

O idoso com acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico agudo: vivenciando o cuidado

The elderly suffering from acute ischemic cerebral vascular accident (CVA): experiencing care

Renata Mendes França*
Vera Lucia Fortunato Fortes**
Gerson Luís Costa***

Resumo

O texto relata experiência multidisciplinar para descrever uma unidade recentemente instalada em um hospital regional de grande porte e reflete sobre o atendimento ao idoso com AVC. Na UNI-AVC, é marcante a assistência a pessoas com mais de sessenta anos, confirmando os dados bibliográficos. Porém, este preliminar estudo tenciona reelaborar a prática cuidativa, especificamente ao idoso e com o envolvimento da família, pois é sabido que o AVC constitui uma situação prolongada que compromete os cuidadores no domicílio. Traz também uma breve revisão de literatura sobre o AVC em idosos, o histórico da unidade e a descrição do tratamento agudo instituído, culminando com a elaboração de uma prescrição de enfermagem a ser entregue aos familiares de idosos para ser desenvolvida dentro das limitações decorrentes do AVC.

Palavras-chave: idoso, acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, UNI-AVC.

A construção da UNI-AVC

Imbuídos de uma parceria assistencial, este estudo consiste no relato de experiência vivenciada, somada a uma breve revisão bibliográfica e construção de uma nova proposta assistencial de enfermagem para a clientela idosa com acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico agudo.

Com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos pacientes vítimas do AVC, é que foi implantada uma nova

* Enfermeira chefe do Centro de Cuidados Intensivos de Enfermagem e UNI-AVC do Hospital São Vicente de Paulo, professora coordenadora de estágio do curso Técnico de Enfermagem da Fundação Universidade de Passo Fundo e especialista em Administração Hospitalar pela Unaerp.

** Professora Assistente II do curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo; especialista em Assistência de Enfermagem em Nefrologia e mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

***Médico neurologista e coordenador da implantação da UNI-AVC.

unidade em um hospital geral de grande porte do interior do Rio Grande do Sul – a Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UNI-AVC). Localizada no subsolo, compreende uma área física de 30 m² e conta com três leitos. O segmento organizacional é composto por três enfermeiros que dividem a função com outro setor e com quatro técnicos de enfermagem exclusivos da unidade. Todas as equipes neurológicas do hospital internam ali seus pacientes, regidas por um protocolo.

A UNI-AVC partiu da iniciativa de um neurologista que elaborou o projeto, após longos estudos, tendo aprovação da administração do hospital. A partir disso, houve um redimensionamento do espaço interno e a definição dos recursos humanos de enfermagem que comporia a equipe da unidade. Em agosto de 2003, inaugurou-se a UNI-AVC que, como o próprio nome, designa-se a prestar atendimento aos pacientes que dão entrada no setor de emergência com quadro de AVC isquêmico agudo e que não necessitam de terapia intensiva.

Em pleno funcionamento, a unidade possibilita o atendimento à clientela com o quadro isquêmico cerebral agudo, oferecendo atendimento multidisciplinar e possibilidade das mais modernas formas de tratamento, como o uso de trombolítico. A UNI-AVC também atende os casos que ultrapassam este período imediato, porém, o setor não se caracteriza por prestar assistência a pacientes com AVC tardio ou crônico. Nesse intercurso de tempo, foi aplicado o protocolo da trombólise em três pacientes, pois preenchiam os requisitos

necessários para a terapia, que consiste na administração de trombolítico t-PA que “se liga à fibrina e converte o plasminogênio em plasmina, estimulando a fibrinólise da lesão” (SMELTZER e BARE, 2002, p. 1583).

A unidade é concessora de atividades na disciplina de Saúde do Adulto II do Curso de Enfermagem, oportunizando que todos os acadêmicos do VI nível reconheçam o setor e sua clientela específica. Outros cursos também realizam atividades práticas na UNI-AVC, incluindo a Fisioterapia, Medicina e o Técnico de Enfermagem.

As unidades para o AVC, segundo Py (2002), ainda são raras no nosso meio, porém bastante difundidas nos países desenvolvidos. Devem estar inseridas num hospital geral e contar com equipe multidisciplinar. Por isso, fazer parte dessa realidade, como profissionais da saúde, torna-nos responsáveis não só por apresentá-la, mas especialmente pelo nosso compromisso em prestar um cuidado diferenciado permeado pela ética.

Acidente vascular cerebral

Conforme dados da Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares (SBDCV, 2001; 2002), as estatísticas, no Brasil, demonstram que o AVC é a primeira causa de óbito, gerando grande impacto sobre a saúde da população. Py (2000) complementa que em nosso país as doenças cérebro-vasculares constituem a maior causa de mortalidade em todos os estados, exceto São Paulo, que possui melhor controle da pressão arterial – importante fator de risco.

O AVC, conforme Roach (2003), caracteriza-se por uma incapacitação súbita da circulação cerebral causada por um bloqueio parcial ou total de um ou mais vasos sanguíneos cerebrais. Quando as células do cérebro são desprovidas de oxigênio por poucos minutos, ocorre a destruição da célula e morte do tecido cerebral (infarto cerebral). Os sintomas são muito variáveis e dependem da área do cérebro afetada, se o bloqueio foi total ou parcial e da presença ou ausência de circulação colateral.

Entre fatores de risco, de acordo com Roach (2003), que levam ao AVC estão a hipertensão, história de ataques isquêmicos transitórios (AIT), derrame prévio e aterosclerose. Smeltzer e Bare (2002) acrescentam as doenças cardiovasculares o colesterol alto, a obesidade, o diabetes, o uso de contraceptivos orais, o fumo e o consumo de álcool.

Para Smeltzer e Bare (2002), o paciente com AVC pode apresentar qualquer um desses sintomas: dormência ou fraqueza da face, braço ou perna, especialmente num lado do corpo; confusão ou alteração do estado mental; dificuldade em falar ou compreender a fala; distúrbios visuais; dificuldade em deambular; tonteira ou perda do equilíbrio; cefaléia súbita. A essas manifestações, Roach (2003) acresce os sintomas de disfagia e disfunção intestinal e da bexiga.

Os sintomas podem diminuir completamente, parcialmente, ou ser tolerados, dependendo da quantidade de lesão cerebral que ocorreu. Por sua vez, o restabelecimento pode levar de dias a meses e requerer reabilitação extensiva.

Na visão de Roach (2003), o diagnóstico baseia-se na apresentação de sinais,

de sintomas e nos resultados de uma tomografia computadorizada ou ressonância magnética mostrando o tamanho e a localização da área isquêmica. A ultra-sonografia Doppler transcraniana pode determinar presença ou não de fluxo em determinados vasos, podendo localizar a área obstruída. Outros exames de suporte abrangem o eletroencefalograma, a punção lombar e a angiografia.

A UNI-AVC e a trombólise

A rotina para o paciente que chega à recepção do hospital, após a avaliação médica e de enfermagem, constitui o início das medidas terapêuticas, incluindo coleta de exames laboratoriais, eletrocardiograma, radiografia de tórax e tomografia computadorizada do crânio encéfalo, além de avaliação do neurologista. Após confirmação diagnóstica de AVC, no caso de este ser isquêmico, é definida a indicação ou não de trombólise. Imediatamente é explicado o quadro ao paciente e/ou responsável, obtendo-se o consentimento informado para o procedimento. Então, têm-se o preparo e administração da medicação, conforme protocolo instituído. Todo esse fluxograma não deve exceder três horas a partir do início dos sintomas, sendo o tempo hospitalar ideal entre a admissão na unidade de emergência e o início da infusão do trombolítico de uma hora. O tempo de permanência na unidade oscila de cinco a sete dias, acontecendo, após, a alta para o quarto ou para casa.

Alguns critérios da trombólise, segundo o protocolo da UNI-AVC, são idade entre 18 e 80 anos, possibilidade de estabelecer o horário de início dos

sintomas, probabilidade de se iniciar a infusão do trombolítico dentro de três horas do início dos sintomas, ausência de hemorragia pela tomografia.

Dentre os critérios de exclusão estão: uso de anticoagulante oral, uso de heparina nas últimas 48 horas, AVC isquêmico ou TCE grave nos últimos três meses, história pregressa de AVC hemorrágico (hemorragia subaracnóide, malformação vascular cerebral ou aneurisma cerebral, tomografia craniana com sinais precoces de infarto, sugerindo comprometimento de mais de um terço do território da artéria cerebral média, PA sistólica maior que 185 mmHg ou diastólica maior que 110 mmHg, sintomas neurológicos que melhoram rapidamente, cirurgia de grande porte ou procedimento invasivo nas duas últimas semanas, punção venosa central ou arterial, coagulopatia maior que 15 segundos, contagem de plaquetas menor que 100.000/mm³, glicemia menor que 50 mg/dl ou maior que 400 mg/dl, crise convulsiva precedendo ou durante a instalação do AVC, evidência de pericardite, endocardite, êmbolo séptico, aborto recente, gravidez e puerpério, IAM recente).

O tratamento, segundo Roach (2003), abrange a reabilitação, a terapia medicamentosa, a redução de fatores de risco e, raramente, a cirurgia. Smeltzer e Bare (2002) enumeram a terapia trombolítica com t-PA, a terapia não trombolítica e a terapia para as complicações. Hausen, Plotnik e Castro (2000) citam como fármacos do AVC isquêmico a terapia trombolítica, terapia anticoagulante e terapia antiagregante plaquetário

Certamente, o maior desafio imposto à equipe de saúde e família é o tratamento a longo prazo para a vítima do AVC isquêmico. Os enfermeiros devem adotar uma postura cuidativa que permeie todos os estágios subseqüentes da doença na pré e pós-alta hospitalar.

Por isso, este estudo contribuirá para minimizar os efeitos desse quadro prolongado, através da elaboração da Prescrição de Enfermagem, que consiste num guia de ajuda ao paciente com AVC e seu familiar (Anexo A), a ser aplicada aos familiares dos pacientes durante a estada na unidade especializada. Tal material é baseado no planejamento de enfermagem instituído pelo Nanda, a partir dos principais diagnósticos de enfermagem dos pacientes com AVC.

Com a efetivação do programa educativo, abre-se a possibilidade de realização de visitas domiciliares pelos enfermeiros da unidade e pelos acadêmicos de Enfermagem de Saúde do Adulto II, com a respectiva supervisão docente.

A UNI-AVC e o idoso

Desde sua abertura, em agosto de 2003 até 31 de março de 2004, na UNI-AVC, foram realizados 120 atendimentos, dos quais 79 foram a pessoas com mais de sessenta anos, totalizando mais da metade dos atendimentos em idosos. Segundo Hausen, Plotnik e Castro (2001), observa-se que 75% das pessoas com AVC nos Estados Unidos têm idade acima de 65 anos. Roach (2003) reafirma que a incidência aumenta com a idade (> 55 anos). Aproximadamente dois terços de todos os derrames ocor-

rem nas pessoas com 65 anos ou mais. O AVC é apontado como uma das principais causas de incapacidade em adulto e de morte em idosos, pois o fator de risco mais significativo é a idade (FORCIEA e LAVIZZO-MOUREY, 1998).

Diante desse panorama, parece óbvio que a maior parte da clientela da UNI-AVC seja constituída de idosos, e os números mostram tal evidência. Todavia, não é suficiente apenas quantificar a clientela idosa, mas também sinalizar desafios de uma assistência de enfermagem particularizada, atendo-se aos aspectos peculiares do idoso com AVC.

O capítulo IV, art. 18, que trata do direito à saúde no Estatuto de Idoso (2003), dispõe que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento as necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientações a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda”. Com isso, o enfermeiro tem o compromisso social de extrapolar o cuidado, de transcender o intra-hospitalar, aproximando-se da família e da comunidade, com ênfase nos aspectos preventivos e reabilitatórios.

O AVC possui vastas implicações e sua abordagem começa desde os estágios iniciais. A detecção precoce pelo familiar ou membro da comunidade, o pronto reconhecimento dos principais sintomas e o rápido encaminhamento ao recurso de saúde podem prevenir as seqüelas que perduram por muito tempo. Conforme a SBDCV (2001), o AVC é considerado uma emergência médica e

deve ser conduzido por uma equipe especializada, recomendando-se o desenvolvimento de unidades específicas.

O atendimento em serviços específicos é o principal aliado no sucesso terapêutico. Forciea e Lavizzo-Mourey (1998) citam que a existência de unidade especializada para o acidente vascular como meta de atendimento imediato possibilita salvar vidas e melhorar os resultados.

Smeltzer e Bare (2002) complementam que, após esse encaminhamento rápido e o diagnóstico imediato com a existência de equipe de atendimento, os ataques cerebrais respondem rapidamente, garantindo que o tratamento ocorra dentro de tempo previsto. Conforme o protocolo da UNI-AVC, tal tratamento deve ocorrer, no máximo, duas horas após a entrada do paciente no hospital. Uma vez determinado que a terapia trombolítica pode ser usada, é realizada a avaliação neurológica pela escala de AVC da National Institute of Health (NIHSS).

Hausen, Plotnik e Castro (2001) revelam que o número de mortes por AVC vem diminuindo em decorrência do melhor controle da hipertensão. Paralelamente, o contingente de casos fatais também diminuiu devido ao tratamento rápido especializado. O prognóstico está diretamente relacionado à extensão, ao território atingido, a problemas clínicos associados, à idade e às condições de atendimento. Os autores ressaltam que o rápido atendimento na fase aguda por uma equipe especializada em unidades específicas traz um real ganho na morbimortalidade desses pacientes.

Dentre os critérios de inclusão à trombólise, a idade limítrofe superior é de oitenta anos, reservando-se para situações específicas o uso em pacientes acima desta idade. Incluir o idoso em terapias complexas, por si só, já esgota a necessidade de justificar este estudo. Entretanto, independentemente de submeter-se à intervenção terapêutica, os idosos constituem a principal clientela da UNI-AVC, merecendo um olhar especial do enfermeiro para as peculiaridades do processo de envelhecimento.

Considerações finais

As pessoas acometidas pelo AVC, independentemente da idade, revestem-se, abrupta e continuamente, de incapacidades, constituindo um sério problema de saúde para a família, comunidade e nação. Certamente, a pessoa que perpassa pela situação é quem mais sofre com a doença e seus efeitos.

A oportunidade de realizar uma breve revisão sobre o AVC e a nova tendência terapêutica, assim como descrever uma nova unidade que surgiu num hospital de grande porte, remetem-nos à preocupação com o nosso principal cliente, conhecendo melhor as peculiaridades das doenças cerebrovasculares em idosos.

Focando as particularidades da assistência à população idosa com AVC, despertamos para uma nova concepção de enfermagem a esses pacientes, com a implementação da prescrição de enfermagem a ser aplicada aos seus familiares. Tal evento possibilita ampliar o horizonte cuidativo, vislumbrando num

futuro próximo a possível implantação da visita domiciliar para pacientes prioritários. Além de melhorar a dinâmica enfermeiro-paciente-família, este seria um importante indicador para diminuir o tempo de internação e melhorar a qualidade de vida da clientela.

A UNI-AVC necessita ser vista pela comunidade, principalmente pela interna, não como um prolongamento de outra e sem carregar o estigma de estar localizada no subsolo do hospital. Os enfermeiros têm o importante papel de mudar a “cara” da UNI-AVC. Nesse sentido, o primeiro passo é continuar ampliando estudos acerca da temática, que ora iniciam e que, ao longo do tempo, possibilitarão análises mais amplas.

Abstract

This work is the report of a multidisciplinary experiment set out to describe a recently established unit at a large regional hospital and also to lead to reflections about the treatment of elderly people suffering from CVA. The assistance given to people over 60 at UNI-AVC is remarkable, which confirms the bibliographic data. However, this preliminary study aims at redesigning the practice of caring, in particular in the case of the elderly with family involvement, since AVC is a long-term situation that requires the commitment of care-takers at home. The study includes a brief review of the literature on CVA in the elderly, the historic of the unit and the description of the acute treatment as applied, ending with the elaboration of a pres-

cription of nursery practices to be handed out to the families of elderly people so that it can be carried out within the limitations resulting from CVA.

Key words: elderly, ischemic cerebral vascular accident (CVA), UNI-AVC.

Referências

ROACH, Sally. *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

FORCIEA, Mary Ann; LAVIZZA-MOUREY. *Segredos em geriatria*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. *Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 3.

HAUSEN, Sérgio R.; PLOTNIK, Rose; CASTRO, João de C. Acidentes vasculares cerebrais. In: BARRETO, Sergio S. M.; VIEIRA, Silvia R. R.; PINHEIRO, Cleovaldo T. dos S. *Rotinas em terapia intensiva*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SÃO VICENTE DE PAULO. Projeto UNI-AVC. Passo Fundo: Hospital São Vicente de Paulo, 2003.

BRASIL, Lei nº 10 741 de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do idoso*. Brasília, DF, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. *Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral*. São Paulo, set. 2001

_____. *Primeiro consenso brasileiro para trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo*. São Paulo, maio 2002.

PY, Marco Oliveira. Doenças cerebrovasculares. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tra-*

tado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 176-188.

Anexo A

Querido familiar

Nunca estamos preparados para ficar doentes ou ter um familiar doente em casa. Na velhice, pretendemos estar saudáveis para usufruir as nossas conquistas. Hoje seu familiar se encontra fragilizado, amanhã, poderá ser você. Elaboramos esta prescrição de enfermagem com a intenção de ajudá-lo a cuidar do seu familiar idoso com AVC (derame).

1. Estabelecer um esquema de rodízio de cuidadores na família para evitar sobrecarregar só uma pessoa.
2. Estimular sempre o paciente para que faça suas próprias tarefas, a fim de preservar sua autonomia, como alimentar-se, vestir-se, higienizar-se.
3. Colocar o alimento em pequenas porções do lado sadio da boca e permitir o tempo que for necessário para que o paciente faça a sua refeição.
4. Orientá-lo sempre quanto a tempo, espaço, situação (que dia é hoje, onde está, quem é fulano) em que estamos vivendo.
5. Apoiar o paciente quando ele necessitar de ajuda para caminhar.
6. Encorajar o uso de bengala ou andador, evitando, assim, deixá-lo sempre acamado.
7. Orientar para que o paciente use sapatos bem ajustados para evitar possíveis quedas.
8. Seguir um esquema regular de mudança de posição na cama, para diminuir a pressão e evitar a ruptura da pele.
9. Estabelecer um ambiente seguro ao paciente durante o banho, usando cadeira no box.
10. Usar linguagem simples. Ter paciência e deixar o paciente comunicar-se, permitindo que fale sobre suas frustrações.

O idoso com acidente vascular cerebral (AVC)...

11. Compreender os momentos em que seu familiar estiver irritado ou aborrecido.
12. Fornecer um ambiente seguro, calmo, organizado e livre, retirando tapetes e excesso de móveis que atrapalhem o deslocamento do paciente em casa.
13. Proporcionar-lhe atividades recreativas e de lazer, fazer e receber visitas.
14. Estimular o paciente a participar de grupos para compartilhar suas experiências.
15. Encorajá-lo a realizar exercícios do lado afetado e aumentar a força do lado sadio.
16. Colocar apoio do lado afetado (tipóia) para evitar ferimentos.
17. Virar a cabeça do paciente do lado da perda visual para fortalecer a musculatura.
18. Dispor os objetos ao alcance do lado sadio. Ex. óculos, dentaduras, material de higiene, jornal.
19. Encaminhá-lo a especialistas, se for necessário, tais como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo.
20. Possibilitar-lhe a verificação da pressão arterial.
21. Tornar possível a verificação dos níveis de glicose se o paciente for diabético.

Endereço

Renata Mendes França
Rua Paissandu, 1616/601
CEP: 99010-100 - Passo Fundo - RS
- Brasil
Fone: 54 3045 2595
54 9966 4337
E-mail: ortopop@pop.com.br