



REVISIONES - RESEÑAS

AS INCAPACIDADES FÍSICAS DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: AÇÕES DE ENFERMAGEM

LAS INCAPACIDADES FÍSICAS DE PACIENTES CON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ACCIONES DE ENFERMERÍA

*Paixão Teixeira, C., **Silva, LD.

*Enfermeira da Unidade Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca do INC. ** Professora Permanente do Curso de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Intensivista. Rio de Janeiro. Brasil.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral, incapacidades, seqüelas e enfermagem
Palabras clave: accidente cerebrovascular, discapacidad, secuelas, enfermería.

RESUMO

Este artigo trata das incapacidades físicas decorrentes de um acidente vascular cerebral (AVC). **Objetivos:** identificar o perfil das incapacidades físicas como seqüela de AVC presentes nas publicações e discutir as ações de enfermagem na orientação do paciente e família em relação às incapacidades.

Metodologia: revisão narrativa que usou os mesmos descritores em todas as bases eletrônicas, selecionando artigos entre os anos de 1997 a 2007. Analisados por categorias a partir das diferentes incapacidades físicas encontradas.

Resultados: encontrados 112 publicações, selecionados onze. Foram estruturadas três categorias: incapacidade motora (55%), disfagia (36%) e afasia (9%).

Discussão: são incapacidades que tem um alto potencial de interferir nas atividades cotidianas gerando alto grau de dependência do paciente para com um cuidador. O enfermeiro deve orientar sobre as complicações da imobilidade, disfagia e afasia.

Conclusão, a sobrevida após o AVC requer planejamento e orientações de enfermagem direcionadas a limitar o efeito das incapacidades físicas para o paciente.

RESUMEN

Este artículo trata de las discapacidades físicas causadas por un accidente vascular cerebral (AVC). **Objetivos:** identificar el perfil de las discapacidades físicas como una secuela del AVC presente en artículos y discutir las acciones de enfermería en la orientación del enfermo y su familia acerca de las discapacidades.

Metodología: revisión narrativa que ha empleado los mismos descriptores en todas las bases electrónicas, seleccionando artículos entre los años de 1997 a 2007 y analizados por categorías a partir de las diferentes discapacidades físicas encontradas.

Resultados: encontradas 112 publicaciones, seleccionadas 11. Se han construido tres categorías de discapacidades de acuerdo con la predominancia: discapacidad motora (55%), disfagia (36%) y afasia (9%).

Discusión: todas tienen un alto potencial de interferir en las actividades cotidianas provocando alto grado de dependencia del enfermo para un cuidador. El enfermero debe orientar sobre las complicaciones de inmovilidad, disfagia y afasia.

Conclusión: La supervivencia tras el derrame exige orientaciones de enfermería dirigidas a limitar los efectos que las discapacidades tienen para el paciente.

INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil apresenta um perfil epidemiológico marcado pelo aumento de mortes por doenças cerebrovasculares, por doença isquêmica do coração mas também pelo crescente número de pessoas com doenças e incapacidades crônicas o que têm gerado repercussões em todas as dimensões da vida¹.

É nesse contexto que os dados de morbi-mortalidade das doenças do aparelho circulatório adquirem relevância no país. O destaque entre essas doenças é para as cerebrovasculares e, particularmente, para o acidente vascular cerebral (AVC), que representa a terceira causa de morte em países industrializados e a primeira causa de incapacidade entre adultos¹.

O acidente vascular cerebral (AVC), também chamado de doença silenciosa do século é a que apresenta maior incidência e tem maior morbidade dentro do grupo de doenças vasculares. Aparece como a primeira causa de invalidez e morte e com uma conseqüência assaz importante que são as incapacidades dos pacientes acometidos por esta doença².

Cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem AVC morrem após os seis meses². A maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas, o que faz desta patologia a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental^{1,2}.

Na maioria das vezes, os pacientes portadores de incapacidades pela natureza das seqüelas, não respondem às intervenções a curto e médio prazo, sendo um desafio constante para os profissionais e autoridades de saúde.

A Organização Mundial de Saúde³ conceitua o termo incapacidade como restrição, resultante de uma deficiência, da falta de habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Essas incapacidades se classificam como motora e de locomoção; de comunicação, emocional, cognitivas, visual e auditiva.

As seqüelas de um AVC implicam algum grau de dependência. Cerca de 30 a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após o AVC são impedidos de voltarem ao trabalho e requerem algum tipo de auxílio no desempenho de atividades cotidianas básicas. A perda de autonomia entre adultos e a sua conseqüente dependência é outra forma de expressão da gravidade das incapacidades resultantes do AVC². Neste estudo o interesse recai nas incapacidades físicas como seqüela do AVC.

O quadro de incapacidades físicas comuns nos sobreviventes de AVC seja simultâneo ou secundário à doença, temporário ou permanente, provoca prejuízos nas atividades de vida diária como alimentar-se, vestir-se, cuidar da higiene pessoal, usar equipamentos domésticos, uso de transportes, entre outros^{1,2}.

A adaptação à incapacidade física pós AVC é um processo de colaboração entre o paciente, família e profissionais de saúde. Essa colaboração não se limita aos ambientes hospitalares e deve prosseguir durante toda a trajetória da doença ¹.

O AVC constitui, então, um desafio tanto pelo impacto social, quanto pelas repercussões na vida das pessoas e suas famílias. O estar ou ser portador de incapacidade física compromete o próprio indivíduo e os que o cercam; especialmente a família³.

Os objetivos desta revisão foram: 1) Identificar nas publicações, o perfil das incapacidades físicas de pacientes acometidos por um AVC; 2) Discutir as ações do enfermeiro na orientação ao paciente e família em relação às incapacidades físicas.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa que empregou estudos primários identificados na Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline). Foram usados os descritores acidente vascular cerebral, incapacidades, seqüelas, stroke e nursing em todas as bases.

Os critérios de seleção foram: a) publicações entre os anos de 1997-2007; b) estudos com adultos maiores de 19 anos; c) redigidos em inglês, espanhol ou português; d) tratarem de incapacidade física provocada por um AVC; e) dispor do texto completo.

O levantamento foi realizado entre os meses de abril e maio de 2008. Foram encontrados 112 trabalhos e a amostra foi composta por 11 artigos. A exclusão dos estudos deu-se pelo fato dos mesmos não abordarem a incapacidade física no paciente acometido pelo acidente vascular cerebral de acordo com os critérios de seleção, também por tratarem de abordagens cirúrgicas para o tratamento do AVC e se referirem a publicações repetidas em bibliotecas diferentes. Os resultados foram agrupados em categorias correspondentes aos diferentes tipos de incapacidades físicas encontradas o que também norteou a análise realizada

RESULTADOS

No **quadro I** se apresenta os resultados obtidos e o tipo de incapacidade física a que o artigo se refere.

Quadro I – Resultados da busca em bases eletrônicas – Abril- Maio de 2008.

Ano	País	Autor	Título	Revista	Área	Incapacidade Física
2007	EUA	D.G. Smithard et al	Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter?	Age Ageing	Medicina	Disfagia
2007	EUA	Amy J. H. Kind et al	Bouncing-Back: rehospitalization in patients with complicated	Home Health Care Serv	Medicina	Disfagia

			transitions in the first thirty days after hospital discharge for acute stroke			
2006	Brasil	Anna Flávia Ferraz Barros et al	Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença.	Arq. Neuro-psiquiatria	Fonoaudiologia	Disfagia
2005	Brasil	Nara Marilene Oliveira Giradon Perlini.	Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar.	Rev Esc. Enferm. USP	Enfermagem	Motor
2004	Brasil	Tomas Yoshio Makiyama et al	Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores	Acta Fisiátrica	Fisioterapia	Motor
2004	Brasil	Silvia Cristina Mangini Bocchi	Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento.	Rev Latino-am Enfermagem	Enfermagem	Motor
2004	Brasil	Ilka Veras Falcão et al	Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde.	Rev Bras. Saúde Mater-no Infantil	Terapia Ocupacional	Motor
2004	Brasil	Arthur Oscar Schelp et al	Incidência de Disfagia Orofaríngea após Acidente Vascular Encefálico em Hospital Público de Referência.	Arq. Neuro-psiquiatria	Medicina	Disfagia

2003	Brasil	Agnes Irna Horn et al	Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/paréticos na fase sub-aguda do acidente vascular encefálico	Arq. Neuro-psiquiatria	Fisioterapia	Motor a
2002	Brasil	Letícia Lessa Mansur et al	Descriptive study of 192 adults with speech and language disturbances.	Rev Paulista de Medicina	Medicina	Afasia
1999	Brasil	Ilka Veras Falcão	A incapacidade como expressão do acidente vascular cerebral precoce: seu impacto na integração social de adultos moradores do Recife.	Dissertação de mestrado apresentada ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.	Terapia Ocupacional	Motor a

No tocante à predominância das incapacidades físicas, a do tipo motora apareceu em seis publicações, do tipo disfagia em quatro produções e a afasia em apenas uma produção.

Em relação ao ano de publicação o predomínio ocorre no ano de 2002. Ao apresentar os países que se destacaram quanto às publicações, evidenciamos o Brasil com 09 produções e os EUA com 02 artigos.

Observou-se que quatro artigos são de médicos e publicados em periódicos médicos; dois estudos são de enfermeiros; duas produções de fisioterapeutas, dois são de autoria da terapia ocupacional e um de fonoaudiólogos.

Foram estruturadas três categorias de resultados; os que se referem à incapacidade motora⁴⁻⁹, à disfagia¹⁰⁻¹³ e à afasia¹⁴. Os resultados serão apresentados e discutidos desta forma.

Resultados sobre a Incapacidade Motora

Perlini et al.⁴ ao identificar e descrever as atividades do familiar que cuida de pessoas incapacitadas por AVC no domicílio, constataram que, quanto mais comprometida a autonomia do paciente, maior são as demandas e a complexidade das atividades desenvolvidas pelo cuidador. Os pacientes do estudo, apresentavam graves dificuldades para as atividades da vida diária como alimentação, higiene pessoal, mobilização e locomoção. As incapacidades mais presentes foram a disfunção motora e/ou sensorial manifestada através das hemiplegias, hemiparesias ou parestesias e os déficits cognitivos capazes de comprometer a capacidade de concentrar-se, diminuir o nível de atenção, ocasionando a perda da memória de curtos ou longos períodos. Tarefas como se vestir, despir, fechar botões que exigem coordenação motora e administração de medicações, horários e doses foram atividades impossíveis de serem executadas.

Makiyama et al.⁵ verificaram o impacto do acidente vascular cerebral sobre a qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. A amostra contou com 66 pacientes com AVC, cuidadores no grupo caso e controles que foram pessoas acima de 60 anos sem qualquer tipo de doença crônica. Observou-se que quase todos os domínios da qualidade de vida estavam alterados no grupo caso em comparação com o grupo controle, sugerindo uma redução de qualidade de vida em pacientes com AVC e seus cuidadores.

Discutindo acerca da sobrecarga que um paciente com AVC impõe ao cuidador, uma pesquisa bibliográfica⁶ construiu um corpo de categorias e sub-categorias denominadas as seqüelas do AVC associada ao nível de dependência física. Atividades como cozinhar, dirigir, de higiene e de deambulação, estão comprometidas e restringem as possibilidades de terem uma melhor qualidade de vida⁶.

Falcão et al.⁷ realizou uma entrevista domiciliar com uma amostra de 46 casos de AVC agudo com o objetivo de conhecer as incapacidades e identificar se há diferenças de gênero, em sobreviventes de primeiro episódio de AVC, entre 20 e 59 anos de idade. Os resultados mostram que é expressivo o percentual de casos ainda jovens, com seqüelas pós-AVC. A incapacidade motora neste estudo foi caracterizada a partir da hemiparesia. A mobilidade ou condição de andar em casa e no seu entorno se encontrava prejudicada em aproximadamente, 90% dos casos precisando do uso de dispositivos auxiliares, como bengala, cadeira de rodas, andador, entre outros⁷.

Horn et al.⁸ consideram que a hemiparesia ou hemiplegia, é a principal causa de incapacidade grave na sociedade atual. Avaliou em 21 pacientes o resultado do tratamento diário com cinesioterapia durante 30 minutos para o ombro com hemiplegia ou paresia procurando ver a presença ou ausência de dor, o grau de força muscular dos movimentos de elevação, protusão, flexão e abdução do ombro, e a capacidade de realizar ativamente os movimentos funcionais básicos (mudança de decúbito dorsal para lateral, da posição deitado para sentado e a manutenção da postura sentada). Os resultados positivos da cinesioterapia na recuperação motora sugerem que exerceu efeito positivo na função neuromotora dos pacientes.

Em uma dissertação⁹ verificou-se que o AVC é a causa de mudanças no desempenho das atividades de vida diárias, podendo levar os sobreviventes a graus de dependência variável. Verificou-se que a dificuldade motora, de mobilidade e de uso de transporte público, problemas de comunicação e depressão atingem cerca de 2/3 da população com AVC. Problemas de audição, visão, memória e de orientação espaço-temporal são menos observados.

Resultados sobre a Incapacidade do tipo Disfagia.

Kind et al.,¹⁰ fez um levantamento com 5.250 pacientes que tiveram AVC e verificaram que as infecções e a pneumonia aspirativa são as razões mais comuns que levam a re-hospitalização, correspondendo a 15-43% das reinternações de pacientes acometidos pelo AVC.

Smithard et al.¹¹ estudaram a alta incidência de disfagia correspondente a 30-50% das ocorrências nas fases aguda e de recuperação do AVC. Esta representa co-fator de mortalidade e morbidade, com todos os custos agregados para a sociedade. Sinalizam que o tamanho da lesão do AVC é considerado mais importante do que sua localização para o desenvolvimento de disfagia orofaríngea, pois em pacientes com a mesma localização, alguns desenvolvem disfagia e outros não.

Já o estudo de Barros et al. ¹², objetivou determinar se existe correlação entre a localização da lesão vascular cerebral e a dificuldade de deglutição em pacientes com AVC. O exame da avaliação clínica da deglutição foram confrontados com os resultados obtidos da tomografia, para a localização da lesões. Na avaliação clínica, 48% dos pacientes apresentaram disfagia orofaríngea. A incidência de disfagia na fase aguda do AVC reforça a necessidade de prevenir o risco de broncoaspiração possibilitando alimentação por via oral precoce e segura.

Shelp et al ¹³ descreveram que a disfagia é reconhecida como um dos principais fatores de risco para pneumonia aspirativa e uma das complicações mais freqüentes do AVC. Objetivou determinar a incidência da disfagia após o AVC. Foi observada uma incidência de 76,5% em pacientes avaliados somente clinicamente, elevando-se o percentual para 91% quando se acrescentava a avaliação videofluoroscópica.

Resultados sobre a Incapacidade do tipo Afasia

Mansur et al., ¹⁴ em estudo descritivo com 192 brasileiros portadores de AVC, evidenciou que a incidência de afasia foi de 70%; de disartria e apraxia foi de 6%; as alterações funcionais de comunicação foram 17% e que 7% dos pacientes eram normais. Logo, é fundamental uma melhor compreensão de pacientes com alterações de fala e linguagem, podendo ser útil como referência para profissionais de saúde envolvidos na reabilitação de tais desordens.

DISCUSSÃO

Se discutirá as ações do Enfermeiro na orientação ao paciente ou cuidador sobre as incapacidades geradas por um AVC, de acordo com as categorias apresentadas nos resultados.

Orientações sobre a Incapacidade Motora.

Dentre as principais conseqüências de um AVC, estão as relacionados à mobilidade, sendo a hemiplegia um problema frequente. A hemiplegia é a perda da força muscular da face, do braço e da perna contralateral à lesão cerebral ¹⁵. De um modo geral os estudos ⁴⁻⁹ que abordaram a incapacidade motora apontam que a principal conseqüência para o paciente é necessitar de ajuda para as atividades diárias como alimentação, higiene pessoal, locomoção e mobilização em geral.

Como a recuperação do paciente está diretamente relacionada ao início de um programa de reabilitação precoce e aos cuidados para prevenir deformidades, o enfermeiro deve estar preparado para orientar sobre esses cuidados e estimular os próprios pacientes e familiares a realizá-los de forma correta.

A incapacidade motora tem influência marcante no contexto de vida do paciente, pois representa limitação na capacidade funcional global para as atividades cotidianas como mover o segmento corporal comprometido (braço, mão, perna), manusear objetos, instrumentos de comunicação, de trabalhos, utensílios domésticos, andar, cuidar de sua higiene pessoal, exercer uma profissão e assim por diante ¹⁵

Entre os problemas comuns, gerados pelas incapacidades estão à limitação da capacidade de levantar a cabeça, de segurar objetos, de se mexer na cama, de se virar de lado, de

sentar-se e de ficar de pé. Portanto, os pacientes precisam ser estimulados a realizar exercícios no lado afetado, como também do não afetado para aumentar a mobilidade, sendo necessário ainda dar suporte na fase inicial da deambulação ¹⁵.

Os membros afetados devem ser exercitados passivamente e movidos através de uma amplitude plena de movimentos, de forma a manter a mobilidade articular, recuperar o controle motor, evitar o desenvolvimento de uma contratura no membro paralisado, evitar a deteriorização adicional do sistema neuromuscular e estimular a circulação ^{15,16}. Durante os exercícios os braços e pernas devem ser movimentados delicadamente no limite de sua tolerância à dor e realizar o exercício lentamente, permitindo relaxamento muscular.

Para a recuperação da motricidade são necessários programas terapêuticos nos quais se ministra, orienta, guia e ensina o desempenho funcional adequado, a fim de estimular que os mecanismos de reorganização neural desenvolvam-se de forma ideal, na tentativa de recuperar ao máximo as funções sensoriomotoras dos pacientes com lesão neurológica ¹⁶.

O enfermeiro deve ser capaz de orientar quanto à realização de exercícios passivos nos membros afetados, exercícios ativos nos membros não afetados, proporcionar mobilização progressiva e apoiar as extremidades para evitar ou reduzir o edema ^{15,16}.

Exercícios de flexibilidade, força, coordenação, resistência e equilíbrio são importantes, pois mantém a mobilidade articular, recuperam o controle motor, evitam a deteriorização adicional do sistema neuromuscular e estimulam a circulação ¹⁵.

É fundamental orientar também quanto às complicações da imobilidade como a presença de flebites, úlceras por pressão e comprometimento neurovascular. A ruptura cutânea e tecidual por causa da sensibilidade alterada e da incapacidade de responder à pressão e ao desconforto através da mudança de posição e movimentação podem ocorrer. Cuidados para minimizar as forças de cisalhamento e atrito, (as quais provocam lesão para os tecidos e predispõem a pele à ruptura), proteção de áreas com sensibilidade diminuída dos extremos de frio e calor e manutenção da nutrição adequada ajudam a manter a integridade da pele ¹⁵⁻¹⁶.

No que se refere às eliminações, a constipação intestinal representa uma dificuldade encontrada pelos pacientes acometidos pelo AVC. Constitui freqüentemente um problema sério, parecendo ser ocasionado pela perda do tônus muscular da parede intestinal, durante os primeiros dias ¹⁵. Uma dieta rica em fibras e a ingestão adequada de líquidos devem ser fornecidas. A incontinência urinária acontece devida à bexiga tornar-se atônica, com comprometimento da sensação em relação ao enchimento da bexiga. Por vezes, o controle do esfíncter urinário externo é perdido ou está diminuído. Durante esse período, poderá ser realizado o cateterismo intermitente com técnica estéril. Quando o tônus muscular aumenta os reflexos tendinosos profundos retornam, o tônus vesical aumenta e a espasticidade da bexiga pode desenvolver-se ¹⁵.

Não podemos esquecer também dos cuidados diários como higiene pessoal, vestir-se e alimentar-se. O treinamento na alimentação é necessário nos casos de troca de braço dominante (devido à hemiplegia) e déficits na deglutição e motricidade. Adaptações podem ser utilizadas como: engrossar o cabo de colher, borda para prato, copo com tampa ¹⁵.

Já o treinamento em higiene pessoal inclui escovar os dentes, pentear os cabelos, fazer barba, lavar o rosto e tomar banho. Dependendo das seqüelas, podem-se usar artifícios como bucha com cabo alongado, luva adaptada para sabonete, barras de segurança no

banheiro, entre outras ¹⁵. Com relação ao vestuário, o uso de roupas e calçados mais práticos, com elástico e velcro, por exemplo, também podem ser estimulados.

É preciso acrescentar que a inatividade musculoesquelética ou a imobilidade têm efeitos adversos em todos os sistemas orgânicos, tais como cardíacos (desempenho diminuído do miocárdio, frequência cardíaca, captação de oxigênio diminuído); circulatório (trombose venosa, edemas, retorno venoso diminuído); respiratório (estase das secreções, ressecamento de parte das mucosas); músculo-esqueléticas (atrofia muscular, contração, diminuição de força e do tônus, degeneração articular); metabólico (hipercalcemia); gastrointestinal (constipação); geniturinário (retenção ou estase); tegumentar (fluxo sanguíneo diminuído) e neurosensorial (enervação reduzida dos nervos danificados) ¹⁵.

Orientações quanto à Incapacidade do tipo Disfagia.

A disfagia orofaríngea, comum em pacientes com AVC, ocorre em 45-65% dos casos ¹⁷⁻¹⁹ podendo predizer morte e incapacidade e deve ser entendida como um déficit motor da faringe ¹⁷. As complicações mais comuns que advêm da disfagia são queda no estado nutricional e pneumonia aspirativa, podendo resultar em morte, principalmente em pacientes idosos ¹⁷.

Em muitos destes pacientes, a alimentação por via oral torna-se difícil, sendo necessário o emprego de via de alimentação alternativa. A pneumonia aspirativa é fator complicador, podendo ser identificada em 11% dos casos ¹⁸.

Nos pacientes pós AVC com disfagia, encontramos sintomas comuns como alteração do esfíncter labial, dificultando o início do processo da deglutição. Também há a redução do controle da língua durante a dinâmica da fase oral, ocasionando menor propulsão do bolo alimentar; atraso ou ausência do reflexo de deglutição, aumentando o risco de aspiração; trânsito faríngeal lentificado, pela falta da pressão intra-oral necessária para dar prosseguimento à fase faríngea; a alteração do comportamento vocal após a dieta oral, sugerindo penetração laringeal e também a redução na elevação da laringe ¹⁹.

É importante nesses casos, realizar uma avaliação clínica específica, utilizando métodos diretos e indiretos ¹⁸.

Os métodos indiretos são evidenciados pela observação das estruturas faciais e orofaringolaringeais, caracterizando: os aspectos da face; a postura de cabeça; a presença ou não de atrofias; a oclusão dentária; a adequação da articulação temporomandibular; o palato duro e palato mole e os músculos (faciais, mastigatórios e de língua), quanto ao seu aspecto em repouso e em movimento ¹⁸.

Os métodos diretos fazem uso de diferentes tipos de dieta via oral, visando a observação da respiração, sucção, voz, fala, mastigação e deglutição. Para tanto, são utilizadas as seguintes consistências: sólido, consistente, pastoso fino, líquido engrossado e líquido ralo; nas medidas padronizadas de 1, 3, 5 e 10 ml ¹⁹.

É durante a deglutição que os enfermeiros poderão observar se há vedamento labial; contenção oral; eficiência mastigatória; capacidade de medializar e posteriorizar o alimento; presença de refluxo nasal; elevação de laringe; número de deglutições; presença de resíduos alimentares e/ou secreção, presença de tosse, engasgos e/ou pigarros antes, durante ou após a deglutição; alteração do comportamento vocal; coordenação respiração-deglutição e restrição alimentar, quanto ao tipo de dieta ²⁰

A dificuldade em deglutir requer muitos cuidados de enfermagem como posicionar o paciente mais sentado para comer, realizar manobras posturais da cabeça, oferecer higiene oral para umedecer a boca, manipulação de consistência e volume das dietas, promover estimulação sensoriomotora oral, treino de controle oral (oferecer em pequena quantidade, verificar a presença ou não de alimento acumulado nas laterais da boca, não engolidos, antes do oferecimento de mais alimento) e manter a pessoa sentada pelo menos meia hora após alimentar-se, evitando assim complicações pulmonares como regurgitação ou vômito²⁰.

É fundamental também, testar os reflexos faríngeos do paciente antes de oferecer-lhes alimentos ou líquidos para evitar complicações. Sintomas como: tosse, engasgos, dificuldade em respirar, perda de alimentos ou saliva pela boca, dificuldade em mastigar angústia, sudorese, inquietação durante a alimentação sugerem dificuldades e os reflexos prejudicados destes pacientes aumentam o risco de aspiração²⁰.

Orientações quanto à Afasia

A comunicação é o núcleo de todas as relações humanas. A capacidade prejudicada de comunicação espontânea é frustrante^{15, 21}. As ações de enfermagem devem concentrar-se na diminuição da tensão e na transmissão de compreensão de como deve ser difícil a situação para o cliente²¹.

A afasia pode ser definida como um distúrbio na percepção e expressão da linguagem²¹. O indivíduo apresenta dificuldades na compreensão e na emissão da fala e da linguagem adquirida em consequência de uma lesão nas áreas cerebrais responsáveis pela fala ou pela compreensão das palavras faladas²¹.

Com o AVC, a capacidade de comunicar-se geralmente fica deficitária, por isso o enfermeiro deve ensinar que é fundamental para os pacientes exercícios diários para melhorar a eficácia da musculatura da fala e aumentar a frequência, o volume e a articulação. Encorajar o paciente a repetir os sons do alfabeto; falar lenta e nitidamente para ajudar o paciente na formação dos sons; usar técnicas que estimulem a expressão verbal como o uso de papel e lápis, letras do alfabeto, sinais com as mãos, por exemplo, poderão ser estimulados. Técnicas para aperfeiçoar a fala (falar lentamente, frases curtas, exercícios diários da fala) também são fundamentais na recuperação do paciente acometido pelo AVC²¹.

CONCLUSÃO

O AVC é uma doença crônica que causa incapacidade, deficiências e desvantagens. A permanência de seqüelas incapacitantes, impondo aos pacientes limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão dos pensamentos pode alterar a dinâmica da vida dessas pessoas, não só pelas seqüelas físicas que restringem as atividades de vida diária, mas também por comprometerem suas possibilidades de administrar a vida pessoal e familiar .

No achado em relação às incapacidades físicas desse estudo, evidenciamos que plegia, a disfagia e a afasia predominaram e merecem maior atenção visto que prejudicam a realização de atividades diárias, retorno ao trabalho e convívio social, levando a sofrimentos e impactos negativos na recuperação global do paciente.

É necessário produzir conhecimentos para compreender e ajudar às pessoas nesse estado limite de incapacidade, já que se trata de uma condição complexa, vinculada a mudanças significativas no cotidiano, gerando adaptações em todos os âmbitos.

Para o paciente é fundamental orientações acerca da sua doença que poderá lhe trazer benefícios, como por exemplo, um período menor de adaptação ou recuperação através de informações sobre as doenças e incapacidades decorrentes do AVC, melhor entendimento sobre o novo estilo de vida, além da articulação de estratégias para promover o bem-estar sem o comprometimento de sua saúde.

É fundamental que o enfermeiro atue junto ao paciente e sua família na melhora da qualidade de vida, auxiliando, informando e ensinando, sobre a doença e repercussões das incapacidades físicas nas atividades do dia-a-dia. A família participando de forma ativa nos cuidados com informações claras sobre a enfermidade, a evolução e como cuidar auxilia ativamente na reabilitação do paciente²².

A capacitação do enfermeiro para atuar junto ao paciente com AVC, intervindo educativamente para orientá-lo nas principais dificuldades, poderá contribuir para reduzir as re-internações causadas pelas incapacidades

REFERÊNCIAS

1. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). A saúde no Brasil. Brasília: As Organizações; 1998.
2. Carvalho EF, Lessa F, Gonçalves FR, Silva JAM, Lima MEFL, Melo Júnior SW. O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. Rev Assoc Saúde Pública. 1998; 1: 107-19.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
4. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Rev Esc. Enferm. 2005; 39(2): 154-163. Disponível em: <http://www.marcussabry.com/textos/Manual%20Cuidador.pdf>
5. Makiyama TY, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. Acta Fisiátrica. 2004; 11(3): 106-109. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/C51CE410C124A10E0DB5E4B97FC2AF39/acta_vol_11_num_03_106-109.pdf
6. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. Rev Latino-am Enfermagem. 2004; 12 (1): 115-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100016
7. Falcão IV, Carvalho, EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo sistema único de saúde. Rev Bras. Matern. Infant. 2004; 4(1): 95-102. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19985.pdf>
8. Horn AI, Fontes SV, Carvalho SMR, Silvado RAB, Babosa PMK, Junior AD, Atallah NA, Fukujima MM, Prado GF. Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/paréticos na fase sub-aguda do acidente vascular encefálico. Arq. Neuropsiquiatria. 2003; 61(3-B): 768-771. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500012

9. Falcão IV. A incapacidade como expressão do acidente vascular cerebral precoce: seu impacto na integração social de adultos moradores do Recife [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 1999. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/1999falcao-iv.pdf>
10. Kind AJH, Smith MA, Pandhi N, Frytak JR, Finch MD. Bouncing-Back: rehospitalization in patients with complicated transitions in the first thirty days after hospital discharge for acute stroke. *Home Health Care Serv Q.* 2007; 26(4):37-55. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2205988>
11. Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CDA. Long -term outcome after stroke: does dysphagia matter? *Age and Ageing.* 2007; 36: 90-94. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/content/full/36/1/90>
12. Barros AFF, Fabio SRC, Furkim AM. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. *Arq. Neuropsiquiatria.* 2006; 64(4): 1009-1014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2006000600024&lng=pt&nrm=iso
13. Schelp AO, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Carvalho LR. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arq. Neuropsiquiatria.* 2004; 62(2-B): 503-506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n2b/a23v622b.pdf>
14. Mansur LL, Radanovic M, Ruegg Danielle, Mendonça LIZ, Scaff M. Descriptive study of 192 adults with speech and language disturbances. *Rev Paulista de Medicina.* 2002; 120 (6): 170-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802002000600003&lng=pt
15. Organização Mundial da saúde. Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais da atenção primária à saúde. *Artmed;* 2007.
16. Fontes SV, Fukujima MM, Oliveira RMC et al. Group Physiotherapy in hemiplegic or hemiparetic stroke patients. *J. Neurological Sciences.* 1997; 150: S129.
17. Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F et al. Dysphagia following stroke. *Eur Neurol.* 2004; 51: 162-167.
18. Yamada, EK, Siqueira KO, Xerez D, Koch HÁ, Costa MMB. A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. *Arq. Gastroenterologia.* 2004; 41(1): 18-23.
19. Palmer JB, Duchane AS. Rehabilitation of swallowing disorders due to stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation clinics of North America.* 1991; 2: 529-46.
20. Silva RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica em adultos: a educação continuada como princípio. *Disfagia Abordagem Multidisciplinar.* 1998; 69.
21. André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
22. Tizón BEY, Vázquez TR. Enfermería en Cuidados Paliativos: hospitalización durante los últimos días de vida. *Enfermería Global.* 2004; 5: 1-32.