalação rápida e com distúrbios da função global ou focal do cérebro e sua causa é a diminuição do fluxo sanguíneo cerebral” (2003:249).

“Aproximadamente 40% dos Acidentes Vasculares Cerebrais Isquêmicos se devem a trombose, de natureza aterosclerótica de um grande vaso, 25% são por oclusões de pequenos vasos com infartos lacunares, 25% são embólicos e o restante decorrente de condições mais raras como arterites, infecções ou condições hereditárias” (COLLINS, 1997:172).

A trombose é a formação de um coágulo de sangue dentro do vaso, geralmente sobre uma placa de gordura (aterosclerose), levando a uma obstrução total ou parcial, acometendo mais freqüentemente as artérias carótidas e cerebral.

Segundo Sullivan, Schimitz (1993):

“Relatam que os trombos levam a isquemia ou a oclusão de uma artéria, tendo como resultado um infarto ou morte tissular (infarto cerebral aterotrombótico ou i.c.a). Os trombos também podem ser deslocados “viajando” para outro local, sob a forma de um êmbolo artéria a artéria” (1993:386).

De acordo com Holanda (1995):

“Infartos lacunares são pequenos infartos resultantes de trombose de pequenos vasos perfurantes. Estes infartos estão associados a doenças vasculares hipertensivas e produzem como conseqüência algumas síndromes

neurológicas” (1995:82).

Segundo Queiroz, Andrade Filho apud Longo (1996):

“A taxa de incidência de infartos lacunares aumenta com a idade, atingindo mais preponderantemente indivíduos entre 58 e 72 anos do sexo masculino e da raça negra” (1996:207)

Estes infartos lacunares têm também como sua principal causa a hipertensão arterial com lacunas menores que quinze milímetros de diâmetro, ocorrendo predominantemente nos gânglios de base, tálamo e ponte.

“Embolias Cerebrais (EC) consistem em: trombos, tecido, gordura, ar, bactérias, ou outros corpos estranhos, que são liberados na corrente sanguínea e que se deslocam até as artérias cerebrais produzindo oclusões e infartos. Estão comumente associados à doença cardiovascular congênita ou desordens sistêmicas produtoras de êmbolos sépticos, gordurosos ou gasosos” (O’SULLIVAN, SCHIMITZ, 1993:396).

Cerca de um AVC em seis é de origem embólica. Estes podem ser compostos de trombos ricos em fibrina decorrentes de partículas tumorais, material calcificado e formado após um infarto agudo do miocárdio (GREENBERG, 2003:386).

Chui, Winikates (2001:276):

“Relatam que o início é súbito podendo estar associado a palpitações, arritmias cardíacas como fibrilação atrial ou decorrente de uma Manobra de Valsalva, como ao levantar um objeto pesado ou evacuar” (2001:276).

O ataque isquêmico transitório (AIT) que também se constitui como um outro tipo de infarto, é definido segundo Longo, Cabral, Moro (1996):

“Como eventos agudos de perda regional da função encefálica ou rotineira com duração menor de 24 horas, e atribuídos a um suprimento sangüíneo inadequado com regressão do quadro geral sem apresentar seqüelas” (1996:97).

“Esse quadro regride em menos de 24 horas e a princípio não provoca uma lesão tissular, mas apenas uma hipóxia transitória que será suficiente para comprometer a função neurológica sem levar a um enfarte” (ANDRÉ, 1999:32).

1.2.1 Fatores de Risco

São vários os fatores de risco que podem levar a um Acidente Vascular Cerebral, uns considerados não “modificáveis” como idade, raça, sexo e história familiar e outros como modificáveis ou tratáveis, sendo que alguns são mais propícios e indicativos de derrame do tipo isquêmico, outros mais indicativos para hemorragias e alguns em igual porcentagem para ambos os tipos.

“Como fatores “não modificáveis” e que são também predisponentes para Acidente Isquêmico ou Hemorrágico em igual proporção, citamos, de acordo com Tognola” (1998:16):

- **Idade:** o AVC aumenta exponencialmente com o aumento da idade, a maioria ocorrendo após os 65 anos. Parece haver uma predileção pelo sexo

masculino (1,3: 1) diferindo de acordo com o tipo clínico.

- **Hereditariedade:** o seu estudo tem despertado pouco interesse, no entanto parece haver uma tendência de ocorrência maior, quando predisposição familiar é presente.

- **Raça:** inclinando-se para uma maior ocorrência de acidentes na raça negra, necessitamos de mais estudos populacionais em regiões diferentes para nos certificarmos disso. O fator socioeconômico pode ser o determinante.

Já alguns outros fatores são fortemente indicativos para a ocorrência de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico como os citados por Perkin (1998:110), nos quais se enquadram a maior prevalência em indivíduos com:

- Função cardíaca deficiente;
- Fibrilação atrial não reumática;
- Policetemia e Trombocitemia;
- Presença de Lipoproteína (LP [a]).

“Além da fibrilação atrial, a incidência de doenças cerebrovasculares isquêmica após infarto do miocárdio é de 1 a 2 % ao ano, com risco de 31% no primeiro mês” (ANDRADE FILHO, FIGUEIRÔA, CARVALHO, 2001:206).

“A estenose da artéria carótida interna (ou diminuição do suprimento sanguíneo em uma região da artéria) é o fator de risco importante para o AVC isquêmico, e sua frequência aumenta com os avanços da idade a ponto de 30% dos indivíduos acima de 70 anos apresentarem evidências de estenose carotídea. As estenoses assintomáticas têm um risco menor, porém quando a estenose é maior que 70% está associada a eventos isquêmicos prévios, atinge cerca de 10,5% de risco por ano” (PY, 2002:179).

Relatos de Meschia et al (2003):

“Confirmam também que a genética tem contribuído bastante para um maior risco de acontecimentos de Acidentes Vasculares Cerebrais, principalmente em relação a alguns genes ligados a fatores de coagulação” (2003:01).

“O uso de contraceptivos orais é também um fator de risco para o AVC isquêmico em determinados subgrupos de mulheres, principalmente naquelas com outros fatores de risco como tabagismo e hipertensão artéria sistêmica” (PY, 2002:207).

“Os diabetes Melitos são também um fator de risco bem estabelecido para as doenças cerebrovasculares. A frequência dessa doença vascular isquêmica é maior em pacientes diabéticos, e não está associado a um maior risco de doença vascular do tipo hemorrágica. É fator de risco independente para doença vascular isquêmica e muitas vezes está presente com outros fatores de risco aterosclerótico, hipertensão arterial e dislipidemia, potencializando o risco vascular desses pacientes” (ANDRADE FILHO, FIGUEIRÔA, CARVALHO, 2001:207).

“O consumo de álcool em altas doses eleva também drasticamente o risco de AVC, ao passo que doses baixas, como dois cálices de vinho por dia,

exercem efeito protetor, provavelmente devido à elevação do HDL-c” (PY, 2002:179).

De acordo com Andrade Filho, Figueirôa, Carvalho (2001):

“A Hipertensão Arterial constitui-se como o principal fator para o acometimento tanto dos Acidentes Vasculares Cerebrais Isquêmicos como dos Acidentes Vasculares Cerebrais Hemorrágicos. Os pacientes hipertensos têm, quando comparados aos normotensos, uma incidência quatro vezes maior de doenças cerebrovasculares e duas vezes maior de infarto agudo do miocárdio, comprovando que a hipertensão arterial sistêmica é mais lesiva ao cérebro do que a outro órgão” (2001:206).

Segundo Yamagishi (2002):

“Assim como a hipertensão arterial componentes do fumo também podem contribuir muito para um grande aumento de incidência de AVCI além é claro, de acometimentos de infartos das coronárias” (2002:209).

“O tabagismo aumenta os níveis de AVC tanto do tipo isquêmico quanto do tipo hemorrágico em duas a três vezes por diversos mecanismos: aumentando os níveis plasmáticos de fibrinogênio e outros fatores de coagulação; aumentando a agregação plaquetária; reduzindo os níveis de HDL, elevando o hematócrito; lesando o endotélio vascular, acelerando a aterosclerose, elevando agudamente a pressão arterial, facilitando a ruptura de pequenas artérias “(PY, 2002:179).

A inatividade física, obesidade, má alimentação também são fatores altamente favoráveis para o acometimento dos dois tipos de derrame em igual proporção, sendo que o controle desses e a correção dos seus hábitos de

vida contribuem significativamente para a prevenção de doenças cerebrovasculares.

1.2.2 Manifestações Clínicas

São várias as manifestações clínicas que podem ser notadas no indivíduo logo após a ocorrência da lesão. Elas são muito importantes porque de modo similar podem indicar a localização neurovascular e anatômica no qual ocorreu Acidente Vascular Cerebral.

“É muito importante que os médicos tenham em mente as variáveis que os pacientes possam apresentar, pois muitas vezes sua capacidade de observar, evocar e relatar pode ter sido prejudicada” (COLLINS, 1997:172).

“A doença vascular cerebral, ao contrário das doenças degenerativas ou tumores do sistema nervoso central, geralmente apresenta-se com uma alteração abrupta da função neurológica e quase sempre vem acompanhada por uma súbita deterioração mental” (SCHWARTZ, 1984:1023).

Algumas dessas deteriorações mais freqüentes e presentes na maioria dos indivíduos que sofreram acidente Vascular Cerebral são relatadas por Collins (1997:173-175) como:

- **Fraqueza:** O início agudo de uma fraqueza localizada é o sintoma mais comum dos Acidentes Vasculares Cerebrais. Ela pode significar a isquemia de todo um hemisfério por comprometimento de um grande vaso, ou uma isquemia subcortical, a partir de uma pequena arteríola penetrando na cápsula interna ou no tronco cerebral.

- **Distúrbios Visuais:** A perda da visão num dos olhos alarma os pacientes e geralmente leva-os a procurar uma avaliação médica. Os médicos devem tentar determinar se o sintoma visual é uni ou bilateral, monocular ou hemianóptico, e se há fenômenos visuais positivos e negativos. A sensação de “sombra” ou “cortina” descendo sobre os olhos sugere isquemia de um ramo de vaso retiniano.

- **Linguagem e Fala:** A disfasia (perda parcial da fala) deve ser diferenciada da disartria (perda da habilidade de articular palavras). A dificuldade em encontrar palavras é uma queixa característica de isquemia frontal no hemisfério dominante. Sua fala na maioria das vezes é curta e feita com esforço, acarretando muitas frustrações. Ela é mais comumente chamada de afasia de Broca não fluente, e uma síndrome comum do Acidente Vascular Cerebral. A afasia de Wernicke é composta de falas com frases longas, fluentes, melodiosas, geralmente desprovidas de substantivos e com pouco sentido, pois estes indivíduos normalmente têm uma dificuldade para compreender a linguagem escrita ou falada.

1.3 Dominância Cerebral

De uma maneira geral, como é sabido, o cérebro humano controla e regula todas as funções corporais e psicológicas imprescindíveis para a nossa sobrevivência, mas este controle que essa grande massa cerebral realiza dá-se de maneira organizada, pois cada hemisfério direito e esquerdo e suas áreas específicas são responsáveis por comandar determinadas funções. A isso damos o nome de especialização hemisférica.

A dominância cerebral se faz importante para designarmos e termos um

conhecimento específico e exato das reais organizações, participações e funções que cada hemisfério cerebral é responsável e desempenha.

“Na verdade, a organização do cérebro em dois hemisférios, direito e esquerdo, parece ter como corolário que cada uma dessas partes tem a seu cargo os acontecimentos motores e sensoriais que ocorrem na metade oposta (contralateral) do corpo e do espaço” (OLIVEIRA, 2004:01).

Segundo Springer, Deustch (1998):

“O conceito de dominância cerebral iniciou-se através das observações feitas pelo médico clínico geral Marc Dax em 1836. Ele observou que a maioria de seus pacientes com danos cerebrais do lado esquerdo apresentava como consequência perda da voz, sintoma tecnicamente conhecido como afasia, sendo que esse não descobriu um único caso com lesão e perda da voz do lado direito” (1998:17).

O relato foi então amplamente esclarecido anos mais tarde quando Paul Broca identificou que o centro controlador da fala se encontrava nos lobos frontais, mais precisamente no hemisfério esquerdo, dando a partir daí o início para futuras descobertas sobre especialização hemisféricas.

“O cérebro na realidade é dividido em duas metades. Essas duas partes ou hemisférios estão compactamente encerrados juntos dentro do crânio e ligados por vários feixes distintos de fibras nervosas que servem como canais de comunicação entre eles” (SPRINGER, DEUSTCH, 1998:18).

A partir disso é importante salientar que não é porque um hemisfério é especializado em determinada função que o outro não tem sua participação na ação, pois segundo Caldas (2000):

“Em cada momento todo o cérebro está envolvido em todas as atividades, quer pela participação ativa em parte da sua execução, quer pelo recolhimento de informações do que constantemente se está a passar noutros locais, dando a informação o contributo próprio de sua competência” (2000:147)

A propósito disso, Lent (2002):

“Relata que às vezes são as estratégias funcionais (ou seja, o modo de executar a mesma função) que difere um hemisfério do outro. Ambos, no entanto, trabalham em conjunto, utilizando-se dos milhões de fibras nervosas que constituem e se encarregam de pô-las em constante interação” (2002:642).

Segundo os dizeres de Oliveira (2004:11):

“Podemos talvez concluir, que não há um hemisfério “dominante” e outro inferior ou “dominado”. O que há são dois hemisférios complementares, necessitando um do outro na realização de tarefas, desde as mais simples atividades reflexas até os mais elaborados raciocínios ou atos de criação” (2004:11).

1.4 Dominância Cerebral Direita

De acordo com Springer, Deutsch (1998):

“Havia uma concepção na qual o hemisfério direito era visto como o menos importante ou hemisfério passivo, porque achavam que este era capaz de

suportar maiores danos sem produzir prejuízos evidentes. Pequenas lesões em certas áreas do hemisfério direito pareciam não causar nenhuma disfunção séria.” (1998:34-35).

“A razão mais provável para o demorado reconhecimento da importância do hemisfério direito, entretanto, é que incapacidades causadas por lesões no hemisfério direito não eram tão fáceis de serem analisadas e ajustadas às idéias tradicionais relativas a função do cérebro. Com freqüência eles nem eram notados, ou eram mascarados por incapacidades físicas óbvias, como aqueles encontrados na maior parte de vítimas de derrame” (SPRINGER, DEUSTSCH, 1998:35).

O derrame é a doença cerebrovascular mais evidente para compreendermos o conceito de dominância cerebral. Essa se dá principalmente através dos sintomas que os pacientes apresentam ou manifestam. A partir daí podemos já fazer uma breve identificação de qual dos hemisférios foi comprometido.

“O hemisfério direito é o responsável em determinar o estado emocional dos falantes pelo seu tom de voz, e também para nos permitir os entendimentos de metáfora e humor. Após um derrame no hemisfério direito, os pacientes podem ainda se comunicar muito bem, mas perdem freqüentemente sua prosódia (entoação, pausas, etc.) e só podem interpretar literalmente a linguagem. Tem dificuldades em usar e entender figuras retóricas, tom de voz, humor e expressão de sentimentos” (RATEY, 2002:306).

O hemisfério direito é ativado não apenas na prosódia, mas também quando uma frase tem uma estrutura complexa, indicando que pode fornecer apoio extra em situações de apuro. A compreensão da linguagem de sinais alimenta a atividade em partes de ambos os hemisférios.

Outras pesquisas segundo Springer, Deustch (1998):

“Focalizam o comportamento emocional de pacientes com lesões cerebrais unilaterais. Pacientes com lesão no hemisfério esquerdo manifestam sentimentos de desespero, desesperança ou raiva, enquanto uma lesão no hemisfério direito produz o que é conhecido como reação de indiferença eufórica, na qual são comuns à minimização de sintomas, palidez emocional e exaltação” (1998:231).

A propósito Heilman apud Springer, Deustch (1998):

“Sugeriu que a teoria da estimulação cognitiva (que ele designa como modelo de auto-atribuição da emoção) parece ser coerente com a descoberta de que os pacientes com lesão no hemisfério direito tendem a diminuição de manifestações de seus sentimentos, e os pacientes com desordem no hemisfério esquerdo tendem a reações catastróficas. Como o paciente com lesão no hemisfério direito tem dificuldade para compreender a entonação da fala e para reconhecer a emoção nas expressões faciais, estas deficiências podem interferir no desenvolvimento do estado cognitivo adequado para interpretar ou interagir com algumas estimulações fisiológicas que ocorram no próprio paciente” (1998: 237).

De acordo com Oliveira (2004):

“O hemisfério direito parece também coordenar importantes funções relacionadas com aprendizagem de certas categorias de estímulos, que tem em comum o necessitar de um tratamento rápido e global das informações, como é o caso do reconhecimento de rostos, função freqüentemente afetada em pessoas com lesão hemisférica direita (prosopagnosia), sendo também importante o seu papel na memória espacial ou topográfica. Por outro lado, é hoje ainda reconhecido por todos que a lesão do hemisfério direito cerebral provoca com muita freqüência uma perturbação profunda da personalidade e

da afetividade, produzindo no indivíduo uma indiferença afetiva muito característica” (2004: 07).

“Um outro tipo de percepção que também se encontra alterada em pacientes que sofreram lesões no hemisfério direito é a chamada stereognose (ou capacidade de reconhecer objetos pelo tato). Indivíduos que sofreram danos cerebrais direitos terão uma dificuldade em reconhecer objetos familiares tocando ou apalpando, mesmo que a sensação das mãos se apresente normal” (SPRINGER, DEUSTCH, 1998, 202).

“Sendo o hemisfério “não verbal”, o hemisfério direito é visto também como o responsável pela intuição e também o dominante para a formulação de características básicas importantes relacionadas à criatividade” (SPRINGER, DEUSTCH, 1998:202).

“Algumas atividades relacionadas ao pensar, ler, escrever, contar, preocupar-se com o tempo são usualmente atribuídas ao hemisfério esquerdo, enquanto que o hemisfério direito consiste mais em estruturas envolvendo a compreensão e relações complexas que não podem ser lógicas e nem definidas precisamente. As qualidades do hemisfério direito são essenciais para um “insight” criativo, mas tendem ser desenvolvidas inadequadamente” (SPRINGER, DEUSTCH, 1998:329).

De acordo com Sanvito (1991)

“O hemisfério direito (ou não responsável pela linguagem), é também muito importante para a percepção de melodias e esse fato pode ser evidenciado através das facilidades com que o afásico, com lesão hemisférica esquerda, pode cantar. Também a memória visual, a argumentação não verbal e os atos dependentes de uma mediação da capacidade visuoespacial são todos prejudicados por uma lesão no hemisfério direito” (1991:134).

Considerando estes relatos, Ratey (2002):

“Também afirma que lesões no hemisfério direito causam uma certa deficiência nas relações que envolvem a música, atenção, reconhecimento facial e também alterações nas análises de relações com seu próprio corpo ou a sua imagem corporal” (2002:352).

De fato, segundo Caldas (2000):

“O hemisfério direito parece estar mais envolvido em tarefas de exploração visual e espacial, empenhando-se nas percepções dos grandes conjuntos, enquanto que o esquerdo está mais envolvido em tarefas de seleção de detalhes” (2000:147).

Uma situação muito importante que Springer, Deustch (1998):

“Relata, é que após a ocorrência de lesões no hemisfério direito, os indivíduos sofreram de distúrbios de orientação e consciência mostrando-se desorientados em relação ao espaço e incapazes de reconhecer seus caminhos em volta da casa em que moraram por muitos anos” (1998:32)

Em relação ao pensamento de David Galin apud Springer, Deustch (1998):

“Relata que o modo de pensar do hemisfério direito é semelhante à descrição do inconsciente feita por Freud, o qual notou um paralelismo entre o funcionamento do hemisfério direito isolado e os processos mentais que são reprimidos com o inconsciente, onde certos aspectos do funcionamento do

hemisfério direito como o uso extensivo de imagens, e de uma linguagem limitada tal como a que aparece nos sonhos, são congruentes com o modo de cognição que os psicanalistas chamam de inconsciência” (1998:361).

“Um fenômeno conhecido como omissão ou falta de atenção no lado esquerdo do corpo pode também vir a aparecer em indivíduos que sofreram lesões no hemisfério direito. Surpreendentemente, uma lesão semelhante no hemisfério esquerdo em geral não produz omissão tão séria e duradoura com relação ao lado direito do corpo.” (SPRINGER, DEUTSCH, 1998:20).

Através desses exemplos podemos ver quão importante o hemisfério direito se faz tanto para o comportamento humano quanto para uma atividade mental complexa, e que lesões ou modificações na sua área podem ser tão sérias, graves e preocupantes como as lesões ocorridas no hemisfério esquerdo.

1.5 Dominância Cerebral Esquerda

De acordo com Lent (2002):

“A descoberta da especialização hemisférica ao ser levada ao público pelos meios de comunicação, incorporou uma visão exageradamente simplista da questão: um dos hemisférios seria o responsável pela fala ou verbal, o outro estaria relacionado às funções do espaço (ou espacial); um deles usaria a razão e assim por diante. Essas dicotomias exageradas levaram inclusive a recomendações não científicas do tipo “pense com o hemisfério direito e aja com o hemisfério esquerdo”” (2002:643).

Segundo Springer, Deutsch (1998):

“Um derrame geralmente envolve uma interrupção do suprimento sanguíneo em parte do cérebro e resulta em danos na região afetada. Como o sangue é fornecido a cada hemisfério em separado, um derrame afeta, com frequência, apenas uma metade do cérebro. Como cada metade controla o lado oposto do corpo, um derrame localizado no hemisfério esquerdo comprometerá toda a funcionalidade do lado direito do seu corpo, assim como lesão no hemisfério direito comprometerá o lado esquerdo do corpo” (1998:24).

Além do comprometimento do lado direito do corpo, lesões no hemisfério esquerdo também poderão prejudicar muitas outras funções no indivíduo com severas alterações relacionadas à fala. O hemisfério esquerdo durante muito tempo fora visto como o centro da inteligência principalmente por este ser o responsável em maior parte pela fala, capacitando o indivíduo para a linguagem.

Este centro da fala segundo Sanvito (1991):

Está organizado em uma região chamada área de Broca localizada no córtex pré-motor frontal do hemisfério esquerdo, que por sua vez controla os atos motores para a produção das frases. Após uma lesão localizada no hemisfério esquerdo a fala desses pacientes poderá ficar comprometida, pois muitas vezes seu vocabulário será reduzido a algumas palavras ou a algumas frases estereotipada, falando muito pouco ou as vezes não falar nada. A isso damos o nome de afasia e quase sempre vem acompanhada de uma perda parcial (hemiparesia) ou total (hemiplegia) de seus movimentos (1991:141).

Um outro tipo de afasia que acomete os indivíduos que tiveram derrame no hemisfério esquerdo é a afasia de Wernicke que, segundo Sanvito (1991):

“É um distúrbio em que o paciente tem grande dificuldade ou incapacidade de entender a palavra escrita ou falada, além de distúrbios importantes no pensamento e da expressão simbólica. Nesse caso, os pacientes falam abundantemente, cometendo freqüentes erros verbais e gramaticais” (1991:142).

A fala destes pacientes, segundo Sanvito (1991):

“É marcada por frases incompletas ou incompreensíveis. O déficit de compreensão impede estes pacientes de perceberem os seus próprios erros (anosognosia). Nas formas moderadas deste tipo de afasia, pode permanecer um grau maior ou menor de compreensão de seus dizeres, condição que permite ao paciente captar o significado de certas frases pelo seu contexto global” (1991:142).

“Como regra geral, não existe a evidência de que apenas um hemisfério esteja envolvido numa determinada tarefa cognitiva, como no caso das linguagens, pois durante a realização destas tarefas da fala, o fluxo sanguíneo tende a ser maior no hemisfério esquerdo, mas também aumenta em menor extensão no hemisfério direito” (SPRINGER, DEUTSCH, 1998:331).

Algumas desordens motoras também são freqüentemente encontradas nestes indivíduos com lesão no hemisfério esquerdo como, por exemplo, no caso citado por Springer, Deutsch (1998):

“É freqüente encontrar nesses pacientes uma incapacidade de efetuar atos complexos quando solicitados (como, por exemplo, pedir para pentear o cabelo), embora podendo realizá-lo espontaneamente em situações apropriadas. A este tipo de deficiência em que a pessoa sabe o que é falado, mas é incapaz de realizar o ato é denomina-se apraxia ideomotora”

(1998:197-198).

Apraxia ideativa como falta de habilidade para formular uma seqüência de atos; apraxia construtivas envolvendo desordens nas construções de figuras, desenhos, montagens e agnosias auditivas relacionada a falhas no aparelho auditivo em reconhecer ou distinguir o que ouvem são todas fortemente encontradas após um derrame no hemisfério esquerdo.

Os pacientes com lesão em seu hemisfério esquerdo não dispõem, na maioria das vezes de conhecimentos sobre suas próprias deficiências.

Ratey relata que (2002):

“Disfunções no hemisfério esquerdo resultarão numa perda de controle sobre a impulsividade, acarretando em um possível comportamento conturbado” (2002:356).

“A armazenagem da memória fonológica (ou de curta duração relacionada a fatos) parece ser seletivamente diminuída em regiões do hemisfério esquerdo, e memórias visuoespaciais de curta duração também se encontram seletivamente diminuídas por lesões em áreas específicas do hemisfério direito” (SPRINGER, DEUTSCH, 1998:225).

Segundo Lent (2002):

Lesões nesta área cerebral esquerda podem vir a causar incapacidades em realizar movimentos voluntários (ataxias), mas apenas quando o paciente é instruído para a realização de tais movimentos (2002:633).

Lesões ocorridas no hemisfério esquerdo resultam em uma perda da capacidade do paciente em identificar nome de pessoas, parentes, e muitas vezes de lembrar seu próprio nome, a isso damos o nome de comprometimento de identificação verbal.

De acordo com Lent (2002:646):

“O hemisfério direito percebe e comanda funções mais globais, categorias enquanto que o hemisfério esquerdo se encarrega de funções mais específicas” (2002:646).

Podemos perceber estas diferenças globais e específicas dos hemisférios direito e esquerdo através das citações de Lent (2002:646) que relatam:

- O hemisfério direito é melhor quando se trata do reconhecimento de faces (homem ou mulher?), e já o hemisfério esquerdo participa melhor na descoberta de quem é a face (Joaquim ou José?);

- O hemisfério direito é especialmente capaz de identificar categorias gerais de objetos e seres vivos (livros, cães), mas é o esquerdo que detecta as categorias específicas (um exemplar de Acidente Vascular Cerebral, um pastor alemão);

- O hemisfério direito é melhor na detecção de relações envolvendo o espaço, particularmente as relações métricas, quantificáveis, aquelas que são úteis para o nosso deslocamento no mundo, (a que distância estou do carro a frente?) enquanto que o hemisfério esquerdo é melhor no reconhecimento de

relações espaciais, categorias qualitativas (acima de, abaixo de, dentro, fora);

- E finalmente, quanto as habilidades motoras, onde o hemisfério esquerdo produz movimentos mais precisos e delicados da mãos e das pernas direita (na maioria das pessoas) enquanto que o hemisfério direito demonstra movimentos menos habilidosos das mãos e das pernas esquerdas.

Como podemos perceber, são muitas as especialidades e funções que o hemisfério esquerdo desempenha e apresenta, sendo na grande maioria das vezes trabalhadas e desenvolvidas juntas com o hemisfério direito, onde cada área é responsável em desempenhar suas tarefas específicas e importantes em relação as informações que por ali passam.

1.6 Aspectos Psicosociais após a Doença

A pessoa que sofre um Acidente Vascular Cerebral poderá confrontar-se com uma desestruturação dos seus conceitos sociais e também psicológicos. Dependendo do local lesionado as vítimas dessa doença poderão encontrar-se sobre uma nova situação que poderá variar de acordo com inúmeros aspectos, tais como ambiente familiar e social, bem estar psicológico e gravidade de sua deficiência física. Terão muitas vezes que desenvolver novos padrões e hábitos e construir uma nova forma de ser, quem sabe, digamos um ajustamento de sua identidade.

Segundo Loureiro (2000):

“A doença e a deficiência física muitas vezes desempenham um papel paradoxal podendo revelar poderes latentes e formas de vida que talvez não

fossem vistas, imaginadas e desenvolvidas na ausência desses fatores. Da mesma forma, pode ocorrer o inverso, ou seja, situações de inaptações desencadeadas pela lesão, sendo, na verdade, anteriores a ela, as quais estariam apenas cristalizadas por posições mais estáveis de vida” (2000:33).

Quando consideramos os aspectos psicológicos da doença, a literatura nos trás um apanhado de negatividade: dificuldades de se adaptar a novos papéis; falta de motivação e dificuldades de planejar o futuro; necessidades de trabalhar perdas, sejam elas orgânicas, afetivas ou sociais; somatização; tendência a depressão; baixa auto estima etc.

Idosos que sofreram um AVC terão como consequência declínio na sua qualidade de vida com alterações cognitivas, de ansiedades e limitações funcionais sendo na grande maioria das vezes acompanhadas por sintomas depressivos.

Segundo Veras et al., (2000:23):

“A questão da autonomia do idoso tanto sadio quanto após um Acidente Vascular Cerebral é um ponto importante para evitar alterações psicológicas e preservar a saúde mental no indivíduo além de proporcionar completo bem estar. A autonomia inclui a capacidade para a autodeterminação, resistir as pressões sociais, pensar e agir de maneira mais independente. Os estudos não deixam dúvida de que a autodeterminação contribui para a satisfação pessoal, reforçando a importância da livre escolha” (2000:23).

“Cabe lembrar que o grau de autonomia e independência que um idoso possui é indicador de seu estado de saúde. Pode-se medir o grau de independência observando-se o desempenho do idoso nas funções da vida

diária, sempre levando em consideração os aspectos físicos, psíquicos e sociais” (PASCHOAL, 1996:57).

De acordo com Veras (2001:78):

“A capacidade funcional é definida como a capacidade de preservar as habilidades físicas e mentais necessárias a manutenção de uma vida independente e autônoma, ainda que convivendo com limitações” (2001:78).

Portanto a capacidade funcional do idoso preservada proporciona a este a realização de atividades de vida diária além é claro de manter a sua independência pessoal, um valor amplamente considerando em nossa sociedade. Desde quando isso não se torna possível, esses indivíduos em sua grande maioria passam a sofrer de problemas psíquicos com manifestações de angústias e depressão quem se tornam evidentes em decorrência de sua dependência e limitação funcional.

“A medida em que o indivíduo experimenta o declínio físico, pode haver uma deterioração concomitante na sensação de bem estar, resultando em auto-estima precária, ansiedade, fadiga e depressão” (LEITE, 1996:18).

“Um indivíduo mesmo portador de uma doença, poderá sentir-se saudável desde que seja capaz de alcançar expectativas e desejos; capaz de manter-se ativo em seu meio, ter alguma função social, efetivar projetos, conseguindo assim uma boa qualidade vida, podendo realizar-se como ser humano e ser feliz” (PASCHOAL, 1996:313).

Muitas vezes este bem estar só é conseguido se estiverem preservada suas funções motoras e de autonomia, o seja estar apto a realizar qualquer atividade de forma independente, pois caso contrário o idoso estará mais próximo da eclosão de sintomas depressivos.

Segundo Glenn (2001):

“Alguns indivíduos relataram que após a ocorrência de AVC, apresentaram sintomas depressivos com manifestações de tristezas, ausência de felicidade e otimismo. Reciprocamente, esse negativismo levou-os a uma ansiedade aumentada e sentimentos de desesperança” (2001: 211).

A depressão nestes pacientes tende a ser comum a perda da saúde física, juntamente com suas incapacidades, provocando sofrimentos, desmoralização e disforia. Neste caso, a doença física serve como gatilho para o desencadeamento de distúrbios de humor que se relaciona intimamente com o prognóstico da doença.

Deve ser lembrado, segundo (FORLENZA,1997):

“Que a doença cerebral pode estar etiológicamente relacionada a depressão pelo acometimento cerebral em si ou por conseqüências psicossociais. A ocorrência desta comorbidade pode levar a importantes modificações no quadro clínico, curso e prognóstico dos transtornos depressivos nestes pacientes” (1997:57).

“Os pacientes idosos que apresentam depressão associado a doença física causada por uma lesão cerebral tendem a evoluir de forma menos satisfatória, com maior tempo de permanência no hospital e maior

mortalidade. A depressão nestes pacientes pode estar relacionada tanto com a gravidade da doença como com a incapacitação funcional” (FORLENZA, 1997: 58).

Segundo Glenn (2001):

Muitos indivíduos que sofreram uma lesão cerebral relataram, em um estudo realizado na Carolina do Norte, estarem de sentindo-se deprimido, fracassados, medrosos, solitários, vindo a aborrecerem-se por causas que normalmente não os faziam, muitas vezes tornavam-se indispostos e sem vontades para atividades envolvendo lazer (2001:210).

Este impacto negativo de depressão na qualidade de vida de sobreviventes de AVC também foi encontrado em um estudo realizado no Centro Geriátrico de Filadélfia, em que Brita (1998):

“Chegou a conclusão de que os idosos após terem sofrido isquemia cerebral apresentavam-se angustiados, menos satisfeitos com a vida e com um bem estar psicológico prejudicado” (1998:09).

Todas estas manifestações são encontradas frequentemente em idosos pós AVC pelo fato que as vítimas passam a lidar com o risco iminente de adoecer, sofrer e morrer. Isto faz com que ele viva constantemente ameaçado por esta situação, que representa um ataque não apenas ao seu corpo mas também ao seu psiquismo. Se este paciente teve uma organização prévia de personalidade capaz de suportar algum grau de frustração e ameaça, provavelmente estará menos vulnerável, do ponto de vista emocional, ao diagnóstico, prognóstico e tratamento.

Em muitos casos, segundo Forlenza (1997:60):

“Ocorre uma dificuldade entre os terapeutas na diferenciação entre os sintomas somáticos da depressão, os sintomas da doença física coexistente ao AVC e as alterações físicas próprias do envelhecimento. Estes pacientes muitas vezes são mal diagnosticados e poucos tratados, o que pode comprometer a qualidade de vida de um grande número de indivíduos que poderiam beneficiar-se de tratamentos específicos” (1997:60).

A ansiedade também pode vir a ocorrer frequentemente em idoso pós-lesão cerebral, seja como uma resposta esperada ao sofrimento ou como conseqüência das alterações morfológicas e funcionais decorrentes da doença.

De forma geral, podemos dizer que os transtornos ansiosos presentes em idosos que sofreram um AVC podem ser os mesmo que ocorrem nos jovens. No entanto, o diagnóstico destes transtornos exigem um cuidado adicional, devido a alta comorbidade com depressão e uma maior prevalência de outras doenças clínicas e psiquiátricas. Não se pode esquecer da maior dificuldade dos idosos em lidar com situações novas, especialmente com mudanças profundas em sua rotina que levam compreensivelmente a ansiedade e exigem atitudes terapêuticas específicas (FORLENZA, 2000:428).

Faz-se evidente que estes idosos seqüelados em decorrência de um AVC necessitam de um ajustamento psicológico desde o início da doença, afim de que haja o aumento das suas possibilidades para uma melhor adaptação a nova vida.

Estes novos ajustes deverão ser tratados tanto de maneira interna quanto externa, pois assim o indivíduo bem ajustado se adaptará a melhor a

dor, a fadiga, a sua limitação funcional e a sua vida social, além de que estes indivíduos quando ajustados tornam-se mais próximos dos indivíduos mentalmente saudáveis.

“Muitos idosos após terem sofrido uma lesão cerebral poderão apresentar aridez emocional, indiferença eufórica, exaltação, principalmente quando a interrupção do fluxo sanguíneo vier a ocorrer no hemisfério direito, já que estas manifestações estão correlacionadas principalmente a estes hemisférios” (GLEEN, 2001:34).

Além disso estes sujeitos, ficam incapacitados em determinar o estado emocional dos falantes e também a dificuldade quanto ao entendimento de metáforas e humor além de alterações quanto ao reconhecimento de emoções nas expressões faciais.

Sabemos também que a sociedade através de sua cultura própria escreve suas leis sobre o corpo determinando a maneira que ele deve portar-se para não abalar as estruturas sociais. O corpo, desta forma, parece estar ligado aos valores e as condutas da sociedade.

O corpo doente, limitado em decorrência de lesão cerebral, poderá levar o idoso ao afastamento social, principalmente por este se sentir ameaçado na integridade de sua alta imagem corporal.

“Muitas vezes a forma de lidar com este problema é diminuindo sua visibilidade, através de reações de repulsa, exclusão, negação e descaso. Reações como negar sua própria deficiência poderá ocorrer como forma de defesa para suportar esta situação” (LOUREIRO; 2002:47).

Dentre os vários mecanismos de defesa envolvidos na relação do paciente com a doença, a negação da limitação física passa a ser o principal fator em decorrências da doença.

Segundo Blaya (1967):

“É a ocorrência de um comportamento de oposição sistemática a todas as medidas terapêuticas que possam atestar a existência do problema. Assim, o paciente mantém, e as vezes incrementa o hábito de fumar, não segue as recomendações dietéticas e medicamentos e também não realiza com freqüência a terapia física; e passa a desenvolver comportamento de risco. A negação maciça é um mecanismo bastante primitivo, pois se baseia no pensamento mágico do princípio do prazer (presente de modo infantil) de que aquilo que não vê deixa de existir” (1967:52).

A regressão mental também é outro sintoma importante que pode vir a ocorrer depois de um AVC pois nesta situação o idoso cria hipóteses que venham a preencher o conhecimento de que lhe falta.

De acordo com Blaya (1967):

“A regressão, faz com que esses indivíduos sintam ansiedades ainda mais intensas frente ao desconhecido, e produzam teorias, ou fantasias, as vezes muito assustadoras, assim como as crianças são capazes de ver fantasmas quando estão sozinhas e assustadas. Nessa situação a participação da família e de amigos será muito válida e significativa para o alívio de suas ansiedades e conectar-se desta forma com aspectos mais colaborativo do mesmo” (1967:64).

Mesmo sabendo que há exemplos óbvios de interação mente, corpo e ambiente, a causa do sofrimento e da doença estará sempre enraizada no corpo físico. E esta limitação funcional fará com que este indivíduo exclua-se de suas atividades sociais e de lazer por sentir-se fraco, dependente, sem uma maior satisfação e encorajamento frente as relações sociais.

De acordo com Britta (1998):

O AVC traz mudanças súbitas e inesperadas às vítimas, como limitações físicas, abandono ao trabalho e desestímulos diante das relações sociais. Cabe, porém, a família e aos amigos o dever de minimizar estas conseqüências e encorajar os indivíduos a libertação de uma angústia adicional (1998:01).

Seguindo-se o propósito Britta (1998:04):

“Que realizou um estudo na Filadélfia com idosos que sofreram AVC onde foram constatados sentimentos de insatisfação com a vida, desestímulos frente a um possível futuro significativo e diminuição de interação social com parentes e amigos” (1998:04).

A fobia social também pode vir a aparecer após uma isquemia cerebral. Ela consiste no medo persistente e desproporcional de situações em que pessoas se julgam expostas a avaliações dos outros ou temem comportar-se de maneira vergonhosa ou humilhante. As situações mais frequentemente temidas por estes pacientes incluem participar de festas ou reuniões, falar com estranhos ou ser observados quando se alimentam, falam ou escrevem. Sintomas autonômicos e até ataques de pânico podem ocorrer nestas situações.

Sintomas fóbicos costumam ser explicados como uma insegurança diante das limitações impostas pela doença e não como a eclosão de um transtorno ansioso.

Segundo Kozubski (2002):

“Durante as primeiras semanas após o AVC, o apoio social é o contato essencial para prevenir depressão e também uma maior motivação às novas modificações presentes em sua vida” (2002:803).

Os profissionais da saúde deveriam focalizar um cuidado específico a esses, incluindo um maior apoio social enquanto diagnosticado para melhorar seus sintomas deprimentes e de dependência física, servindo desta maneira para melhorar sua qualidade de vida.

O suporte social será muito importante para o ajustamento psicológico, em partes, porque ajudará ao estabelecimento e ao manejo de estratégias de adaptação das incapacidades e também a um maior convívio social após a doença.

O apoio da família e de amigos terá um impacto considerável na vida social desses idosos com condições físicas limitadas, em que estes os ajudaram a um maior ajuste, equilíbrio e satisfação de ordem pessoal e emocional.

Há diferentes motivações para o contato social, e o peso de cada um pode ser maior ou menor dependendo principalmente da posição que o

indivíduo se encontra após a doença. O contato com a sociedade servirá assim como fonte de informação ao desenvolvimento e a manutenção do auto conceito e de regulador de emoções.

Na modernidade, os valores tradicionais se perdem em favor de uma sociedade individualista onde o velho limitado funcionalmente não é considerado produtor de riquezas perdem seu valor social, passando a ocupar um lugar marginalizado, precisando então ser isolado, para que os mais jovens e sadios não tenham que reconhecer seu próprio futuro.

Mas o contato com familiares poderá gerar benefícios a esses idosos pós AVC, seja em forma de sobrevivência pessoa, de apoio e estímulo relacionado a volta ao trabalho, de motivação a tarefas recreativas e também na manutenção de uma personalidade íntegra.

Estudos mostram que esses idosos preferem recorrer principalmente a esses sistemas de suporte informal (parentes, amigos, vizinhos, conhecidos) para a resolução de problemas e só posteriormente a um sistema formal (instituições de apoio diversos). Aparentemente isso lhe dará uma maior percepção de autonomia e competência (ERBOLATO;1996:960).

A flexibilidade desses familiares terá um papel importante na restauração, motivação e equilíbrio na vida social das vítimas de um AVC, cujo auxílio será importante para uma maior troca de afeição, percepção e melhora de seu bem-estar subjetivo, pessoal e social.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar por meio de instrumentos e questionários o estado mental, comportamento, a funcionalidade e a interação social de indivíduos idosos que sofreram um Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Direito (AVCID).

2.2 Específico

- Analisar:
 - * aspectos cognitivos gerais;
 - * aspectos psicológicos;
 - * aspectos funcionais;
 - * aspectos dos sociais.

3 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se pela metodologia qualitativa com análises descritivas e subjetivas dos idosos pesquisados.

Em função de obter dados mais profundos e detalhados sobre suas relações sociais após a lesão cerebral, o método qualitativo foi utilizado para ter acesso a descrições individuais e interpretações subjetivas oriundas de experiências vividas pelos idosos.

“A pesquisa qualitativa concebe a realidade com um processo de construção permanente, em que o sujeito desempenha papel ativo. Portanto, a realidade não seria composta apenas por dados objetivos, mas incluiria a subjetividade do sujeito” (HAGUETTE, 2000:23).

Esta metodologia busca uma compreensão particular daquilo que se estuda. Uma idéia mais geral sobre tal pesquisa é que ela não se preocupa com generalizações, princípios e leis. Esta generalização é abandonada e o foco da sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação dos fenômenos estudados (MARTINS, 1989:23).

De acordo com Garcia (2002):

“A metodologia qualitativa esta bem especificada na própria etimologia da palavra “qualitas” do latim, que significa “essência”. Designa a parte mais relevante e central das coisas, o que ainda é vago, pois essência não se vê, não se toca, não se mensura” (2002:59).

Esse método proporcionou envolvimento e profundidade com relação aos temas tratados, possibilitando a troca de uma variedade de experiências e sentimentos. Isso não seria possível se o paradigma da “objetividade” norteasse a pesquisa, já que nesse caso a relação pesquisador “e” pesquisado” não teria por si só um envolvimento maior.

“Assume-se que a inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e as linguagem do senso comum, e é condição “sine qua non” do êxito da pesquisa qualitativa” (MINAYO, 1998:124).

Para os questionários fechados realizamos uma análise descritiva de todo o material pesquisado relacionado aos aspectos biológicos e psicológicos.

Caminhando, no entanto, com a metodologia proposta, os dados coletados serão analisados e descritos. O material obtido nessa pesquisa é rico em informações sobre as experiências, sentimentos vividos e alterações após a doença, sendo todos analisados sob um prisma geral, englobando a totalidade dos sujeitos que foram estudados.

Neste sentido, procurou-se traduzir os relatos dos idosos com suas observações e vivências provocadas pela doença.

3.1 Sujeitos

Foram selecionados 4 idosos, entre os quais 3 mulheres e 1 é homem, com idades entre 60 e 70 anos, hemiparéticos que sofreram um Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Direito e que vinham realizando tratamento reabilitativo em função das seqüelas provenientes da doença.

Para a seleção dos entrevistados obedecemos a alguns critérios:

Primeiramente, que todos fossem alfabetizados, para que desta maneira ocorresse uma melhor compreensão e padronização durante a aplicação dos questionários. Indivíduos com lesões no hemisfério esquerdo também foram excluídos do estudo em função desta área ser a responsável pela fala, o que poderia causar uma afasia, dificultando a comunicação. E, finalmente, que estes idosos não fossem portadores de doenças osteoarticulares ou reumatológicas graves, sem demência e que não estivessem acamados e internados em unidades hospitalares.

3.2 Coleta de Dados

Com o propósito de colher e registrar as informações dos depoentes, utilizou-se o diário de campo e gravador. Após as entrevistas, foram feitas as transcrições das falas gravadas.

O diário de campo foi muito significativo, pois proporcionou observações para complementar o estudo, ou seja, foi um importante material de análise para esta pesquisa.

Segundo Queiroz (1983):

“O diário de campo se torna útil para que possam ser colhidas todas as observações e reflexões que ocorreram ao pesquisador durante a execução da entrevista” (1983:54).

Fazer uso do gravador com recurso técnico auxiliar, propiciou trazer a voz viva, pessoal do narrador, além de ter proporcionado uma percepção de suas expressões, entonação da voz e pausas.

Todas as entrevistas foram gravadas com prévio consentimento dos entrevistados, e não houve objeção nenhuma quanto ao uso deste instrumento.

As informações obtidas através desta técnica, segundo Oliveira (2004:52):

“Provêm diretamente do informante, tendo para ele um significado específico. Ela permite chegar a dados freqüentemente silenciados quando se adota outros procedimentos metodológico, particularmente os quantitativo. Fornece, desta forma, grande riquezas de informações” (2004:52).

Para a coleta de dados, todos os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e, em seguida, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo I) para que então a pesquisa pudesse ter início. Juntamente com a pesquisadora, os informantes preencheram uma ficha de identificação (anexo II), que teve como função colher informações e o perfil da moléstia de cada um.

O questionário social aplicado ao idoso foi composto por entrevistas semi-estruturadas, norteadas por um roteiro pré-estabelecido pelo

pesquisador (anexo IIIa e IIIb). Neste tipo de entrevista, o pesquisador efetua uma intervenção para trazer ao informante os assuntos que pretende investigar.

Durante as entrevistas, priorizou-se a liberdade de expressão de cada participante, deixando-os livres para falar sobre o tema proposto, sem que houvesse interferência alguma nas respostas por parte do entrevistador. Após estes relatos gravados, foi realizada a transcrição das fitas.

Os instrumentos sobre cognição (anexo IV), comportamento (anexo V), humor (anexo VI) e funcionalidade (anexo VII e VIII) foram aplicados e coletados de forma rápida e clara devido as questões referentes a estes fatores exigirem respostas simples e pré-estabelecidas. Todos os questionários fechados foram preenchidos pelo pesquisador.

Toda esta pesquisa foi realizada no domicílio de cada participante, previamente agendado em ambiente tranquilo, evitando qualquer tipo de impacto ou pressão.

3.3 Instrumentos Utilizados

Para a operacionalização da pesquisa, utilizamos 7 instrumentos (anexos IIIa, IIIb, IV, V, VI, VII e VIII) compostos por questões semi-dirigidas envolvendo a subjetividade dos depoentes e também por questões descritivas.

Inicialmente, identificou-se o perfil dos idosos através de um questionário de identificação (anexo II).

Foi construída uma entrevista semi-dirigida para a coleta de dados sociais, que permitiu informações suficientes sobre a subjetividade dos participantes. Este questionário de dados sociais (anexo III) foi dividido em duas partes: um ao próprio idoso (IIIa) e outro ao seu familiar (IIIb).

O conteúdo de questões da primeira parte foi composto por perguntas relacionadas a vida do idoso após o AVC, como: deficiência e dificuldades encontradas em seu cotidiano, sua percepção sobre o envelhecimento e sobre transformações ocorridas em seu corpo em decorrência do derrame, atividades de lazer e a importância das sessões fisioterápicas após a doença. Este questionamento teve um caráter único: resgatar a fala e sentimentos que estavam guardados e, às vezes, não ditos ou expostos, a fim de auxiliar o entrevistado quanto ao conhecimento de seu mundo social após a lesão.

A segunda parte do questionário foi aplicada ao familiar do idoso (anexo IIIb), nos proporcionou informações que vieram a colaborar para a investigação de prováveis alterações psicossociais. Neste questionário, procurou-se saber como era o desempenho mental, comportamental e as capacidades cognitivas antes do AVC para depois compará-los à situação atual a fim de verificar se houve alterações antes e após o AVC.

Todo material referente a análise social encontra-se no (anexo IX).

O segundo instrumento aplicado foi o Mini Exame do Estado mental de Folstein et al (1975) (anexo IV), adaptado à realidade brasileira por Bruck e colaboradores (2003). O instrumento visou o rastreio da cognição dos idosos após o AVC.

Este questionário mental pode ser utilizado na detecção de perdas cognitivas, no seguimento evolutivo de doença e no monitoramento de respostas ao tratamento ministrado. Como instrumento de pesquisa, tem sido largamente empregado em estudos epidemiológicos populacionais, fazendo parte integrante de várias baterias neuropsicológicas. Ele deve ser aplicado e separado por categorias de acordo com o nível de escolaridade, já que os indivíduos com maior alfabetização poderão ter escores mais elevados pelo fato de que as questões envolverem raciocínio, memória, repetições de palavras, escritas, nomeações, cópias de desenho e comando verbal.

A partir daí, Brucki et al. (2003):

“Concluíram que o ponto de corte para analfabetos seria o de 20 pontos; para os indivíduos com 1 a 4 anos de alfabetização, seria o de 25 pontos; aqueles com 5 a 8 anos de escolarização seria de 26,5 pontos; com 9 a 11 anos, seria de 28 pontos; e, por último, os indivíduos com escolaridade igual ou superior a 12 anos seria de 29 pontos” (2003:781).

O próximo instrumento usado foi o da Escala de Depressão Geriátrica (anexo V) de Yesavage (1983). Este questionário foi projetado e validado para “taxar” depressão no idoso, pois, segundo Coleman et al. 1981 apud Yesavage (1983:01) ele representa um método de avaliação seguro e válido para idosos com sintomas depressivos.

O propósito primário para a aplicação desta escala era prover um teste de blindagem seguro, de simples administração não requerendo tempo ou habilidades de um entrevistador treinado para detecta suspeita de depressão em populações de idosos.

Esta escala é composta de quinze questões envolvendo nível de satisfação com a vida, motivação e disposição na realização de tarefas, temor, medo do futuro, sentimentos eufóricos e alegres. Todas estas questões são respondidas de forma rápida e clara através de sim ou não cuja pontuação segue da seguinte maneira:

- 0 = quando a resposta for diferente do exemplo entre parêntese.
- 1= quando a resposta for igual ao exemplo entre parêntese.

Se o indivíduo tiver como pontuação maior ou igual a 5, indica suspeita de depressão.

O quarto instrumento aplicado aos idosos se refere a escala de Ansiedade de Hamilton (1958) (anexo VI). Esta escala visa a detecção de alguns sintomas somáticos exaltados, assim como alterações de humor e tensão, problemas de insônia, medo e dificuldades intelectuais.

De acordo com Gorenstein (1999):

“É necessário antes de sua aplicação dispor-se de informações básicas a respeito dos valores normativos em diferentes grupos (idade, sexo, grupo étnico, presença ou não de diagnóstico) e sensibilidade da escala à mudança”
(1999:14).

Uma das escalas que cobre todos os aspectos de ansiedade é a escala de Hamilton. Este instrumento quantifica a intensidade ou a gravidade em sujeitos já diagnosticados e é utilizada para avaliação e tratamento.

Uma das dificuldades mais comumente encontrada na avaliação de Hamilton, segundo Gorenstein (1999:141):

“Está na superposição desta com sintomas depressivos. Muitos pesquisadores têm dificuldades em separar ansiedade e depressão tanto em amostras clínicas quanto não clínicas e sugerem que os dois construtos podem ser componentes de um processo de estresse psicológico geral.”
(1999:141).

A diferenciação entre estes dois quadros clínicos só é sentida se for utilizado um outro instrumento adjunto ao estudo mais específico para sintomas depressivos.

A escala de Hamilton é composta de 14 itens, sendo que cada uma dessas questões podem ser pontuadas da seguinte maneira:

- 0 = Ausente
- 1 = Intensidade Leve
- 2 = Intensidade Média
- 3 = Intensidade Forte

- 4 = Intensidade Máxima

O penúltimo instrumento que foi aplicado se refere às atividades funcionais após o AVC de Pfeffer et al. (1982) (anexo VII). Este índice de funcionalidade é muito proveitoso na identificação de idosos que requerem assistência.

As respostas dadas durante a entrevista são mensuradas dentre uma variedade de questões ligadas as suas capacidades funcionais, que são importantes de serem verificadas quando o indivíduo apresenta alguma deficiência física.

De acordo com Pfeffer (1982:324):

“O propósito deste questionário é investigar a relação entre habilidades funcionais prejudicadas daquelas preservadas” (1982:324).

Fazem parte deste questionário (anexo VII) 10 perguntas, as quais envolvem autonomia para manusear dinheiro, remédio, compras, preparação de alimentos, níveis de atenção, memória e passeios realizados sozinho. Todas estas questões são respondidas pelos familiares ou acompanhante de seu entrevistado.

A pontuação deste instrumento dada pelo seu familiar ou acompanhante segue da seguinte maneira:

- É considerado independente o idoso que realiza todas as tarefas sozinho mesmo apresentando dificuldades.

- É considerado dependente parcial aquele que apresenta na investigação a ajuda de seu acompanhante ou familiar na realização de duas atividades funcionais.

- O dependente total é aquele que necessita de assistência na realização de três ou mais atividades funcionais.

Finalizando a pesquisa, o último questionário que foi aplicado se refere à Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz et al., (1970) (anexo VIII).

De acordo com Katz (1970:20):

“O índice de independência foi desenvolvido como uma medida de função que poderia ser usada em avaliações objetivas de idosos doentes. Este índice foi utilizado como ferramenta para o acúmulo de informações sobre o prognóstico de sua inaptidão no processo de envelhecimento, além do que foi útil para ser avaliada a necessidade dos cuidados e também efetividade quanto ao tratamento e na reabilitação” (1970:20).

Esta escala é composta de seis funções: banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação.

Segundo Katz (1970):

“Este índice é avaliado como independente, dependência parcial e dependência importante” (1970:21)

Durante esta avaliação, é o observador que irá questionar se a pessoa realiza todas as tarefas sozinho ou se necessita de ajuda, sendo que a existência atual de ajuda é considerada, na avaliação, como falta de habilidade por parte do paciente.

O escore total deste instrumento é o somatório de resposta “sim”. Total de 6 pontos significa independência para Atividades de Vida Diária (AVD); 4 pontos dependência parcial; 2 pontos dependência importante.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Segundo Frudman (1992):

“(...) as idéias que os indivíduos tem acerca do mundo ao seu redor, de suas atividades, das outras pessoas, do passado e do futuro, de si mesmo, podem ser manifestadas por intermédio do discurso” (JUNQUEIRA apud, 1998: 48)

4.1 Aspectos Biológicos e Sociais

Dos quatro pacientes idosos pós AVCI estudados, três são do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade variando de 60 a 70 anos.

P1: Sexo Feminino, 70 anos, solteira, aposentada e com nível primário completo. Sofreu o AVCI há 3 anos e apresenta uma hemiparesia em seu membro superior e inferior esquerdo, com dificuldade de locomoção. Antecedentes pessoais de hipertensão, tratamento medicamentoso direcionado e antecedentes familiares de AVCI.

Hábito e vício: nada digno de nota (NDN)

ANÁLISE SOCIAL: Afastamento do trabalho; limitação quanto à realização de tarefas; dificuldade quanto a locomoção; progresso físico com a fisioterapia; presença de apoio familiar; realização de atividade envolvendo lazer; aceitação quanto ao envelhecimento e à doença; satisfação com a fisioterapia.

P2: Sexo Feminino, 62 anos, desquitada, aposentada e com nível primário completo. Sofreu o AVCI há 4 anos e apresenta uma hemiparesia em seu membro inferior esquerdo com uma leve dificuldade quanto à locomoção. Apresenta história de AVC na família, é hipertensa, faz uso de medicamento para controlar a pressão. Nada foi encontrado digno de hábitos e nenhum vício.

ANÁLISE SOCIAL: Afastamento do trabalho; sensação de fraqueza no lado comprometido; dificuldade quanto à locomoção; conformismo com a doença; presença de apoio familiar; realização de atividades envolvendo lazer; negação ao envelhecimento; insatisfação com a fisioterapia.

P3: Sexo Feminino, 60 anos, desquitada, aposentada e com nível primário completo. Sofreu o AVCI há 3 anos e apresenta uma hemiparesia em

seu membro superior e inferior esquerdo com dificuldade quanto ao manuseio de objetos e à locomoção. Não apresenta história de AVC na família, é hipertensa e diabética, faz uso de medicamento para controlar a pressão.

Antecedentes Pessoais = diabetes

Hábitos e vício = fumante.

ANÁLISE SOCIAL: Afastamento do trabalho; depressão; limitação quanto à realização de tarefas; dificuldade quanto à locomoção; inconformismo quanto a sua imagem corporal; presença de apoio familiar; diminuição na realização de atividades envolvendo lazer; insatisfação com o envelhecimento após a doença; progresso físico com a fisioterapia.

P4: Sexo Masculino, 63 anos, viúvo, aposentado com nível primário completo. Sofreu o AVCI há 3 anos e apresenta uma hemiparesia em seu membro superior esquerdo com dificuldades quanto ao manuseio de objetos. Não apresenta história de AVC na família, é hipertenso, faz uso de medicamentos para controlar a pressão, nada foi encontrado digno de hábito e nenhum vício.

ANÁLISE SOCIAL: Afastamento do trabalho; sensação de inutilidade e invalidez; dificuldade quanto à locomoção; inconformismo quanto à sua imagem corporal; presença de apoio familiar; não realização de atividades envolvendo lazer; aceitação quanto ao envelhecimento; satisfação com a fisioterapia.

4.2 Análise Referente aos Relatos das Famílias

P1 – Antes do AVC = cognição e comportamento normal.

Depois do AVC = mais sociável, com boa convivência com familiares e amigos.

P2 – Antes do AVC = cognição e comportamento normal.

Depois do AVC = mudanças de comportamento (familiar mais triste).

P3 – Antes do AVC = alterações cognitivas (memória alterada).

sem alterações de comportamento..

Depois do AVC = mudanças de comportamento (família mais triste).

apresenta convivência normal.

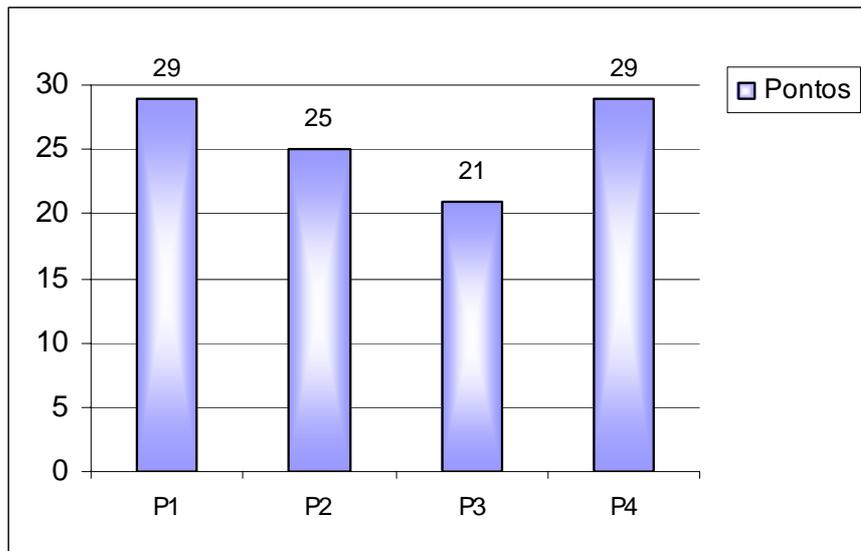
P4 – Antes do AVC = cognição e comportamento normal

Depois do AVC = mudança de comportamento (família mais triste).

convivência normal.

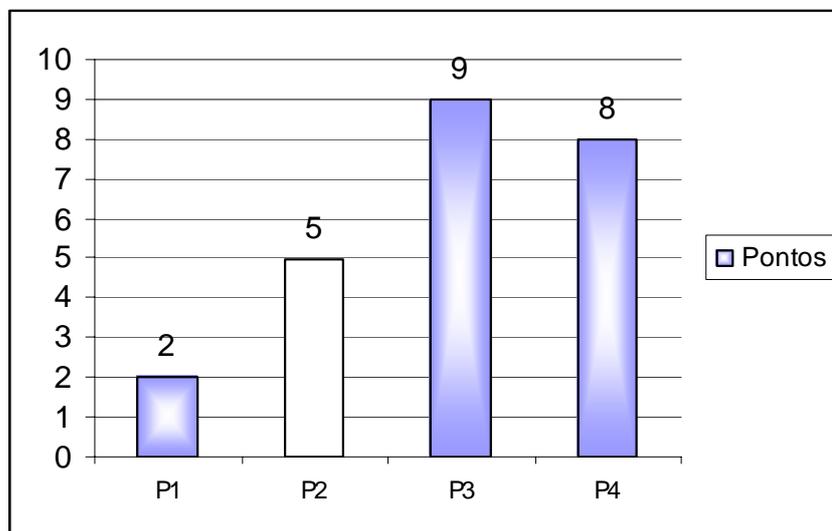
4.3 Resultado das escalas referente ao estado mental, comportamental e funcional

4.3.1 – Gráfico referente ao Mini Exame do Estado Mental de Folstein et al., (1985) adaptado por Brucki et al., (2003)



* Ponto de corte = 25 pontos

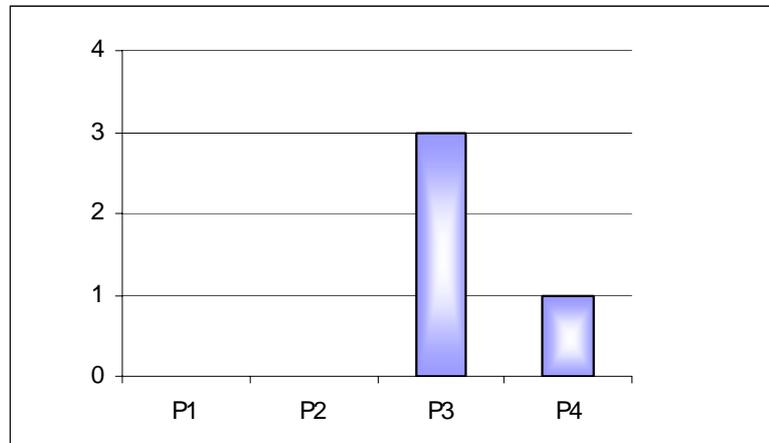
4.3.2 Gráfico referente à Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1983)



* Ponto de corte = 5 pontos ou mais

4.3.3 Gráfico referente a Escala da Ansiedade de Hamilton (1958)

- 4. Intensidade máxima;
- 3. Intensidade Forte;
- 2. Intensidade Média;
- 1. Intensidade Leve;
- 0. Ausente



0 – Se a maioria das respostas forem ausente de sintomas ansiosos.

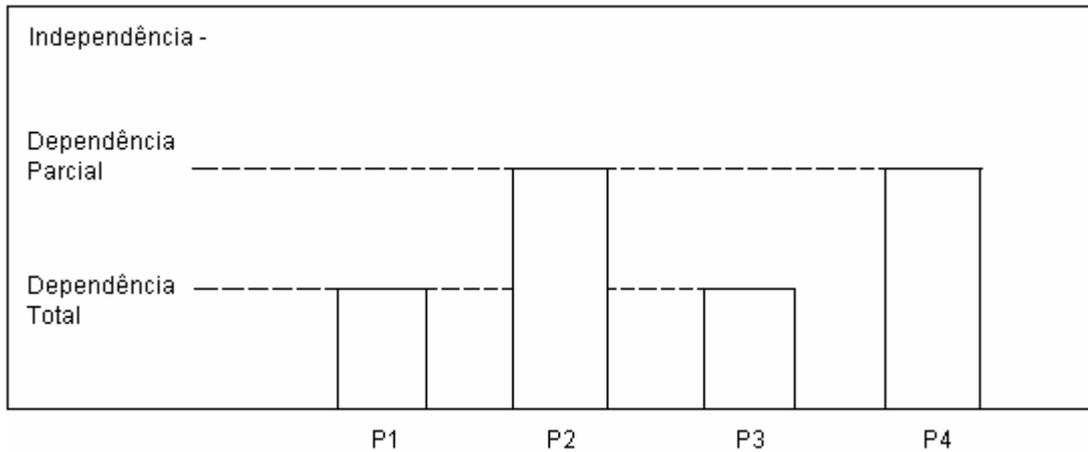
1 – Se a maioria dos resultados apresentarem intensidade leve quanto aos sintomas ansiosos.

2 – Se a maioria das respostas apresentarem intensidade média quanto aos sintomas ansiosos.

3 – Se a maioria das respostas apresentarem intensidade forte quanto aos sintomas ansiosos.

4 – Se a maioria das respostas apresentarem intensidade máxima quanto aos sintomas ansiosos.

4.3.4 Gráfico referente ao Questionário de Atividade Funcional de Pfeffer (1982)

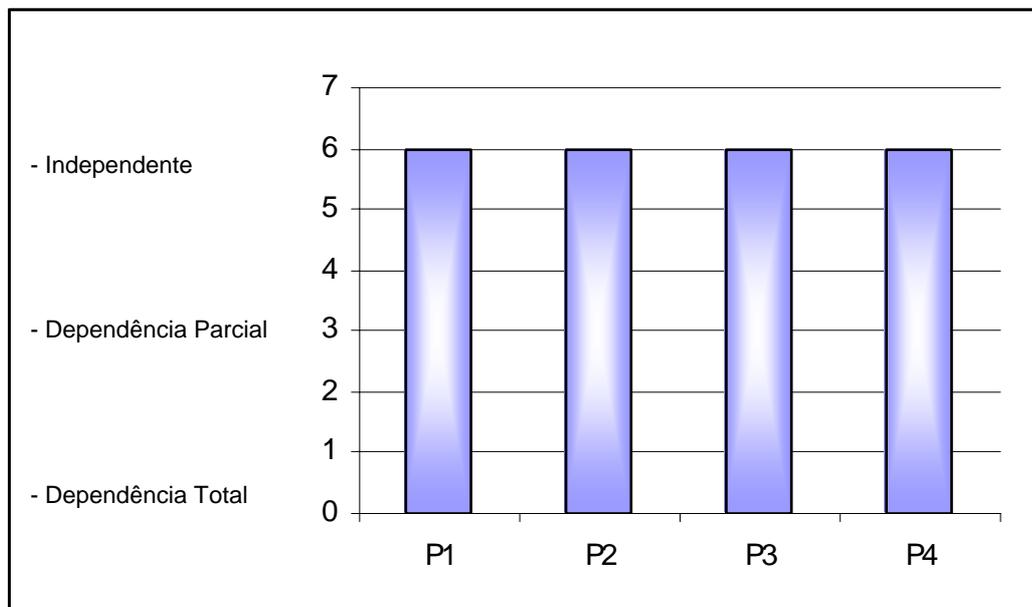


- p/ independência = realização de todas as tarefas sozinho.

- p/ dependência parcial = acompanhamento na realização de duas atividades funcionais.

- p/ dependência total = acompanhamento na realização de três ou mais atividades funcionais.

4.3.5 Gráfico relacionado à Escala de Atividades Básicas de Vida Diária de Katz (1970)



* Ponto de corte = 6 pontos para independente
4 pontos para dependente parcial
2 pontos para dependente total

5 DISCUSSÃO

As histórias narradas levaram a algumas reflexões, opiniões e comparações com a leitura sobre as mudanças e repercussões biopsicosociais após um AVC.

Estudou-se idoso pós AVC em sua totalidade, pois tem-se que a doença, quando manifestada, trás repercussões de uma maneira global na vida do individuo. Deste modo, não faz sentido dizer que o corpo está doente, mas que o ser humano em sua totalidade sofre (MATSUDO, 2001: 72).

“A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial que sofro. Portanto não é uma parte que esta doente, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo (experimenta os limites da vida mortal), em relação com a sociedade / se isola, deixa de trabalhar e tem que se tratar num centro de saúde), em relação com o sentido global da vida (crise na confiança fundamental da vida que se pergunta exatamente porque eu fiquei doente?)” (SONTAG, 1984:33).

Em concordância com esse autor, verificou-se que o grupo pesquisado apresentou algumas alterações significativas em relação ao seu corpo, à sua mente e ao ambiente.

O Acidente Vascular Cerebral trás mudanças ao cotidiano dos indivíduos. O idoso que sobrevive a esta patologia terá que enfrentar incapacidades, limitações, problemas de linguagem e memória. Quando esta adaptação não ocorre, o idoso passa a apresentar alterações quanto à sua saúde mental e ao seu relacionamento social.

Segundo Lofgren, Gustafson e Nyberg (1999: 27):

“Foi verificado em um estudo que pessoas vítimas de AVC apresentam-se menos satisfeitas com a vida do que um grupo de indivíduos que não sofreram desta doença” (1999: 27).

Para os idosos pesquisados, a vida depois do derrame ficou mais vazia, triste, com presença de sintomas depressivos. Relataram que saúde não continua como era antes, sentindo-se atualmente mais fracos e fragilizados com a situação na qual se encontram.

“Na verdade quando eu vim do hospital não sabia que eu tive um derrame, estava doida para voltar logo para poder trabalhar, demorou para entender que eu não ia mais cortar cabelo que eu não podia mais trabalhar. Eu sempre pensava no que fazer, já que trabalhar não conseguiria mais, pois meu irmão que também teve derrame por não trabalhar ficou doido e por causa disso foi internado no Bezerra de Menezes.”

No entanto, esta idosa foi a única dentre os demais estudados que preencheu seu tempo livre com outras atividades, por isso, ela foi a única que apresentou maior satisfação e envolvimento social após o derrame quando comparada aos demais sujeitos.

O abandono de atividades funcionais foi considerado também por uma das participantes depoente como algo desesperador, pois a aposentadoria naquele momento não superaria as suas necessidades financeiras.

“Eu senti que depois do derrame eu fiquei muito deprimida, triste e a tristeza ainda continua assim, antes do derrame eu não me sentia assim. Sinto um

abafamento, uma angústia até chorar onde eu desabafo porque não poderia estar nessa situação, tinha que estar trabalhando para comprar uma casinha pra mim, pois a minha aposentadoria não dá.”

No entanto, vale ressaltar que todos os idosos envolvidos na pesquisa tiveram que sair do mercado de trabalho em decorrência, principalmente, de sua limitação motora que o deixaram mais incapazes de prosseguir sua rotina.

Segundo Berlinguer (1998):

“Quando a doença impede o indivíduo de trabalhar, de fazer parte da vida coletiva, a sociedade acaba os rejeitando com meios bastante enérgicos e os afastam e os condenam a um fim prematuro. Eles vão se tornar mortos socialmente muito antes que estejam mortos fisicamente” (1998: 72).

De acordo com Monteiro (2000):

“Os idosos doentes, quando afastados e isolados socialmente, nutrem-se de sentimento de desesperança, insegurança e desproteção, que causam sofrimento devido à falta ou perda de sentido na vida. Este vazio existencial faz com que o velho fique suscetível à doença, porque uma vida sem sentido gera desespero, depressão e perda de auto-estima, retirando-lhe qualquer motivação para enfrentar os seus desafios e reconhecer aquilo que lhe está faltando para restabelecer uma melhor qualidade de vida” (2000:55).

A deficiência física causada pelo AVC levou um dos entrevistados a se considerar como um ser inválido, talvez porque este indivíduo passou da situação de independência para dependência.

“É muito ruim conviver com esta deficiência, pois me sinto uma pessoa inválida por não ter condição de não fazer nada e sempre na dependência dos outros. É péssimo isso, pois me sinto uma pessoa inutilizada.”

Essa sensação de se considerar uma pessoa inútil ocorre, principalmente, pelo fato desse idoso não poder estar realizando as mesmas tarefas de antes, independentemente e por não poder sair para trabalhar.

A locomoção, no entanto, foi considerada como a principal dificuldade física manifestada após o derrame. Segundo relatos de um dos participantes, as caminhadas, compras, passaram a ser realizados com a ajuda de um auxiliar em razão das dificuldades de poder estar-se locomovendo independentemente.

“Foram muitas, muitas, muitas as dificuldades. Hoje sempre preciso de alguém para estar me auxiliando e sozinha eu não consigo fazer. Queria ir muito nos lugares sozinha, mas não consigo andar bem, aí tenho medo de me desequilibrar e cair e isso é muito ruim.”

Segundo Forlenza (1997: 24):

“A locomoção será uma das principais conseqüências ocorridas após o derrame, pois a maioria dos indivíduos afetados apresentam distúrbios da marcha, equilíbrio e coordenação motora” (1997: 24).

Este fato pode ser amplamente considerado porque a prevalência de indivíduos com alteração da marcha é frequentemente encontrada na maioria dos casos.

De acordo com Pereira et al. (2002):

“A locomoção e o deslocamento no ambiente são elementos essenciais para que os indivíduos realizem, com independência, suas atividades diárias. Além de restringir a independência físico funcional e de afetar indiretamente a autonomia, a restrição da mobilidade do paciente diminui o seu convívio social, interfere na auto-estima e no senso de bem-estar, podendo ocasionar o desenvolvimento de processos depressivos e, em muitos casos, até mesmo a institucionalização” (2002: 846).

A percepção de um corpo fraco, inútil e sem saúde foi relatada por um dos sujeitos pesquisados. Essa imagem é vista pelo indivíduo por considerar seu corpo modificado e limitado, com muitas incapacidades funcionais decorrentes da lesão cerebral.

A sensação de perda da vaidade, da beleza também foi fortemente marcada por uma idosa. Segundo essa participante, a modificação física em seu corpo a levou a abandonar atividades prazerosas que realizava em relação aos cuidados consigo mesma e a sua auto-estima. Esse descontentamento em relação ao seu corpo ocorreu devido às seqüelas físicas presentes em seu corpo.

“Meu corpo hoje é feio, horrível.... Eu gostava muito de me arrumar para sair e hoje eu não tenho nem vontade de sair. Meu braço é largado, minha perna é dura e tudo isso é muito ruim para mim, me sinto mal. Rezo muito para Deus endireitar meu corpo, mas acho que ele nunca vai voltar como era antes.”

Relacionando-se a isso, Monteiro (2000: 57) afirma que o declínio físico devido à deficiência motora parece mostrar às pessoas que elas são mortais. É difícil aceitar a idéia de que somos seres mortais, imperfeitos e vulneráveis.

Assim, frente a uma dificuldade motora em decorrência de alguma patologia, torna-se necessário fazer uma modificação sobre a concepção do corpo perfeito e prepará-lo para realizar as coisas de modo alternativo.

Podemos compreender que a presença da deficiência está relacionada com a perda, seja ela física, com a própria dificuldade na locomoção, seja social, com o afastamento de muitas atividades.

Para outras duas pacientes do estudo, o corpo deficiente foi relatado com um sentimento de desesperança e inconformismo com a situação que se encontram. A presença da deficiência tende, juntamente com a velhice, levar o indivíduo a formar uma nova identidade social em favor de sua própria condição.

Concordando com isso, Leite (1996: 18) afirma que a medida que o indivíduo experimenta com o declínio físico poderá ocasionar uma deterioração concomitante na sensação de bem estar, resultando em auto-estima precária, ansiedade, fadiga e depressão.

Descordando desses relatos e desses autores, foram colhidas algumas informações de uns entrevistados que manifestaram um certo conformismo com a situação em que se encontram, talvez pela esperança de que tudo possa ser modificado.

“Eu sou conformada com a situação e peço sempre para Deus me ajudar até o dia em que eu não agüentar. Não sinto dor, nem raiva, nem medo, vejo apenas meu corpo limitado, mas me sinto normal.”

A deficiência, no entanto, não atinge somente o indivíduo, mas reflete em todos com quem interage em seu contexto social. As famílias das pessoas que sofreram um derrame também passam por impactos mediante a esta nova realidade.

Deste modo, foi possível observar na pesquisa realizada que os filhos das vítimas do derrame contribuíram tanto financeiramente como em apoio social tornando-se muito mais presentes na vida desses indivíduos do que anteriormente.

“Eles sempre ficaram preocupados comigo, mas ao mesmo tempo tristes, eles choraram muito por eu ter ficado assim. Mas sempre me ajudaram e me dão muito apoio ajudando financeiramente e também com visitas. Sempre me ajudam no que eu preciso. Vinham todos os dias me visitar e até hoje tenho um filho que vem todos os dias ver como eu estou.”

“Eles ficaram muito preocupados mas com o tempo foram se conformando, pois não tinha jeito... mas sempre me apoiaram e me ajudam hoje financeiramente, já que eu não posso mais trabalhar.”

A ajuda financeira para com seus idosos ocorreu em todo o grupo estudado. Este fato deveu-se ao afastamento do trabalho e à aposentadoria precária a que todos os sujeitos estiveram submetidos.

Segundo o depoimento dos idosos, observou-se que esta tarefa é vista por eles como um compromisso, não só devido ao grau de parentesco, mas baseado em laços de amor, companheirismo e solidariedade.

Segundo Loureiro (2000):

“Cabe ao familiar do idoso portador de uma doença crônica desempenhar um papel social, financeiro e de cuidados perante as suas limitações funcionais e também cognitivas decorrentes da patologia.” (2000:24).

O autor relata, ainda que cabe aos entes mais próximos das vítimas de doença a tarefa de assumir praticamente todas as responsabilidades envolvidas na vida desses idosos, além de contribuir e ajudar em todas as suas necessidades financeiras e pessoais.

Esse suporte familiar às vítimas de doenças em idosos, segundo Forlenza, Almeida (1997):

“Ajuda a minimizar suas perdas sociais, servindo como um “tampão” e diminuindo a probabilidade de depressão na presença de um evento desencadeante” (1997: 34).

Ao analisar-se sobre as atividades envolvendo lazer antes e depois do AVC observou-se que a maioria apresenta algumas mudanças e abandono nas atividades envolvendo diversão.

“Nas horas de folga eu fazia tricô, passeava, ia sempre no sítio na casa de minhas amigas, ia na praça conversar... Hoje faço meu tricozinho, mais sair para passear não saio mais, pois eu tenho vergonha.”

Em face a esse discurso, contemplou-se que a presença de seqüelas físicas em seu corpo levou esta idosa a se afastar das atividades que lhe davam prazer e descanso pelo fato de se sentir constrangida pela situação na qual se encontrava.

De fato, segundo Loureiro (2000):

“A deficiência física presente no corpo dos idosos leva-os estes ao profundo descontentamento e à falta de otimismo e motivação para as atividades que lhes proporcionam divertimento e descontração” (2000: 37).

A partir dos depoimentos dos idosos, pode-se perceber que o envelhecimento com a doença foi relatado como algo indesejável, e muitos gostariam de estar nesta fase gozando saúde.

“Envelhecer é uma satisfação, pois a gente chega a uma certa idade com 70, 80 anos é muito bom, mas estar envelhecendo como eu não é bom, pois a gente fica muito dependente dos outros.”

“Eu não me sinto velha, e eu nunca parei para pensar em envelhecimento, pois, quando a gente está com saúde, a gente não pensa nisso. É claro se eu pudesse eu gostaria de estar envelhecendo com mais saúde sem ter tido um derrame, mas a gente não pode ficar pensando nisso e sim viver a vida e ser útil, pois eu me acho jovem.”

Nesses relatos, foi possível compreender que os idosos gostariam de estar envelhecendo com saúde, trabalhando, ocupando seu tempo livre e se tornando úteis e produtivos.

Para Messy (1993):

“O envelhecimento é feito de uma sucessão de perdas e aquisições, só perdemos aquilo que possuímos e temos que considerar que as perdas

ocorrem em todas as etapas da vida e não somente na última. Apesar de uma perda não ser sempre um término, muitas vezes engendrando uma aquisição, esta não é o reverso da primeira, pois a noção de irreversibilidade as separa. Nenhuma aquisição substituirá uma perda, pois o que é perdido o é para sempre” (1993: 22).

A valorização ou exaltação da produtividade, juventude, saúde faz com que o velho se identifique com um modelo desvalorizado, principalmente se ele for portador de seqüelas físicas, anulando, assim, sua condição desejante e seus direitos de cidadania.

Com a presença de limitações físicas, a fisioterapia é recomendada para melhorar, auxiliar, prevenir e reabilitar as seqüelas ocorridas pela doença.

“A fisioterapia é importantíssima, se não tivesse nem sei o que seria, pois o meu irmão que teve derrame não fez fisio e ficou louco para tratar. Sei que o tratamento é lento mas é necessário e bom, pois o meu banho, meu calçar, o pentear, o caminhar melhorou porque a fisio que me proporcionou isso; não faltou nunca. Ela trouxe melhoras e ainda estou melhorando.

A fisioterapia para o grupo estudado contribuiu muito, pois proporcionou melhoras em suas atividades diárias principalmente porque colaborou para o alcance de uma maior autonomia e independência.

“Para mim, é ótimo, pois cheguei acamado do hospital e as fisioterapeutas lutaram muito para me colocar de pé e andar cada vez melhor e, quando eu paro de fazer os exercícios, eu sinto muita fraqueza nas pernas.”

“A fisioterapia, cujo objetivo de estudo é principalmente o movimento humano, lança mão de conhecimentos e recursos fisioterapêuticos, com o intuito de melhor compreender os fatores que possam acarretar perda ou diminuição da qualidade de vida e bem-estar nos idosos” (YESNER: 1996: 77).

Concordando com esse autor, observou-se que, através da terapia física, foi possível para os pacientes estudados alcançar melhoras em sua capacidade residual e um maior progresso e reabilitação em suas atividades funcionais.

No questionário aplicado aos familiares desses idosos com seqüelas de AVC, a intenção foi verificar e comparar o estado comportamental e cognitivo dos idosos antes e após o AVC.

“Ela era muito ativa, tinha uma boa capacidade para escrever, ler, raciocinar e isso hoje em dia ainda está muito preservado.”

Esse relato vem afirmar que a capacidade intelectual de seu familiar antes e após o derrame continua a mesma, ou seja, a lesão cerebral, nesse caso, não comprometeu suas funções cognitivas.

“Minha mãe antes do derrame era uma pessoa normal como toda, mas tinha algumas falhas na memória de lembrar as coisas.”

Já, neste relato dado pelo familiar podemos compreender que esta idosa antes do AVC possuía um comprometimento de memória e que, após o AVC houve uma leve intensificação na função cognitiva.

Segundo Busse e Blazer (1999: 233):

“Alterações intelectuais podem ser manifestadas após uma lesão cerebral com prejuízo global, comprometendo as funções intelectuais” (1999: 233).

De acordo com Papaleo (1996:64):

“Na prática clínica, é muito comum os idosos que sofreram AVC terem como principal manifestação a alteração da memória, sendo que muitas vezes essa alteração possa ser do tipo benigna” (1996:64).

Quanto ao comportamento antes de AVC, os familiares relataram:

“Sempre foi bem humorada com um desejo muito grande de ser útil e isso não mudou de jeito nenhum. Ela sempre foi bem disposta e solidária para ajudar muita gente.”

“Ele nunca foi triste, sempre muito bem disposto, com bastante amizades, se dava bem com todo mundo.”

Os dois relatos apresentaram praticamente as mesmas características com comportamentos sociáveis e equilibrados antes do AVC.

Quando se analisou o comportamento após o AVC, alguns familiares relataram:

“Com a dificuldade para andar, isso levou ela a ficar mais retraída, mais calada, com menos vontade de realizar outras atividades.”

“Ela ficou muito mais triste, angustiada acho que até com depressão, pois não tem mais vontade e disposição para fazer as coisas como fazia antes.”

Comparando-se os comportamentos dos outros dois idosos após o AVC, verificou-se sentimentos de tristeza, insatisfação, desânimo que não existiam antes da lesão. Este fato pode ter ocorrido, principalmente, pela mudança no cotidiano e pelas restrições físicas.

A mudança de comportamento após um derrame pode, segundo Forlenza (2001):

“Ter sido desencadeada pela presença de seqüelas físicas e de limitações funcionais” (2001: 33).

Este fato, no entanto, foi um dos principais responsáveis pelas mudanças comportamentais encontradas no grupo estudado.

Em relação à convivência com estes idosos após o derrame, alguns familiares relataram:

“A convivência continua como era, muito boa, mas a única coisa ruim é que ela se tornou uma pessoa mais triste e desanimada para fazer as coisas. Continua nos recebendo muito bem em sua casa, e os almoços de domingo também nunca deixaram de ser em sua casa. Ela ainda é muito amorosa com a gente.”

Como vimos, a relação social continua a mesma como era antes em todos os indivíduos estudados, porém, sinais de depressão e afastamento foram evidentemente notados pelos seus familiares.

Essa sensação de rebaixamento psicológico e físico se devem às alterações físicas, mentais e sociais que a maioria desses indivíduos tiveram que enfrentar após o derrame.

Aplicou-se também aos idosos participantes questionários mais objetivos e diretos que não envolveram a subjetividade dos sujeitos. Esses instrumentos serviram de rastreio para a análise das funções cognitivas, humor, comportamento e também quanto à funcionalidade após o AVC.

O Mini Exame do Estado Mental foi o questionário aplicado para avaliar o desempenho de respostas de natureza intelectual, usando como parâmetro, informações normativas e escores superiores a 25 pontos.

Dos quatro indivíduos que fizeram parte desta pesquisa, dois deles apresentaram escores cognitivos normais, um no limite e outro abaixo do normal.

As questões relacionadas à memória foi a função verificada no instrumento que mais apresentou alterações e prejuízos por parte de dois dos sujeitos pesquisados.

Essas alterações mentais podem ter sido prejudicadas porque, após a isquemia cerebral, algumas áreas do cérebro se tornam comprometidas com a lesão, levando, como consequência, a muitas desordens de natureza cognitiva.

Deve ser lembrado, quanto à memória, que esta é a função cognitiva mais amplamente estudada e analisada na velhice e também é a área que maior sofre mudanças com o envelhecimento e com a presença de patologias mentais.

No entanto, Vieira (1996):

“Relata que este tipo de prejuízo pode ocorrer nestes indivíduos pela falta ou ausência de hábitos de leitura, escrita, ocupação do tempo livre e pela falta de escolarização” (1996: 32).

Concordando com o autor, a falta de hábito de leitura, escrita, e ocupação do tempo livre podem ter sido um dos motivos que tenha levado esses dois indivíduos a prejuízos de memória, já que, em relação a escolaridade, todo o grupo estudado era alfabetizado, embora não tenha parecido influenciar os outros dois participantes que não tiveram prejuízos cognitivos.

Sintomas depressivos também tiveram predominância nos idosos estudados. Este achado não significou muitas surpresas, já que, segundo Forlenza (2001):

“A depressão é considerada o distúrbio psiquiátrico mais freqüente após um AVC” (2001: 131).

Dos quatro participantes estudados, três apresentaram suspeita de depressão, visto que seus “escores apresentaram cinco pontos ou mais”.

Esses três sujeitos com sintomas depressivos manifestaram insatisfação e descontentamento na maioria de suas respostas, talvez pelo fato de apresentarem dor psíquica por um desconforto somático e pela situação desagradável na qual se encontram.

A depressão encontrada nestes sujeitos pode estar relacionada à doença física e ao abandono de muitas de suas atividades.

Esse fato vem confirmar com os achados de Forlenza (2001):

“Que relata que eventos de doença física precipitam episódios depressivos e também contribuem para a sua cronicidade, atuando, respectivamente, como um evento de vida ameaçador ou um fator de estresse psicossocial” (2001: 139).

A ansiedade foi questionada também neste estudo porque poderia estar se manifestando com maior intensidade no grupo estudado, já que ela é uma emoção normal do ser humano em qualquer idade.

No questionário aplicado, a presença de ansiedade poderia ser manifestada com sintomas de intensidade leve, média, forte, máxima ou até poderia estar ausente.

A presença desses sintomas ansiosos nestes dois indivíduos poderão ter ocorrido em respostas esperadas ao sofrimento que se encontram, pelo abandono de muitas de suas atividades, pela sua dependência ou também por alterações fisiológicas decorrentes da doença.

Aplicada a escala de ansiedade, dois dos quatro participantes não apresentaram esses sintomas; um os tinha com intensidade leve e o outro com forte intensidade.

De acordo com Forlenza (2000: 423):

“A ansiedade passa a ocorrer em muitos casos quando o indivíduo apresenta doenças crônicas e com mudanças em seu estilo de vida” (2000: 423).

Esse fato pode ser, no entanto, a causa e a explicação para esta sintomatologia, já que esses dois indivíduos ansiosos apresentaram significantes queixas com a situação que se encontram atualmente.

Analisou-se, também, a funcionalidade do grupo estudado através de dois instrumentos: um para o familiar do participante e o outro para o próprio idoso.

Dois dos quatro sujeitos idosos estudados, segundo seus familiares, apresentaram uma dependência parcial na realização de algumas tarefas e os outros dois uma dependência total na realização das mesmas.

A compreensão para esta dependência, nestes indivíduos, se deve à presença de seqüelas físicas em seu corpo, motivo pelo qual levaram esses indivíduos à limitação e à incapacitação para a realização de muitas tarefas.

Segundo Kauffman (2004):

“Um paciente vítima de AVC, conseqüentemente, apresentará déficit quanto à sua autonomia e independência porque, após o infarto cerebral, os suspeitos podem apresentar uma hemiplegia ou uma hemiparesia em um lado do corpo, o que poderá comprometer toda a função e sua movimentação normal” (2004: 107).

Essa ausência total ou parcial da autonomia, na realização de algumas atividades funcionais como foi a encontrada nos idosos pelos relatos dos familiares, poderá levá-los a um declínio de seu completo bem-estar.

Segundo Pereira (2002):

“A presença da autonomia do idoso será o aspecto fundamental que levará o indivíduo ao bem estar, à autodeterminação, à satisfação pessoal e à livre escolha” (2002: 30).

Já a escala de atividades básicas de vida diária respondida pelos quatros idosos apresentaram os mesmos resultados.

Todo o grupo estudado apresentou nível de independência na realização de atividades envolvendo banho, vestimenta, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação.

Todo o grupo estudado apresentou, portanto, os elementos determinantes de autonomia para algumas atividades, a qual tem papel fundamental na sua qualidade de vida.

Essa independência para as atividades básicas foi alcançada, neste grupo pesquisado, graças à realização e ao progresso da terapia de reabilitação física que todos vêm realizando freqüentemente após o acometimento da lesão.

A realização de exercícios fisioterápicos no período agudo e crônico após um derrame cerebral, segundo Sullivan (1999):

“Poderá levar o indivíduo a um maior nível de autonomia e independência para a realização de muitas atividades presentes em seu cotidiano” (1999: 75).

Concordando com esse autor, podemos concluir que a prática de exercícios reabilitativos foi fundamental para que o grupo de idosos envolvidos no estudo tivessem uma maior adaptação e melhora nas suas atividades funcionais e básicas do dia-a-dia que haviam sido alteradas e modificadas após o derrame cerebral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desta pesquisa, chegou-se a conclusões que propiciaram reflexões sobre o tema abordado.

Foi estudado o idoso pós AVCID em suas várias dimensões, abordando - os três principais aspectos biopsicosociais que estão relacionados a sua existência.

Para um pequeno grupo foram aplicadas entrevistas apontando problemas ocorridos após o derrame.

Os 4 entrevistados apresentaram mudanças desencadeadas por suas limitações físicas impedindo-os de retornarem as suas ocupações funcionais. Isso obrigou a uma readaptação funcional, a qual induziu a uma insatisfação pessoal.

Essa limitação física conduziu este grupo à sessões de fisioterapia. A autonomia e independência dos quatro pesquisados foram prejudicadas especialmente pelo prejuízo da locomoção em todos os pacientes o que levou ao abandono do trabalho, gerando ainda ansiedade, depressão e alterações cognitivas, verificadas pelos testes aplicados em alguns deles. Os familiares das pessoas entrevistadas informaram que pelo menos três deles não apresentavam este tipo de comprometimento antes da doença, exceto em um deles, o qual apresentou alterações de memória.

“No estudo de um pequeno número de casos, busca-se obter informações que nos permitem teorizar sobre o processo que nos interessa sem pretender saber quanto daqueles processos são freqüentes dentro da sociedade e reflete a normalidade predominante entre os sujeitos de estudo”. (CASTRO & BRONFAMAN, apud SERAPIONI, 2000:190).

Trabalhando como fisioterapeuta, observou-se que os idosos que sofreram um Acidente Vascular Cerebral apresentaram além de seqüelas físicas, alterações nos aspectos psicológicos e sociais, fato este que inspirou-se este estudo.

Na fisioterapia, os aspectos psicossociais são pouco explorados e analisados, porque preocupa-se especialmente com os aspectos físicos dessas pessoas. De maneira geral, é este o preparo que recebemos em nossa educação acadêmica.

Se a terapia física trabalhar-se juntamente com o apoio psicológico e social, os resultados seriam obtidos mais rapidamente e de maneira satisfatória, proporcionando uma melhora de sua qualidade de vida, já que a doença não acomete apenas parte da vida do indivíduo, mas como um todo.

No entanto, esse fato não ocorre freqüentemente nessa área devido a limitações impostas pelo curto tempo da terapia, influenciada principalmente por alguns planos precários de saúde, como o SUS, os quais conduzem ao abandono e exclusão da combinação de tratamento motores com a terapia psicossocial.

A fisioterapia, com um olhar global sobre o idoso adoecido, especialmente nos locais em que existem poucos recursos para reabilitação,

poderia tornar-se muito mais abrangente e eficaz, levando-os pacientes a melhores resultados.

Os encaminhamentos médicos quase sempre sugerem apenas a terapia física como único método de tratamento após o derrame, por considerarem apenas o plano físico alterado após o AVC.

Este tipo de pensamento e abordagem é também compartilhado por vários profissionais e familiares, que consideram apenas a seqüela física como a única mudança importante decorrente do AVC.

Assim, esta pesquisa permitiu um olhar mais profundo e distante em relação as mudanças que ocorrem após o dano cerebral mostrando que há necessidade dos profissionais da saúde dimensionarem todas as conseqüências da doença e suas implicações a uma abordagem global, a qual propiciará uma recuperação mais eficiente.

Quando todo esse conjunto for aplicado, o idoso terá seu tempo de tratamento reduzido, além de melhores possibilidades de recuperação e reintegração a sua família e a sociedade.

BIBLIOGRAFIA

AMORIM, D. S.; MOREIRA, N. L. M. *Acidente Vascular Hemorrágico*. (Word Wide Web, 29/08/2004 http://www.medstudents.com.br/acantont/resumos_avefev2003)

ANDRADE FILHO, A. S. A.; FIGUEIRÔA, F. L. S.; CARVALHO, G. C. “Doenças cerebrovasculares no idoso: aspectos profiláticos”. In: Perura, C. V.; Andrade Filho, A-Slorgs). *Neurogeriatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

ANDRÉ, C. *O Guia Prático da Neurologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

AZEVEDO, J. R. D. *O Derrame Cerebral*. (World Wide Web, 20/08/2002) http://www.ficaryovemlevatempo.com.br/monte_tela_php4).

BERLINGUER, G. *A Doença*. São Paulo: Hucitec, 1988.

BLAYA, M. A Relação Médica-Paciente. *Revista de Psiquiatria Dinâmica*. São Paulo, 1967.

BRITA, M. C. “Os ancião doentes crônicos entre os direitos rolado e a eutanásia do abandono”. In: Borbio, N.; Marlene, C. M. *Eutanásia do Abandono*. Itália: Posenberg: Sellier, 1998.

BRUCKI, S. M. D. “Sugestões para o uso do mini exame do Estado Mental no Brasil.” *Arquivo de Neuro-Psiquiatria*. São Paulo, 2003.

BUSSE, L. M.; BELAZER, F. G. *Promoção da Saúde do Idoso*. São Paulo: Lemos, 1999.

CALDAS, A. C. *A Herança de Franz Joseph Galh: O cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*. Portugal: Me Graw-Hill, 2000.

CARLOTTI JUNIOR, C. G.; COLLI, B. O.; ELIAS JUNIOR. J. “Acidente Vascular Cerebral Isquêmico.” In: Aguiar, P.H.P.; Rerura, C. U.; Andrade Filho, A. S. *Emergência em Neurologia e Neurocirurgia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

CELL, F. C. *Accident Vascular Cerebral. Es el Accident Vascular Cerebral uma Enfermidad Trabalhe?* Costa Ricci: Sculo, 2000.

CHIU, D.; WINIKATES, J. P. “Doença Vascular”. In: Rolak, L. A (org). Segredos em Neurologia. Porto Alegre: Artmed, 2001.

COLLINS, R. C. *Neurologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

DAMIANI, I. B. *Diagnóstico Diferencial de Acidente Vascular Cerebral*. “In: Gagliardi, R. J. (org). Doenças Cerebrovasculares. São Paulo: Geográfica, 1995.

DAMIANI, I. J. YOKOO, G. I. *Acidente Vascular Cerebral* (word wid web, 29/08/2004), <http://www.saudeemovimento.com.br/profissionais/pesquisas/patologias/avic.asp>.

ERBOLABO, R. M. P. L. “*Relações Sociais na Velhice*”. In: Freitas, G. V.; Py, L.; Neri, P. A. L; Concado, R. A. Y.; Gorzoni, M. L.; Rocha, S. M. (orgs). Trabalho de Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002.

FORLENZA, O. V.; ALMEIDA, O. P. *Depressão e Demência no Idoso. Tratamento Psicológico e Farmacológico*. São Paulo: Lemos, 1997.

FORLENZA, O. V.; *Avaliação e Diagnóstico dos Pacientes Ansioso. Neuropsiquiatria Geriátrica*. Rio de Janeiro: 2000.

FORLENZA, O. V.; CARAMELLI, P. *Neuropsiquiatria Geriatria*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.

FRUDMAN, L. S. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

GARCIA, A. J. *A Pesquisa em ciência humanas e sociais*. 5. ed. São Paulo, 2002.

GLENN V. *The Association Betwens Emotional Well. Bung and the Indice of Stroke in Older Adults*. Psychosomatic Medicine. USA, 2001.

GORDILHO, A.; SERGIO, J. SILVESTRE. J.; RAMOS, L. R.; FRURE, M. P. A. Espindola, N.; VERAS, R.; KARSCH, U. *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral aos idosos*. Rio de Janeiro: 2000.

GORENSTEINS, C. *Escala de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 1998.

GREENBERG, M. S. *Manual de Neurocirurgia*. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2003.

HAGGUETTE, T. M. F. *Metodologia Qualitativa na Sociologia*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating. *Journal Medicine Psychial*. USA, 1959.

HOLANDA, L. *Manual de Neurocirurgia*. São Paulo: Fundo Editorial, 1995.

KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH; H. R. *In Development of the index of ADL. Gerontologist*. Washington, 1970.

KAUFFMAN, T. L. *Manual de Reabilitação Geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

KOZUBSKI, J. K. *Quality of life in stroke patients*. Acta Neurol Scandenavica. Scondinavia, 2003.

LEITE, P. F. *Exercícios, envelhecimento e promoção de saúde*. Belo Horizonte. Health. 1996.

LENT, R. *Cem Bilhões de Neurônios. Conceitos Fundamentais da Neurociencia*. São Paulo: Atheneu, 2002.

LOFGREN, B.; GUSTAFSON, Y. NYBERG, L. Psychological Well-Bung 3 years After Severe Stroke. *Journal Psychial*. 1999.

LONGO, A. L.; CABRAL, N. L.; MOSO, C. H. C. *Ataque Isquêmico Transitório*. In: Gagliarde, R. J. (orgs). *Doenças Cérebro Vasculares*. São Paulo: Geográfico, 1996.

LOUREIRO, A. P. C. *Envelhecimento, Deficiência Física: Um estudo das representações simbólicas*. Dissertação de Mestrado da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

MANDEL, M.; PINTO, F. C. G. *"Hemorragia Subaracnóidea."* In: Pinto, F. C. G. *Manual de Iniciação em Neurocirurgia*. São Paulo: Santos, 2004.

MARTINS, J. BICUDO, M. A. V. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos*. São Paulo: Educ, 1989.

MATSUDO, R. *Um Envelhecimento Digno para o Cidadão do Futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumoro, 1995.

MESCHIA, J. F. et al. *The Ischemic Stroke Genetic Study (ISGS) Protocol*. USA: Biomed, 2003.

MESSY, F. *A Pessoa Idosa não Existe*. São Paulo: Aleph, 1993.

MINAYO, M. C. O. *Desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 1998.

MONTEIRO, P. P. *Envelhecimento: imagem e transformação corporal*. São Paulo. Dissertação de Mestrado em Gerontologia pela Universidade Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, C. *Lateralidade e Dominância Cerebral: abordagem histórica*. (Word Wide Web. 29/08/2004, <http://www.edumed.org.br/cursos/neurociencia/01/>. Monografia / lateralidade – cerebral.doc)

OLIVEIRA, J. S. *Conceitos Modernos sobre a Hipertensão Arterial*. (Word Wide Web, 29/08/04 <http://www.uniclinica.com.br/materiais/hipertensao003.htm>)

OLIVEIRA, L. B. *Contribuições da Atividade Física para uma velhice bem sucedida*. Dissertação de Mestrado da Universidade Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo, 2004.

PAPALEO NETTO, M.; CARVALHO FILHO, G. T. *Geriatrics: Fundamentos, Clínica e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAPALIO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.

PASCHOAL, S. M. *Epidemiologia do Envelhecimento*. In: Papaleo Netto, M. (orgs) *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996.

PEREIRA, C. L.; Andrade Filho, A. S. A. *Neurogeriatria*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

PERKIN, G. D. *Neurologia*. São Paulo: Manole, 1998.

PFEFFER, R. I. "Measurement of Funtional Activities in Older Adultos in the Community" *Journal of Gerontology*. California, 1982.

PY, M. O. "Doenças Cerebrovascular". In. Frutas, G. V.; Py, L.; Neri, P. A. L.; Cancção, F. A. X.; Gorzoni, M. L.; Rocha, S. M. (orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002.

QUEIROZ, M. I. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viçã*. São Paulo, 1983.

RATEY, J. J. *O Cérebro: um guia para o usuário: como aumentar a saúde, agilidade e longevidade de nossos cérebros através das mais recentes descobertas científicas*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

SANVITTO, W. L. *O Cérebro e suas Verlentes*. 2 ed. São Paulo: Rocca, 1991.

SCHWARTZ, S. I. *Princípios de cirurgia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

SERAPIONI, J. L. *Metodologia da Pesquisa*. São Paulo, 2000.

SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Tendência, 1984.

SOUZA, S. G. M. *Tratado das Doenças Neurológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

SPRINGER, S. P. DEUSTCH, G. *Cérebro Direito e Cérebro Esquerdo*. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

SULLIVAN, S. B.; SCHIMITZ, T. J. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 2 ed. São Paulo, 1999.

TINONI, G. "Accident Vascular Cerebral". In: Netto, M. P.; BRITO, F. C. (orgs). *Urgência em Geriatria*. São Paulo: Atheneu, 2001.

TOGNOLA, W. A. "O Impacto do Acidente Vascular Encefálico: níveis de prevenção e perspectivas." In: Gagliardi, R. J.; Rumão, R. (orgs) *Clínica Neurológica*. São Paulo: Lemos, 1998.

VERA, R. P. *Pais Jovens com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 2001.

VERAS, R.; SANCHES, M. A. S.; MARTINS, C. S. F.; LOURENÇO, R. CHAVE, P. H. *Saúde na terceira idade: atenções e programas*. Primeiro Abrange da Medicina. São Paulo, 2000.

VIEIRA, G. B. *Manual de Gerontologia: um guia teoria, prático para profissionais cuidadores e familiar*. Rio de Janeiro, 1996.

YAMAGISHI, K. *Smoking Raízes the Risk of total and Ischemic Strocke in Hy*

Perlensive men. Japao; Hyperten Res, 2002.

YESAVEGE, J. A. "Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale. A Preliminary Report". *Journal Psychial.* USA, 1983.

YESNER, H. J. *Diagnostico Psicosocial e Serviço Social, um aspecto do processo de reabilitação.* In Kottker, F. J. Krusen: *Tratado de Medicina Física e da Reabilitação.* 3 ed. São Paulo: Manole, 1986.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pesquisa: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Direito e suas Repercussões em Idosos.

Responsáveis:

Dr. Paulo Renato Canineu – Médico Geriatra, professor do curso de pós-graduação em Gerontologia da PUC – SP.

Ana Cláudia Gomes - Fisioterapeuta e Mestranda em Gerontologia pela PUC – SP.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar as prováveis repercussões biopsicosociais ocorrido em idosos após um Acidente Vascular Cerebral.

Ao concordar em participar desta pesquisa estou ciente de que:

- a) Sou livre para participar ou não e, em caso aceite, posso desistir a qualquer momento;

- b) Será respeitado meu bem estar físico, moral e social, e não sofreria nenhum desconforto ou risco quanto a minha saúde física e mental;
- c) Será mantido o anonimato na pesquisa.
- d) O conjunto dos resultados obtidos estão sujeitos a serem divulgados em eventos acadêmicos ou em revistas e outros meios de divulgação de estudos desta natureza. Em caso de divulgação será mantido o compromisso explicitado nos itens anteriores.

Esclarecimentos:

- Ana Claudia Gomes – 17.3631-1749; acg90@hotmail.com
- Paulo Renato Canineu – 15.3221-5454; canineu@saplicinet.com.br
- Comitê de Ética em Pesquisa da PUC – SP 11.3670-8400

Uma copia deste Consentimento se encontra sob minha guarda. A segunda cópia está sob guarda das responsáveis.

(Local e data): _____

(Assinatura _____ do participante):

ANEXO II

QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO

1. Identificação

Idade:.....

Sexo:.....

Estado civil:.....

Grau de escolaridade:.....

Profissão:.....

1. Diagnóstico médico:

.....
.....
.....
.....

2. Diagnóstico fisioterápico:

.....
.....
.....
.....

3. Estado clínico atual:

.....
.....
.....
.....

4. Antecedentes – morbidade pessoal:

.....
.....
.....
.....

5. Antecedentes familiares:

.....
.....
.....
.....

6. Hábitos e vícios:

.....
.....
.....
.....

7. Medicamentos em uso

.....
.....

.....
.....

ANEXO IIIa

QUESTIONÁRIO SOCIAL

(Questionário aplicado aos idosos pós AVC)

- 01) Fale um pouco sobre a sua vida depois do AVC.

- 02) O que é conviver com uma certa deficiência física causada pelo AVC.

- 03) Quais foram as maiores dificuldades encontradas no seu dia a dia após a lesão cerebral.

- 04) Como você vê e sente seu corpo perante as transformações ocorridas.

- 05) Como sua família reagiu e tem reagido a sua moléstia ou incapacidade.

- 06) O que você fazia e o que tem feito nas horas de folga após o AVC.

- 07) O que é envelhecimento para você? Como é estar envelhecendo após o derrame?

08) Diga a importância da fisioterapia em sua vida

ANEXO IIIb

QUESTIONÁRIO SOCIAL

(Questionário aplicado aos familiares dos idosos pós AVC)

01) Como era a capacidade mental e o desempenho geral de seu familiar antes do AVC.

02) Fale um pouco do comportamento de seu familiar (humor, expectativa) antes do AVC. Como era seu jeito de ser.

03) E o que mudou quanto ao seu comportamento e o seu jeito de ser após o AVC.

04) Como tem sido a convivência após o derrame.

ANEXO IV

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Brucki et al. 2003)

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- Que dia é hoje?
- Em que mês estamos?
- Em que ano estamos?
- Em que dia da semana estamos?
- Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala - apontando para o chão).
- Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa).
- Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua mais próxima.
- Em que cidade nós estamos?
- Em que estado nós estamos?

Memória imediata: Eu vou dizer três palavras e você irá repetí-las a seguir: canto, vaso, tijolo (dê um ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira vez, embora possa repetí-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige.

Evocação das palavras: perguntem quais as palavras que o sujeito acabara de repetir - 1 ponto para cada.

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) 1 ponto para cada.

Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: "Nem aqui, nem ali, nem lá". Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto).

Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Leitura: mostre a frase escrita "FECHE OS OLHOS" e peça para o indivíduo fazer o que está mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que acontece hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto).

ANEXO V

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

(Yesavage, 1983)

1 - Satisfeito (a) com a vida? (não)

2 - Interrompeu muitas de suas atividades?(sim)

3 - Acha sua vida vazia? (sim)

4 - Aborrece-se com frequência? (sim)

5 - Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo? (não)

6 -Teme que algo ruim lhe aconteça? (sim)

7 - Sente-se alegre na maior parte do tempo? (sim)

8 - Sente-se desamparado(a) com freqüência? (sim)

9 - Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?(sim)

10 - Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? (sim)

11 - Acha que é maravilhoso estar viva (a) agora?(não)

12 - Vale a pena viver coma vive agora? (não)

13 - Sente-se cheio (a) de energia? (não)

14 - Acha que sua situação tem solução? (não)

15 - Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim)

0 = quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1 = quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses

TOTAL > 5 = suspeita de depressão

ADAPTADO DE YESAVAGE J. A ET AL J. PSYCHIAT,1983;17(1):37-49

ANEXO VI

ESCALA DA ANSIEDADE

(Hamilton, 1959).

INSTRUÇÕES: Escolha para cada item, segundo sua experiência, a nota que corresponde à intensidade do comportamento observado. As definições que acompanham o enunciado do item são exemplos para orientação. Todos os itens devem ser cotados seguindo o esquema:

0=AUSENTE

1 = INTENSIDADE LEVE

2 = INTENSIDADE MÉDIA

3 = INTENSIDADE FORTE

4=INTENSIDADE MÁXIMA

1. HUMOR

ANSIOSO..... ()

Inquietação, temor, dor, apreensão quanta ao presente ou ao futuro, maus pressentimentos, irritabilidade, etc.

2. TENSÃO..... ()

Sensação de tensão, fadiga, reações de sobressalto, choro fácil, tremores, sensação de cansaço, incapacidade de relaxar e agitação.

3. MEDOS..... ()

De escuro, de estranhos, de ficar só, de animais de grande porte, do trânsito, de multidões, etc.

4. INSÔNIA..... ()

Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfação, fadiga de acordar, sonhos penosos, pesadelos, terror noturno, etc.

5. DIFICULDADES INTELECTUAIS

Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.

6. O HUMOR DEPRIMIDO..... ()

Perda de interesse, oscilação do humor, depressão, despertar precoce, etc.

7. SOMATIZAÇÕES MOTORAS..... ()

Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.

TOTAL PARCIAL..... ()

8. SOMATIZAÇÕES SENSORIAIS..... ()

Ondas de frio ou calor, sensação de fraqueza, visão borrada, sensação de picadas, formigamento, sensações auditivas de ruído, zumbidos, etc.

9. SOMATIZAÇÕES CARDIOVASCULARES..... ()

Taquicardia, palpitações, dores no peito, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, etc.

10. SINTOMAS RESPIRATÓRIOS..... ()

Pressão ou constrição no peito, dispnéia, respiração suspirosa, sensação de sufocação, etc.

11. SINTOMAS GASTRINTESTINAIS..... ()

Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, sensação de plenitude, dor pré ou pós-prandial, náusea, vômitos, sensação de vazio gástrico, diarreia ou constipação e cólicas.

12. SINTOMAS GENITURINÁRIOS..... ()

Policúria, urgência de micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ejaculação precoce, ereção incompleta, impotência, diminuição da libido, etc.

13. SINTOMAS
NEUROVEGETATIVOS..... ()

Boca seca, palidez, ruborização, tendência à tonturas, cefaléia de tensão, etc.

14. COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA..... ()

Geral: tenso, pouco à vontade, inquieto, agitação das mãos (mexer, retorcer, cacoetes e tremores), franzir a testa e face tensa.

Fisiológico: engolir a saliva, eructações, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, etc.

TOTAL GERAL.....()

ANEXO VII

QUESTIONÁRIO O DE ATIVIDADES FUNCIONAIS

(Pfeffer et al., 19821)

Por favor, leia com atenção as perguntas formuladas e tente responder a elas de acordo com a sua percepção sobre o nível de independência e autonomia que o seu (sua) acompanhante apresenta para a realização das tarefas cotidianas enumeradas a seguir:

1. Ele (Ela) manuseia seu próprio dinheiro?
2. Ela (Ela) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho(a)?
3. Ela (Ela) é capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?
4. Ele (Ela) é capaz de preparar uma refeição?

5. Ele (Ela) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?

6. Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?

7. Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?

8. Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?

9. Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?

0 = Normal

0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

1 = Faz com dificuldade

1 = Nunca o fez e agora terá dificuldade

2 = Necessita de ajuda

3 = Não é capaz

10. Ele(Ela) pode ser deixado(a) em casa sozinho(a) de forma segura?

0 = Normal

0 = Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora

2 = Sim, por período curtos

1 = Nunca o fez e agora teria dificuldade

3 = Não poderia

ANEXO VIII

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

Atividade	Independente	Sim	Não
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo		
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos		
3. Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala)		
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)		
5. Continência	Controla completamente urina e fezes		
6. Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)		

O escore total é o somatório de respostas “sim”. Total de 6 pontos significa independência para AVD; 4 pontos, dependência parcial; 2 pontos, dependência importante. Modificado de Katz, S.; Dows, T. D., Cash, H. R. et al. Gerontologist. 1970; 10:20-30.

ANEXO IX

QUESTIONÁRIO SOCIAL CONTENDO AS HISTÓRIAS DOS IDOSOS E FAMILIARES

1 – Como é sua vida depois do AVC?

*** P1, 70 anos**

“Na verdade quando eu vim do hospital. não sabia que eu tive um derrame, estava doida para voltar logo para poder trabalhar, demorou para entender que eu não ia mais cortar cabelo que eu não podia mais trabalhar. Eu sempre pensava no que fazer já que trabalhar eu não conseguia mais pois o meu irmão que também teve derrame por não trabalhar ficou doido e por causa disso foi parar no Bezerra de Menezes.”

*** P2, 62 anos**

“Minha vida depois do derrame continua a mesma a única coisa é que não trabalho mais.”

*** P3, 60 anos**

“Eu senti que depois do derrame eu fiquei muito deprimida, triste e a tristeza ainda continua assim, antes do derrame eu não me sentia assim. Sinto um abafamento, uma angustia até chorar onde eu desabafo porque eu não podia estar nessa situação, tinha que estar trabalhando para comprar uma casinha pra mim pois a minha aposentadoria não dá”

*** P4, 63 anos**

“A vida está péssima de saúde, pois não posso fazer nada. Não posso trabalhar, não tenho mais saúde, o corpo e os nervos acabaram, eu não sirvo mais para nada, pois tanta coisa que tem para fazer e eu não consigo fazer nada.”

2 – Como é conviver com uma certa deficiência física causada pelo AVC?

*** P1, 70 anos**

“Eu aceito tudo isso, mas fico triste de não poder comandar a casa como era antes. Eu me sinto limitada, mas alegre de ter sempre alguém me levando para ir a igreja, visitar os doentes.... Gostaria muito de estar sadia mas como estou limitada isto também não me faz enlouquecer pois eu aceitei e esta aceitação me faz bem e também porque me considero útil.”

*** P2, 62 anos**

“É uma coisa que eu sinto normal, pois consigo fazer tudo, lavar, passar, cozinhar.... a única coisa é que eu sinto muita fraqueza e dor no lado esquerdo que ficou ruim.”

*** P3, 60 anos**

“É muito triste ter que conviver com essa deficiência, pois eu andava sempre depressa e agora não tenho mais como fazer isso, só ando devagarzinho. Eu também não consigo por roupa no varal, pegar as coisas direito, não dou conta de fazer o serviço de casa que antes eu fazia. Peço sempre a Deus que faça com que eu volte como era antes.”

*** P4, 63 anos**

“É muito ruim viver com esta deficiência pois me sinto uma pessoa invalida por não ter condição de fazer nada e sempre na dependência dos outros. É péssimo isso pois me sinto uma pessoa inutilizada.”

3 – Quais foram as maiores dificuldades encontradas no seu dia a dia após a lesão?

*** P1, 70 anos**

“Andar foi a maior dificuldade, pois precisei de um braço humano para me apoiar e com a bengala e hoje com a fisioterapia já estou conseguindo andar melhor.”

*** P2, 63 anos**

“A maior dificuldade foi para andar pois não conseguia sair sozinha. No começo do derrame andava de cadeira de rodas e depois apoiada em alguém mas fiz uma promessa com a nossa Senhora e no dia 12 de Outubro consegui andar sozinha.”

*** P3, 60 anos**

“Foram muitas, muitas as dificuldades. Hoje sempre preciso de alguém para estar me auxiliando e sozinha eu não consigo fazer. Queria ir muito nos lugares sozinha, mas não consigo andar bem ou tenho medo de me desequilibrar e cair e isso é muito ruim.”

*** P4, 63 anos**

“Andar foi uma das piores coisas e também não poder trabalhar e ter que viver encostado. Fico triste por ter chegado ao ponto de ficar o dia inteiro dentro de casa sem poder fazer muitas coisas.”

4 – Qual a percepção que você tem sobre seu corpo perante as transformações ocorridas?

*** P1, 70 anos**

“Meu corpo de um lado parece uma pedra de tão duro que é. Não vejo meu corpo como invalido, acho as vezes que parece até um rolo por ser duro do lado adormecido, mas eu sinto que melhora com os exercícios.”

*** P2, 63 anos**

“Eu sou conformada com a situação e peço sempre para Deus me ajudar até o dia em que eu agüentar. Não sinto dor, nem raiva nem medo vejo meu corpo apenas limitado mas me sinto normal.”

*** P3, 60 anos**

“Meu corpo hoje é feio, horrível.... Eu gostava muito de me arrumar para sair e hoje eu tenho vergonha, não tenho mais nem vontade de sair. Meu

braço é largado, minha perna é dura e tudo isso é muito ruim para mim, me sinto mal. Rezo muito pra Deus endireitar meu corpo mas acho que ele nunca vai voltar como era antes.”

*** P4, 63 anos**

“Hoje vejo meu corpo fraco e inútil e sem saúde. O meu lado esquerdo do corpo acabou pois não faço mais nada com ele”.

5 – Como sua família reagiu e tem reagido a sua moléstia ou incapacidade?

*** P1, 70 anos**

“Minha família depois do derrame era apenas uma irmã que cuidou de mim com o maior carinho e também de uma outra irmã que também estava na cadeira de rodas por causa de um derrame. Quando as duas faleceram eu fiquei com duas moças em casa uma para cuidar de mim de dia e outra de noite. Meus sobrinhos e amigos sempre vem me visitar e também me ajudam bastante.”

*** P2, 63 anos**

“Eles ficaram desesperados pois não foi fácil. Meus filhos ficaram um tempo aqui em casa para me ajudar e até arrumaram uma empregada, mas eles continuam me visitando e me ajudando.”

*** P3, 60 anos**

“Eles sempre ficaram preocupados comigo mas ao mesmo tempo triste, eles choraram muito por eu ter ficado assim, mas sempre me ajudaram e me dão muito apoio ajudando financeiramente e também com visitas.”

*** P4, 63 anos**

“Eles ficaram muito preocupado mas com o tempo foram se conformando pois não tinha jeito....

Mas sempre me apoiaram e me ajudam hoje financeiramente já que não posso mais trabalhar.”

6 – Quais eram suas atividades de lazer antes e depois do AVC?

*** P1, 70 anos**

“Nas horas de folga eu fazia muitas visitas para doentes acamados, velhinhos que moram no lar, cortando os cabelos e fazendo as unhas tudo de graça, ia em todas as folgas do salão. Hoje faço essas mesmas visitas mas não para cortar cabelo e sim para visitar e também rezar junto com eles e em casa com o grupo de oração.”

*** P2, 63 anos**

“Eu dançava muito antes, ia todo os sábados no baile para dançar com as amigas. A dança para mim era minha paixão, sinto muito por não poder dançar mais. Hoje quando meus filhos podem eles me levam para passear e ver os outros dançarem pois não posso mais dançar.”

*** P3, 63 anos**

“Nas horas de folga eu fazia tricô, passeava, ia sempre no sítio na casa de minhas amigas, ia na praça conversar.... Hoje faço meu tricozinho mas sair pra passear não saio mais pois eu tenho vergonha.”

*** P4, 63 anos**

“Eu trabalhava muito e nunca fazia muitas coisas na hora de folga pois sempre arrumava uns bico para fazer. Hoje fico o dia inteiro dentro de casa esperando o tempo passar pois minha única vontade mesmo era voltar a trabalhar.”

7 – Como é estar envelhecendo após o derrame?

*** P1, 70 anos**

“O envelhecimento é uma grande graça de Deus mas principalmente estar sempre jovem, disponível a servir é uma alegria pois posso demais servir. Posso estar presente mesmo velha na vida das pessoas com uma palavra amiga ou com um trabalho que eu posso, pois não é porque estar velha que não vou ajudar as pessoas.

Parece que estou parada na juventude, estou velha mas não tenho medo de envelhecer.

E claro que se eu estivesse envelhecendo sem a doença estaria melhor pois estaria trabalhando mas eu envelheço aceitando minhas limitações.”

*** P2, 63 anos**

“Eu não me sinto velha, e eu nunca parei para pensar em envelhecimento pois quando a gente esta com saúde a gente não pensa nisso. É claro se eu pudesse eu gostaria de estar envelhecendo com mais saúde sem ter tido um derrame, mas a gente não pode ficar pensando nisso e sim viver a vida e ser útil pois eu me acho jovem”

*** P3, 60 anos**

“Eu acho envelhecer uma coisa de criança pois a gente se torna criança novamente. Envelhecer para mim é algo ruim, velho que não serve para muita coisa onde o ser humano passa a ser muito implicante.

Para mim envelhecer do jeito que eu sou e como era antes para mim tanto faz. Eu gostaria era de que desaparecesse essas seqüelas mas como não da.... É uma coisa muito triste”

*** P4, 63 anos**

“Envelhecer é uma satisfação, pois quando a gente chega a uma certa idade com 70, 80 anos é muito bom, mas estar envelhecendo como eu não é bom porque a gente fica muito dependente dos outros.”

8 – Qual a importância da fisioterapia em sua vida?

*** P1, 70 anos**

“A fisioterapia é importantíssimo, se não tivesse nem sei o que seria, pois o meu irmão que teve derrame e não fez fisio ficou louco para tratar. Sei que o tratamento é lento mas é necessário e bom, pois o meu banho, o meu calçar, o pentear, o caminhar melhorou porque a fisio que me proporcionou isso, não falto nunca. Ela trouxe muita melhora e ainda esta melhorando.”

*** P2, 63 anos**

“No começo do derrame ela foi muito importante e boa na minha vida mas de uns tempos para cá ela não tem me ajudado muito pois as minhas dores aumentaram. Eu acho que é bom fazer mas tem que ser muito bem feita para melhorar e eu estou desanimada.”

*** P3, 60 anos**

“Eu gosto porque estou sendo muito bem cuidada e eu sinto que é bom estar fazendo fisio e eu me sinto bem e melhoras em meu corpo.”

*** P4, 63 anos**

“Para mim é ótimo, pois cheguei acamado do hospital e as fisioterapeutas lutaram muito para me colocar em pé e andar cada vez melhor e quando eu paro de fazer os exercícios, sinto muita fraqueza nas pernas.”

A segunda parte do questionário social foi aplicado ao familiar ou amigo dos idosos estudados⁴, e teve como intenção a análise e os rastreio de suas funções cognitivas e comportamentais antes do AVC.

4. A tabela a seguir identifica o grau de envolvimento ou parentesco com os idosos por AVC que foram entrevistados.

Tabela 2. Indivíduos por ordem cronológica das entrevistas.

	Iniciais	Grau de relacionamento
1º individuo	S. K.	Sobrinho da P1

2º individuo	R. P.	Filha da P2
3º individuo	A. J.	Filha da P3
4º individuo	F. R.	Filha do P4

1) Como era a capacidade mental e o desempenho geral dos idosos antes do AVC?

*** S. K (sobrinho)**

“Ela era muito ativa, tinha uma boa capacidade para escrever, pensar, ler, raciocinar e isso hoje ainda está muito preservado.”

*** S. K (filha)**

“Antes ela tenha uma memória muito boa e falava coisas conexas. Hoje ela repete muito as coisas, ela fala de coisas que ela gosta e passa alguns dias ela fala que não gosta mais. Antes ela falava mais as coisas e mantinha tudo o que dizia, hoje é diferente.”

*** A. J (filho)**

“Minha mãe antes do derrame era uma pessoa normal como todos mas tinha algumas falhas na memória de lembrar de coisas....”

*** F. R (filha)**

“Ele era muito mente aberta, falava coisa com coisa, não tinha problema de memória ele era uma pessoa saudável e normal.”

2) Como era o comportamento e o jeito de ser do idoso antes do derrame?

*** S. K (sobrinho)**

“Sempre foi bem humorada com um desejo muito grande de ser útil e isso não mudou de jeito nenhum. Ela sempre foi bem disposta e solidária para ajudar muita gente”.

*** R. P (filha)**

“Ela sempre foi uma pessoa com um gênio forte e nervosa mas antes ela gostava de sair para dançar, tinha mais amigos, namorado, hoje ela tem menos disposição, ela tem aqueles momentos de tristezas, chora muito, não quer mais sair de casa....”

*** A. J (filho)**

“Era muito alegre, disposta, bem humorada, sempre rindo e conversando, era muito animada para sair e se divertir.”

*** F. R (filha)**

“Ele nunca foi triste, sempre muito bem disposto, alegre, com bastante amizade, se dava bem com todo mundo.”

3) Quais foram as mudanças comportamentais ocorridas nos idosos após a lesão cerebral?

*** S. K (sobrinho)**

“Comportamento não mudou nada e o seu jeito de ser até melhorou porque antes ele era enjoada, ficou com mais paciência, mais humildade porque ela cobrava muito atenção das pessoas antes.”

*** R. P (filha)**

“Com a dificuldade para andar isso levou a ficar mais retraída, mais calada, com menos vontade para realizar outras atividades”.

*** A. J (filho)**

“Ela ficou muito mais triste, angustiada acho que até com depressão pois não tem mais a vontade e a disposição para fazer as coisas como tinha antes.”

*** F. R (filha)**

“O seu comportamento de ser continua igual ao que era antes, sempre bom pai, mais infelizmente está mais triste e frustrado por não conseguir mais fazer as coisas.”

4) Como é a convivência com esses idosos após o AVC?

*** S. K (sobrinho)**

“É um milagre. A convivência com ela na sua casa é muito boa, lá chove as coisas. Nós lá recebemos muitas graças de Deus. Ela é muito acolhedora porque seu emocional é bem tranquilo. Ela continua muito amorosa e alegre pois ela sempre ajuda seus familiares com o pouquinho que ela tem, ajuda e ensina os outros a fazer doces, tricôs, com muita disposição e alegria.”

*** R. P (filha)**

“Nos ficamos mais unidos a ela mas ela quer sempre ficar sozinha no seu canto. Ela não gosta muito de ir na casa dos filhos ela quer que a gente vai até lá. Ela quer muito atenção, ela se tornou uma pessoa muito carente. Se a gente deixa de ir um dia sem ver ela, ela reclama e antes não era assim.”

*** A. J (filho)**

“A convivência continua como era, muito boa mas a única coisa ruim é que ela se tornou uma pessoa mais triste, chorosa e desanimada para fazer as coisas. Continua nos recebendo muito bem em sua casa, e os almoços de domingo também nunca deixaram de ser em sua casa. Ela ainda é muito amorosa com a gente.”

*** F. R (filha)**

“Nunca tivemos convivência ruim, sem brigas eu e minha irmã a gente vive para ele, trabalhando para ajudá-lo, mas o nosso contato continua como era só que estamos mais presente em suas vida pois ele precisa muito de nós. A convivência é boa mas se não tivesse a doença seria melhor.”