

# **PROJETO DE INTERVENÇÃO: A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO HEMIPLÉGICO VITIMA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

2010

**Rui Carolo**

Estágio em Reabilitação Psiquiátrica (Psicologia Clínica, Intervenção Comunitária), no Centro de Recuperação Psiquiátrica de Arnes-doentes psiquiátricos inimputáveis; Estágio no Departamento de Psiquiatria e Psicologia Forenses, delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal-Perícias à Personalidade (Direito Criminal, Civil, Trabalho, Família e Menores, Tributário); Assessor Técnico no sistema privado (Avaliação Psicológica Forense).

E-mail:

[rmanelribeiro@hotmail.com](mailto:rmanelribeiro@hotmail.com)

---

## **RESUMO**

Este projecto de intervenção nasce da necessidade de intervenção, cada vez maior, na área da reabilitação das incapacidades físicas adquiridas, especificamente na Hemiplegia, ou tendo por base a característica que mais diferencia o Ser-Humano, o seu psiquismo, nos indivíduos Hemiplégicos vítimas de acidentes vascular cerebral. Como iremos ver existem dois tipos de AVC, dependendo esses do factor tempo. As consequências são múltiplas e embora as tenhamos abordado, ainda que superficialmente, não podemos prever qual delas se sucederá. Por esse mesmo facto este projecto é direccionado para a intervenção com hemiplégicos vítimas de AVC e suas famílias ou pessoas mais próximas, tendo como objectivo intervir generalizadamente e também prevenir. As teses ou paradigmas dualistas têm a forte influência de Descartes e separam mente e corpo. Ainda hoje a sua influência é visível e bastante prejudicial, mas sabemos que só assim, com avanços e recuos, se faz ciência e há evolução. Hoje as teses Monistas começa a ser muito mais aceites e existem muitas evidências desses facto, corpo é cérebro e cérebro é corpo e são um só. Não podemos ficar indiferentes a este facto durante o nosso projecto, já que ele também é motivo da sua existência. O projecto foi realizado a pensar em ser apresentado a uma instituição demonstrando a mais valia que um Psicólogo pode ser. Se assim o fosse realmente dirigiríamos-nos a essa instituição e como tal haveria constatação, mais de carácter neurofisiológica, que aqui não colocaríamos, contudo a especificidade do tema, o contexto de aprendizagem e formação assim o justificam. Para além dos aspectos descritivos, fisiopatológicos, neuropsicológicos, fazemos referência á sua fundamentação, o que nos fez pensar em intervir nesta área, e para além do protocolo de intervenção, adicionamos critérios de internamento, que consideramos serem importantes, e que qualquer Psicólogo nesta área

deve ter bem presente, material informativo que se destinaria a familiares e outras pessoas e questionários a que tivemos acesso.

**Palavras-chave:** Projeto intervenção, reabilitação psicossocial, hemiplégico, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral, consequências, aspetos neuropsicológicos, fisiopatologia, fatores de risco definitivos e modificáveis, lesões cerebrais: visuais, auditivas, afasias, dor, suporte social, famílias

---

## **O HEMIPLÉGICO VITIMA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

Os indivíduos hemiplégicos vítimas de AVC apresentam uma multiplicidade de sintomas. As deficiências e incapacidades que daí advêm provocam uma alteração complexa nas suas vidas, ao nível dos que lhes estão mais próximos, dos processos vinculativos com a família e também pode ser observada nas relações com a comunidade (Oliveira, 1995).

A paralisia ou parésia de um ou dois lados do corpo, a perda de capacidades motoras, sensitivas e funcionais, alterações da compreensão e ou expressão da linguagem, a perda de consciência e alterações de carácter neuropsicológico assim como distúrbios emocionais, são consequências no síndrome do hemiplégico.

## **LESÕES CEREBRAIS E PERTURBAÇÕES VISUAIS**

Uma das consequências da lesão cerebral sobre as capacidades visuais é a síndrome de «cegueira cortical». Indivíduos que sofreram lesões extensas dos dois lobos occipitais, com destruição particular das duas áreas estriadas, apresentam uma dupla hemianopsia, na medida em que nenhuma informação chega ao córtex estriado, nem de uma metade nem da outra do campo visual. Fala-se portanto de cegueira. Contudo o comportamento destes indivíduos é surpreendente, porque negam a sua cegueira. O comportamento geral é o de um cego, pois não é capaz de dizer o nome do objecto que lhe é apresentado. Não consegue deslocar-se sozinho, mas também aqui não se queixa espontaneamente. Parece portanto existir ao nível do córtex occipital, uma região implicada na consciência do vivido visual, de tal modo que a sua destruição possa tornar o doente inconsciente da sua perturbação.

## **PERTURBAÇÕES AUDITIVAS NAS LESÕES CEREBRAIS**

Quadro raríssimo descrito por Henschen no início do séc. XX, encontra-se quando há lesões extensas e bilaterais dos lobos temporais, estritamente corticais, destruindo as circunvoluções de Heschel, quer lesões sub corticais que incidem nas radiações auditivas e realizam uma desaferentização das áreas auditivas primárias. Nos dois casos nenhuma informação auditiva atinge o córtex cerebral. O quadro clínico observado é o de uma surdez total: o indivíduo é incapaz de detectar um ruído. Esta surdez associa-se e sempre a perturbações da linguagem expressiva e a perturbações variadas do comportamento testemunhando a difusão das lesões. Por analogia á hemianopsia, Michel e Peronnet, descreveram a síndrome de hemianacusia, que surge quando as áreas auditivas dum hemisfério são privadas de informações devido a lesão cortical ou sub cortical unilateral que interrompe as radiações auditivas.

## **FISIOPATOLOGIA DO AVC**

Os acidentes vasculares cerebrais representam simultaneamente a causa mais frequente de lesão do cérebro e o melhor modelo de lesão do cérebro para a correlação anátomo-clínica.

Entre as afecções cérebro-vasculares é usual distinguir dois mecanismos que tendencialmente se opõem na exposição, mas que possuem em comum factores etiológicos, seu aparecimento súbito, a sua frequência para lá dos cinquenta anos e a ausência até hoje de tratamento realmente eficaz.

Consideremos os mecanismos fisiopatológicos que presidem á instalação destas lesões.

## **ISQUEMIA CEREBRAL**

Aplica-se o termo isquemia para designar qualquer processo durante o qual um tecido não recebe os nutrientes, em particular o oxigénio, indispensável ao metabolismo das suas células.

Esquemáticamente: quando o tecido cerebral é privado do fornecimento de sangue arterial, segue-se um sofrimento celular que, conforme a sua intensidade, poderá manifestar-se por uma perturbação funcional (variável segundo a zona atingida). Se esta privação é de curta duração (menor que 24 h, como em geral se admite) a disfunção é considerada reversível e as alterações vão habitualmente regressar até á normalização das funções perturbadas. Nestes casos fala-se de acidente isquémico transitório (AIT). Quando pelo contrário a isquemia persiste para além daquele período, poderão então instalar-se lesões definitivas, irreversíveis, do cérebro, caracterizadas pela morte de um grupo mais ou menos extenso de neurónios (e acessoriamente por modificações gliais associadas). É o enfarte cerebral (amolecimento cerebral). É importante

saber que as perturbações funcionais clinicamente observáveis como sequela de um enfarte cerebral são muito estáveis no tempo, pouco ou nada se modificando após as primeiras semanas que se seguem ao AV. Pode ocorrer uma recuperação parcial da função, no decurso de alguns meses ou mesmo anos que se seguem, em particular graças às técnicas de reabilitação funcional (cinesiterapia, ortofonia, etc), mas é provável que esta recuperação ponha em acção mecanismos de compensação que não podem pretender substituir as estruturas destruídas.

**Artérias do cérebro:** a isquemia está ligada á oclusão de uma artéria. As artérias do cérebro provêm todas de ramificações oriundas da porção original da artéria aorta, pouco depois da sua saída do coração. Distinguem-se dois sistemas arteriais cujo papel é levar o sangue arterial ao cérebro: o sistema carotídeo, do qual depende a irrigação arterial, e o sistema vertebro-basilar, que assegura a irrigação do tronco cerebral, do cerebelo e da parte pósterio-inferior dos hemisférios. A artéria vertebral, a mais fina, sobe no interior de um canal ósseo situado nas vértebras cervicais, antes de penetrar no crânio, na face anterior do bolbo, onde as duas artérias se juntam formando um ramo único, o tronco basilar. A carótida interna, artéria volumosa, sobe na parede lateral do pescoço, penetra na caixa craniana e divide-se nos seus ramos terminais, os principais dos quais são a artéria cerebral média (ACM) ou artéria silvica (contida no rego de Sylvius), e a artéria cerebral anterior (ACA), ou pericalosa. Cada uma das artérias origina um enfarte que incide num território cerebral relativamente fixo de indivíduo para indivíduo. Faz-se muitas vezes referência a estes territórios para designar a topografia de lesões isquémicas: fala-se assim de enfarte silvico superficial ou silvico profundo, conforme o território implicado é o irrigado pelos ramos superficiais ou profundos da ACM, de enfarte cerebral anterior, quando o território atingido é o da ACA. Por fim uma terceira artéria, a artéria cerebral posterior ACP que é de facto o ramo terminal do sistema vertebro-basilar, vasculariza a face inferior do cérebro e em particular as estruturas principais do sistema visual. Um enfarte deste território incidirá no lobo occipital e na parte inferior do lobo temporal.

**Mecanismos:** há três mecanismos principais responsáveis por isquemia e pela constituição de enfarte do cérebro.

**Embolia de origem arterial:** é o caso mais frequente. Está ligado a uma patologia da artéria, a aterosclerose, caracterizada por depósitos de substância lipídica (o ateroma) no interior da parede, que diminui o calibre (estenose arterial) e produz um obstáculo ao fluxo sanguíneo. Elementos constitutivos do sangue, em particular plaquetas, vêm por sua vez depor-se sobre esta parede alterada e agravar progressivamente a estenose. Além disso e sobretudo estes depósitos anormais podem desprender-se da parede, migrando para o cérebro: é a embolia cerebral.

O êmbolo assim criado vai poder obstruir uma artéria de calibre mais pequeno por exemplo a ACM ou um dos seus ramos, realizando a causa mais frequente de isquemia cerebral no território carotídeo.

**Embolia de origem cardíaca:** é a mais rara, de natureza diferente, ligada á migração na corrente sanguínea arterial dum coágulo que se formou no interior das cavidades cardíacas (êmbolo cruórico). A sua causa é em geral uma anomalia cardíaca, muitas vezes uma doença das válvulas (valvulopatia), que favoreceu a extâse do sangue e a formação de coágulos. As perturbações do ritmo cardíaco são também factores que podem favorecer a migração do êmbolo. Este último irá como no anterior, obstruir, dependendo do tamanho, uma artéria cerebral de pequeno ou médio calibre.

Um **último mecanismo** não faz intervir uma migração arterial, mas sim um **fenómeno hemodinâmico**. A queda do débito nas artérias destinadas ao cérebro é responsável por sofrimento isquémico das regiões do cérebro mais sensíveis. Este mecanismo está na génese dos acidentes do território vertebro-basilar. No território carotídeo pode ser a consequência de trombose carotídea: a estenose é de tal importância que acaba por obstruir completamente o lume arterial.

Mais raramente uma paragem circulatória momentânea, a maioria das vezes cardíaca, pode ser responsável por uma isquemia cerebral mais ou menos intensa e generalizada. Em tais casos, as lesões isquémicas podem ser quer difusas, quer incidir somente nas partes do cérebro cuja irrigação é mais precária.

## HEMORRAGIA CEREBRAL

É a consequência do fenómeno inverso: a extravasão de sangue para fora dos vasos que causa um derrame intracelular, quer circunscrito (hematoma), quer mais difuso. A hemorragia cerebral, mais que a isquemia, corresponde a um factor etiológico quase constante, a hipertensão arterial. O aumento crónico da pressão das artérias é responsável por dois factores favorecedores:

1. Fragilização das paredes arteriais, lipohialinose, é uma anomalia anatómica das artérias intracelulares de calibre mais pequeno, capaz de favorecer a ruptura da parede.
2. Os acessos hipertensivos são susceptíveis de provocar a própria hemorragia, cedendo a parede arterial fragilizada sob a pressão elevada. Portanto é ao nível das arteríolas profundas que se situa a ruptura, o que explica a topografia habitual das hemorragias: a hemorragia capsulolenticular, a mais frequente, atinge a parte anterior dos núcleos cinzentos centrais. É a forma mais grave, que às vezes pode tomar proporções dramáticas. A hemorragia

capsulotalâmica, mais posterior do que a precedente e, no seu todo, de melhor prognóstico. O hematoma lobar, mais superficial, é mais raro.

3. Por último há que citar que as hemorragias que não incidem primitivamente no cérebro, sendo devidas a um processo inicialmente extra cerebral: trata-se das hemorragias meníngeas, semelhantes a rupturas de aneurismas arteriais. Um aneurisma é uma pequena dilatação habitualmente congénita, de uma artéria extra celular, por ex. a ACM ou a ACA. Sob um efeito de um aumento da tensão arterial, a parede arterial rompe-se a nível do aneurisma e o sangue derrama-se em volta do cérebro, nos espaços meníngeos. Estas anomalias extra cerebrais, podem associar-se a uma lesão do próprio cérebro: é assim que sob a violência da corrente sanguínea no momento da ruptura da artéria, a hemorragia pode difundir-se para o tecido cerebral subjacente. Fala-se então de hemorragia cérebro-meningea. Em outros casos há criação de foco isquémico configurando um enfarte cerebral: espasmo arterial, ou seja artéria mergulhada no derrame de sangue reage contraindo a sua musculatura lisa, diminuindo o fluxo sanguíneo e causando uma isquemia no território cerebral que normalmente irriga.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O enfarte e a hemorragia têm em comum a sua manifestação clínica mais frequente: o quadro de hemiplegia aguda. Nos dois casos o início é marcado pela ocorrência brutal ou rapidamente progressiva de uma paralisia do hemicorpo contra lateral à lesão, habitualmente global. Em caso de enfarte a hemiplegia instala-se quer subitamente, quer em poucos minutos ou horas, em outros casos em episódios remitentes nos dias precedentes. Em caso de hemorragia, a ocorrência é com frequência dramática, acompanhada de cefaleias intensas e de vômitos, às vezes perda de consciência breve ou que se prolonga para coma.

É frequente nestes casos alterações neurovegetativas associadas com a perturbação da consciência: modificação do ritmo cardíaco, da tensão arterial, da temperatura corporal, do ritmo respiratório. Conforme a topografia existem outros sintomas associados à hemiplegia: hemianopsia, alteração da sensibilidade do hemicorpo paralisado, perturbação da linguagem, quando a lesão está subjacente ao hemisfério esquerdo, alteração da consciência do espaço e do corpo-Síndrome de Anton-Babinski, quando a sede da lesão é à direita.

O diagnóstico exacto consiste num exame de urgência com Scanner fazendo a distinção entre processo hemorrágico e isquémico, mostrando de maneira nítida a hiperdensidade da hemorragia ou a hipodensidade do enfarte. Ao mesmo tempo que permite assim o diagnóstico etiológico do acidente vascular, o scanner precisa a topografia exacta, se bem que as circunstâncias de urgência por vezes não se adequem.

### **TRATAMENTO E EVOLUÇÃO.**

O tratamento dos acidentes cérebro-vasculares é muito pobre, limitando-se por um lado, a medidas sintomáticas de urgência que visam a manutenção das funções vitais quando estas estão ameaçadas e, por outro a prevenir as recidivas, pelo tratamento adequado dos factores de risco (hipertensão, obesidade, colesterol, diabetes, afecções cardíacas). Graças á reeducação cinesiterápica, pode haver recuperação dos défices nas semanas e meses posteriores mas raramente para além de alguns meses.

### **AFASIAS DE TIPO BROCA OU «ANTERIORES».**

Os indivíduos que sofrem de uma lesão da parte anterior da zona da linguagem (área de Broca) apresentam uma afasia qualificada de não fluente, ou seja caracterizada por redução do débito elocutório (diminuição do número de palavras emitidas por unidade de tempo), inclusivamente uma supressão de toda a expressão oral. Neste último caso a linguagem pode ser substituída por estereotípias, já não podendo o indivíduo emitir senão uma mesma e única palavra ou até única sílaba. Esta redução incide nas terminações de verbos conjugados e nas palavras gramaticais (pronomes, preposições): fala-se então de agramatismo. Quer seja em discurso espontâneo ou por ocasião de uma prova de denominação de objectos e de imagens, o indivíduo patenteia uma falta de palavra, uma espécie de perda da disponibilidade do léxico.

O afásico de Broca apresenta alterações do espectro articulatorio da linguagem (perturbação ártrica ou desintegração fonética). A compreensão da linguagem de outrem neste tipo de afasia é normal ou está bem conservada.

### **AFASIAS DE TIPO WERNICKE OU «POSTERIORES».**

Ao invés esta afasia caracteriza-se por importantes solicitações da compreensão, ao passo que a fluência do discurso é normal ou até exagerada. Esta produção verbal, se bem que igualmente normal do ponto de vista fonético, é marcada por “desvios”, chamados parafasias: o

indivíduo diz uma palavra em lugar de outra (parafasia verbal), às vezes próxima quanto ao sentido (parafasia semântica), junta, suprime ou modifica uma sílaba de uma palavra (parafasia fonética), criando verdadeiros neologismos.

O discurso tem um aspecto global incompreensível (jargão ou jargonafasia) tanto mais que o indivíduo parece não possuir consciência dos seus erros (anosognosia). A lesão incide aqui de maneira mais ou menos completa na zona de Wernicke, isto é na área de Wernicke e no lóbulo parietal inferior. Cada vez mais é aceite que as estruturas sub corticais apresentam um papel importante e igual no controlo das actividades linguísticas e que as suas lesões podem provocar perturbações afásicas.

### **AFASIA DE CONDUÇÃO.**

É considerada uma forma da de Wernicke. Caracteriza-se por transformações fonémicas nas provas de repetição e por uma compreensão bem conservada. É devida a lesões que interrompem o feixe arqueado e suprimem a transferência da informação da área de Wernicke para a área de Broca.

Uma forma particular dá-se quando a lesão atinge o opérculo (parte inferior da circunvolução pós-central. O débito elocutório é muito reduzido, o que às vezes é interpretado como uma alteração da aferência somestésica (afasia motora aferente de Luria).

### **FACTORES DE RISCO DEFINITIVOS E MODIFICÁVEIS.**

**Tensão arterial:** Hipertensão arterial (diastólica e/ou sistólica) é um factor de risco causal para todo o tipo de AVC em todas as idades. Existe uma relação exponencial entre os valores de tensão arterial diastólica "normal" e o AVC. Não existe evidência de um limite de tensão arterial diastólica abaixo do qual o risco de AVC seja constante.

**Tabagismo:** O tabaco é um factor de risco importante para o AVC, particularmente para o ateroma extracraniano. Dois ou três anos após a suspensão do consumo de tabaco o risco de AVC é idêntico ao do não fumador.

**Diabetes Mellitus:** A diabetes Mellitus é um factor de risco para doença vascular em geral. O diabético tem o dobro do risco para AVC quando comparado com o não diabético.

**Doença Cardíaca:** A doença cardíaca potencialmente embolígena é um factor de risco para AVC, em especial a fibrilação auricular e a doença valvular.

**Estenose das artérias pré-cerebrais:** A estenose da origem da artéria carótida interna, bem como de outras artérias pré-cerebrais é factor de risco para AVC.

**Acidentes isquémicos transitórios (AIT):** Um doente com AIT tem cerca de 5 – 10 vezes maior risco de AVC, comparado com um doente da mesma idade sem AIT (pelo menos no 1º ano).

**Álcool:** O consumo de pequena quantidade de álcool não é factor de risco para AVC. É certo que o consumo excessivo é factor de risco para AVC, particularmente hemorragia cerebral.

### **Factores de risco prováveis para Acidente Vascular Cerebral**

**Lípidos:** A maioria dos estudos indica que níveis séricos elevados de colesterol aumentam ligeiramente o risco de AVC isquémico.

**Fibrinogénio e Hematócrito:** Hematócrito e Fibrinogénio elevados aumentam ligeiramente o risco de AVC.

**Obesidade:** A obesidade abdominal, embora associada a outros factores de risco é, só por si, um factor de risco para AVC.

**Hormonas sexuais femininas:** O risco absoluto dos eventos vasculares sérios nas mulheres fazendo contraceção oral (excepto se fumadoras e maiores de 30 anos) é muito pequeno.

Terapêutica hormonal de substituição nas mulheres pós-menopausa não parece aumentar o risco de AVC e podendo até ser protector.

**Sedentarismo:** A falta de exercício físico regular é factor de risco para AVC.

### **JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO NESTA ÁREA;**

#### **BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.**

Actualmente o conceito de reabilitação psicossocial na incapacidade física adquirida, revela-se multidisciplinar, não só pelo reconhecimento da necessidade de interligação entre disciplinas mas também pelas transformações verificadas no campo da saúde durante a segunda metade do século XX.

Contrariamente, na primeira metade do século XX, a reabilitação era encarada pelo modelo tradicional médico como um tratamento monodisciplinar baseado na sintomatologia e na causa. A finalidade última seria tratar a doença e recuperar as capacidades perdidas.

Contudo este modelo revelava-se pouco eficaz em determinadas doenças e em determinados doentes que consequentemente padeciam de distúrbios, tanto ao nível social, familiar, pessoal, exigindo-lhes adaptações complexas e radicais á nova situação.

Os fundamentos da intervenção do Psicólogo da reabilitação psicossocial em incapacidades físicas adquiridas, especificamente no hemiplégico vítima de acidente vascular cerebral, estão implicitamente contidos na realidade social, nas transformações dos contextos politico-legais do nosso país e percebemos-os como portadores de sentido devido às informações que pesquisámos no Secretariado Nacional De Reabilitação em articulação com o Instituto Nacional De Estatística, nos dados da Organização Mundial De Saúde e também em leituras realizadas por nós no âmbito na nossa formação.

Para além do interesse nesta área e das evidências estatísticas que fundamentam a necessária intervenção específica, existem também outros estímulos que nos impelem para a intervenção; o simples facto de poucos profissionais actuarem nesta área, assim como a necessidade de mais investigação e intervenção na referida área.

A intervenção específica em hemiplégicos vítimas de acidente vascular cerebral, faz-nos sentido devido á multiplicidade de consequências que apresentam e também devido ao conhecimento que obtivemos através do trabalho realizado pelo Doutor Rui Aragão Oliveira no Serviço De Medicina Física E Reabilitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra, (foi responsável pelos estágios dos alunos de Psicologia da Universidade de Coimbra) que aliás é o local que escolhemos para implementar este projecto de intervenção, já que esta valência foi extinta.

## **“LEIS DE BASES DE REABILITAÇÃO.**

### **CAPITULO I**

#### **Artigo 3.º**

#### **Conceito de reabilitação**

2- O processo de reabilitação envolve o aconselhamento e a orientação individual e familiar, pressupondo a cooperação dos profissionais aos vários níveis sectoriais e o empenhamento da comunidade.

### **CAPITULO III**

#### **Do processo de reabilitação**

## Artigo 5.º

### **Âmbito**

O processo de reabilitação compreende medidas diversificadas e complementares nos domínios da prevenção, da reabilitação médico-funcional, da educação especial, da reabilitação psicossocial, do apoio sócio-familiar, da acessibilidade, das ajudas técnicas, da cultura, do desporto e da recreação e outros que visem favorecer a autonomia pessoal, nos termos dos artigos seguintes.

## Artigo 6.º

### **Prevenção**

2- A prevenção é constituída por um conjunto de medidas plurisectoriais que visam impedir o aparecimento ou agravamento da deficiência e das suas consequências de natureza física, psicológica e social...

## Artigo 11.º

### **Reabilitação psicossocial**

A reabilitação psicossocial compreende um conjunto de técnicas específicas integradas no processo contínuo de reabilitação, com vista a desenvolver, conservar ou restabelecer o equilíbrio da pessoa com deficiência e das suas relações afectivas e sociais.”

## **DSM IV-TR**

### **CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA PERTURBAÇÃO DE DOR {F45.4}**

#### **307.89 Perturbação De Dor Associada A Factores Psicológicos E A Um Estado Físico**

**Geral:** tanto os factores psicológicos como estado físico geral desempenham um papel importante no início, na gravidade, na exacerbação ou na persistência da dor...

**Aguda:** duração inferior a seis meses

**Crónica:** duração igual ou superior a seis meses.

## **A DECLARAÇÃO DA OMS**

A declaração da OMS sobre conceptualização de doença sofre evoluções dependendo se nos situamos na etiologia, na patologia, na deficiência, na incapacidade ou na invalidez.

Encadeamento de fenómenos (OMS, 1979):

**Doença → Deficiência → Incapacidade → Desvantagem**

Os estudos sugerem algumas alterações, Granger introduz a ideia de reversibilidade dos conceitos:

**Doença ⇔ Deficiência ⇔ Incapacidade ⇔ Desvantagem**

Dodwell (1992) propôs as seguintes particularidades:

**Causa → Patologia → Síndrome → Sintoma → Doença ⇔ Deficiência ⇔ Incapacidade ⇔ Desvantagem**

Este sistema de classificação conhecido como o «**International Classification Of Impairments, Disabilities And Handicaps**» (ICIDH), é de extrema importância para a compreensão das incapacidades, tirando vantagem de uma visão holística.

“**Deficiência:** ... perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica... temporárias ou permanentes... ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro... incluindo a função mental”.

“**Incapacidade:** ... redução ou falta de capacidades para exercer uma actividade de forma ou dentro dos limites considerados normais para o Humano, temporária ou permanente, reversíveis ou não”.

“**Desvantagem:** impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe limita ou lhe impede o desempenho, de uma actividade considerada normal para ele, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores sócio-culturais”.

Se verificarmos a ICIDH constatamos que há a introdução de dois planos de repercussões do Bem-Estar Geral do sujeito: um plano objectivo, tradicional, e agora um outro subjectivo, onde a sensação, a percepção e a satisfação assumem uma posição equivalente às tradicionais perspectivas que classificam separadamente o órgão (deficiência), a pessoa (incapacidade) e as consequências sociais (desvantagem).

Á posteriori realça-se pela positiva a caracterização das repercussões a nível pessoal e social, perspectivando humanisticamente a doença. Ou seja a incapacidade passam a ser as

actividades em que a pessoa tem dificuldade e em que tipo e grau necessita de ajuda e a desvantagem passa a ser o grau de participação nos papéis usuais.

As abordagens psicológicas diferem no modo de delimitar a deficiência física, mais pela dimensão interna ou pela dimensão externa, mas todas elas estão de acordo em relação á rejeição da ideia de que o sofrimento mental é proporcional ao grau de deficiência e ou incapacidade.

Históricamente verificamos a existência do modelo dos estádios de Shonts, o modelo comportamental e o da resolução sistemática de problemas, vocacionados para a população com deficiências físicas adquiridas.

### **Modelo da Resolução Sistemática de Problemas**

Nesta perspectiva mais eclética, as actividades propostas são sempre orientadas para a resolução do problema e centradas no paciente. Surge a necessidade de métodos e técnicas de resolução sistemática dos problemas que não apresentam solução padrão.

O processo de reabilitação passa a ser um caminho á descoberta da melhor escolha para cada uma das fases de desenvolvimento e que usualmente são esquematizadas em três:

1. Análise do problema e orientação: deve comportar a Anamnese, exames adequados, a primeira conclusão diagnóstica e prognóstica, avaliação das possibilidades funcionais, formulação de objectivos primários e específicos, entre outros aspectos;
2. Síntese da formulação: diz respeito á definição do nível das capacidades funcionais, da avaliação do objectivo final estabelecido, estabelecimento de um plano de reabilitação e por fim coordenação da equipa envolvida;
3. Solução de um problema: comporta a coordenação e harmonização, realização de um plano de acção, vigilância (com controlo, ajustamentos e discussão) e alcance do resultado final/cumprimento do objectivo proposto ou resolução do problema.

Os princípios das abordagens têm acompanhado a evolução da ciência psicológica, psicologia da saúde e clínica, os aspectos de natureza relacional, tendo em conta o sofrimento mental, as funções terapêuticas das inter relações que ultrapassam a mera descrição sintomatológica procurando uma visão compreensiva dos fenómenos em causa.

Segundo os dados da OMS, o AVC é a terceira causa de morte, depois do ataque cardíaco e do cancro. Em todo mundo cerca de 6 pessoas em cada 1000 vivem com consequências de um AVC, o que representa mais de 1.5 milhões de indivíduos (Spencer, 1997). A incidência aumenta com a idade 200 pessoas por 100.000 com 45 anos de idade e mais de 8.000 em 100.00 com a idade de 75 anos (Spencer, 1997).

Para além dos sintomas já referenciados ao nível mais físico, constatam-se também sequelas emocionais e reacções psicológicas á doença:

- Sintomas depressivos em 30% dos casos;
- Elevados níveis de ansiedade em 30% dos casos (relação significativa com relações sociais e percepção do suporte social);
- Extrema dependência de outras pessoas;
- Rigidez do pensamento;
- Impaciência, irritabilidade, impulsividade, comportamentos agressivos;
- Alterações do relacionamento sexual;
- Repercussões ao nível familiar e da integração social.

### **INCLUSÃO DA PSICOLOGIA NAS TEORIA DA DOR.**

Constatações referentes a indivíduos que com o mesmo grau de lesão diferiam dos seus relatos da sensação dolorosa e ou respostas dolorosas. Beecher (1956) em estudos com soldados e civis nos hospitais, 2ª Grande Guerra Mundial, sugeriu que o significado da dor tem um papel na experiência da dor, mediando-a.

Dor do membro fantasma, 5 a 10 % dos amputados têm tendência a sentir dor no membro ausente.

### **TEORIA DO GATE CONTROL.**

Em 1965 foi construída uma hipótese sobre a organização neurofisiológica da dor. As células medulares que transmitem ao cérebro mensagens nociceptivas comportam-se como uma portas funcional, aberta para a actividade das fibras de pequeno diâmetro (A ómega e C) e fechada para as de grande calibre (mielinizadas) não nociceptivas (A beta). O balanço de actividade entre as fibras nociceptivas e não nociceptivas a nível das aferências medulares serviria de sistema modulador da intensidade da dor. Paralelamente a esta modulação local há igualmente uma modulação descendente a partir de pontos supra-espinais. Esta teoria do gate-control foi muito valiosa como modelo de estudo da dor e desenvolvimento de modelos terapêuticos. A principal abordagem terapêutica da dor é farmacológica e nos anos 70 foi desenvolvida a noção de controlo endógeno da dor. Foi descoberta a presença no sistema nervoso central de receptores opiáceos endógenos. Demonstrou-se que alguns destes receptores situados na terminação das fibras aferentes nociceptivas e que ao nível das substâncias opiáceas quer

sejam exógenas (morfinicas) ou endógenas (encefalinas) vão pela sua acção, modular a transmissão da informação nociceptiva.

Quantos aos aspectos cognitivos e afectivos da dor há ainda pouco conhecimento.

A Assimbolia á dor, fenómeno raro em após as lesões do cérebro, os doentes podem deixar de sentir dores somáticas, foi atribuída a lesões da ínsula posterior, tendo um papel na atribuição de um vivido doloroso a um estímulo nociceptivo.

Assim a dor é frequentemente associada a uma desconexão entre fibras aferentes sensoriais do cérebro e o sistema límbico, encarregado da componente afectiva da dor.

As diferenças desta teoria com os modelos anteriores prende-se com:

- ✓ **Percepção da dor:** dor como percepção e experiência reflectindo o papel do indivíduo no grau de dor experimentado, havendo interpretação activa do estímulo doloroso.
- ✓ **O indivíduo como passivo e não passivo:** O indivíduo interpreta e avalia activamente o estímulo doloroso.
- ✓ **O papel da variabilidade individual:** Variações na percepção da dor são compreendidas em termos de grau de abertura ou fecho.
- ✓ **Um papel para as causas múltiplas:** Estão envolvidos muitos factores na percepção da dor e não apenas uma única causa física.
- ✓ **A dor é orgânica?** A teoria do portão de controlo da dor descreve a maioria das dores como combinação de aspectos físicos e psicológicos.
- ✓ **Monismo:** Esta teoria tenta afastar-se dos modelos que separam corpo e mente e sugere interacção entre mente e corpo.

## **O PAPEL DOS FACTORES PSICOSSOCIAIS NA PERCEPÇÃO DA DOR.**

Esta teoria foi um desenvolvimento de teorias anteriores reflectindo assim um modelo dos três processos da dor. Os componentes deste modelo são os processos fisiológicos, subjectivos-afectivos-cognitivos e comportamentais.

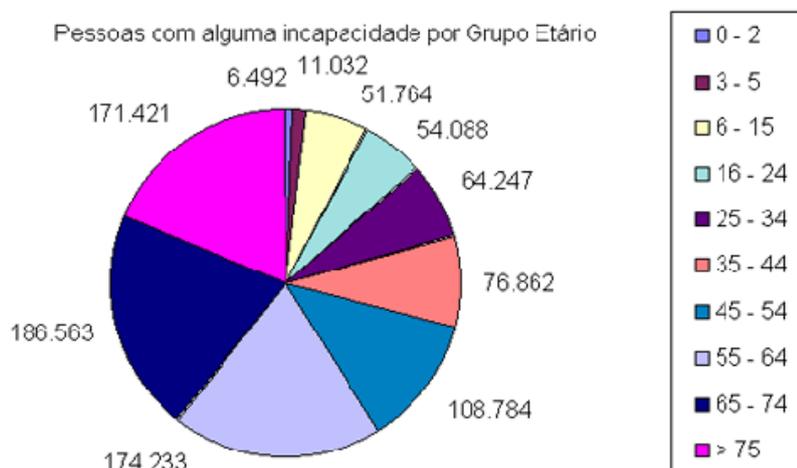
## **FUNDAMENTAÇÃO DA NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO**

O estudo do SNR e INE foi desenvolvido durante Setembro de 1993 e Junho de 1995 através da definição de todos os procedimentos implícitos na metodologia de investigação para um estudo desta natureza, assim como da definição de uma amostra estatisticamente significativa ao nível dos distritos e conselhos com mais de cem mil habitantes. Foram recolhidos dados de 47.020 famílias num universo que abrangeu 142.112 indivíduos. Foi verificada uma taxa nacional de 9,16% relativa a pessoas com deficiência, valor próximo do que foi apurado através de estudos realizados em outros países da União Europeia. A faixa etária entre os 45 e os 54 anos de idade constitui o período crítico, dado o crescimento acentuado da taxa de incapacidade.

Distribuição das pessoas com alguma Incapacidade / Deficiência por alguns Distritos e Regiões Autónomas.

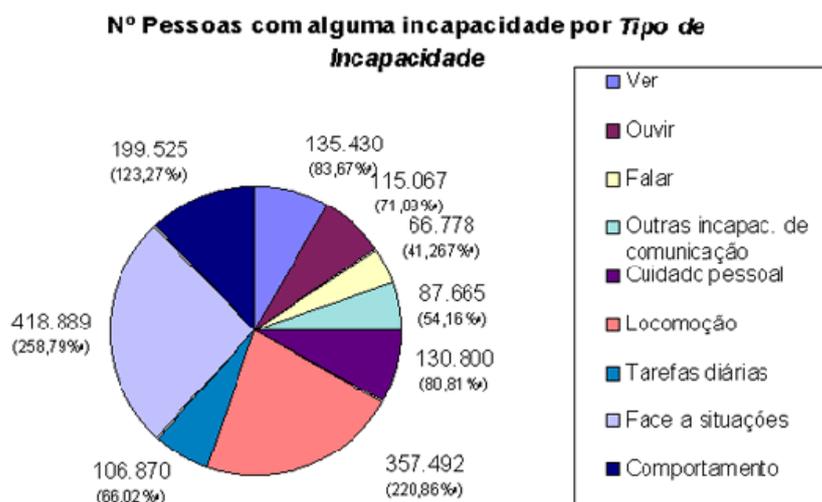
Distritos e Regiões Autónomas	População		%	
	Total	Com alguma incapacidade	Por Distrito ou Região Autónoma	Em relação ao total nacional
Coimbra	425.290	33.923	7,98%	0,34%
<u>Leiria</u>	<u>427.730</u>	<u>57.785</u>	<u>13,51%</u>	<u>0,58%</u>
<u>Lisboa</u>	<u>2.048.040</u>	<u>137.071</u>	<u>6,69%</u>	<u>1,39%</u>
<u>Porto</u>	<u>1.663.530</u>	<u>193.806</u>	<u>11,65%</u>	<u>1,96%</u>
Viana do Castelo	249.260	52.086	20,90%	0,53%
<b>TOTAL</b>	9.887.561	905.488	100%	

Pessoas com alguma Incapacidade, por mil pessoas de cada Grupo Etário



A faixa etária entre os 45 e os 54 anos parece constituir um período crítico, dado o aumento acentuado da taxa de incapacidade,

### Pessoas com alguma Incapacidade por mil pessoas, por Tipo de Incapacidade

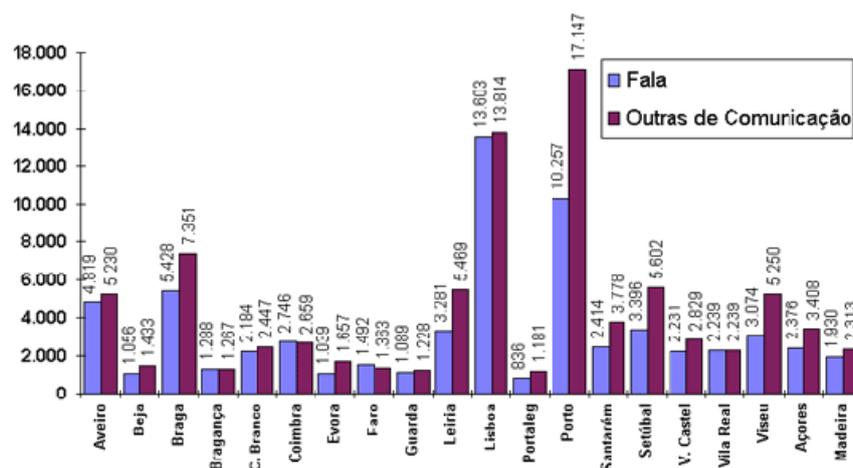
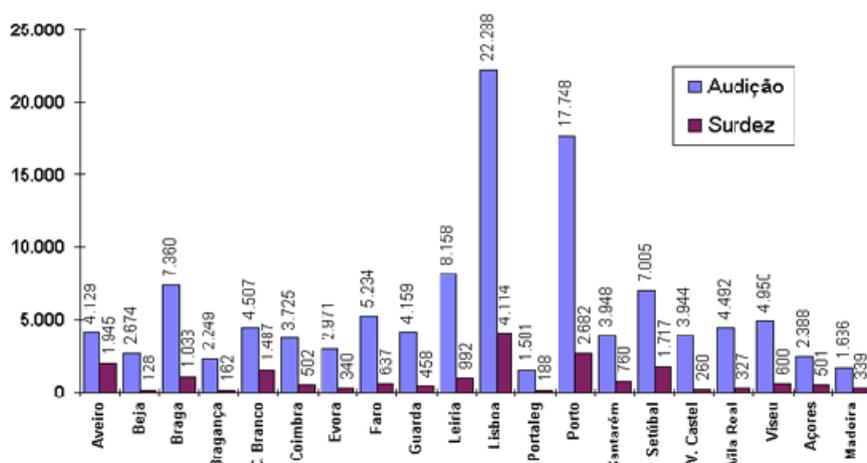
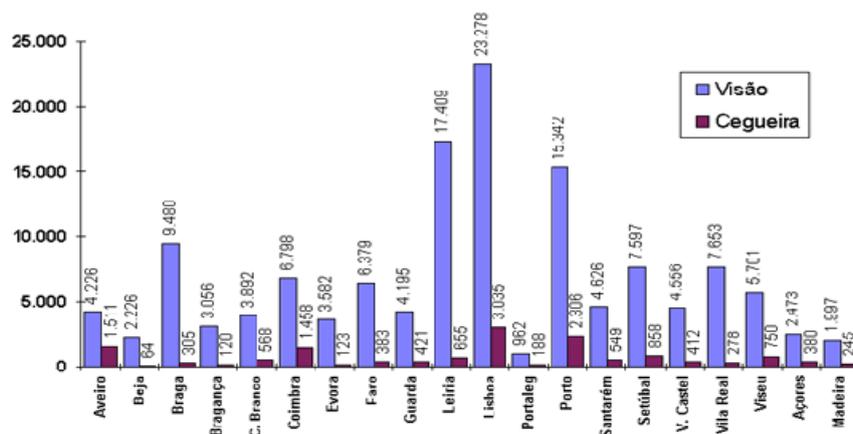


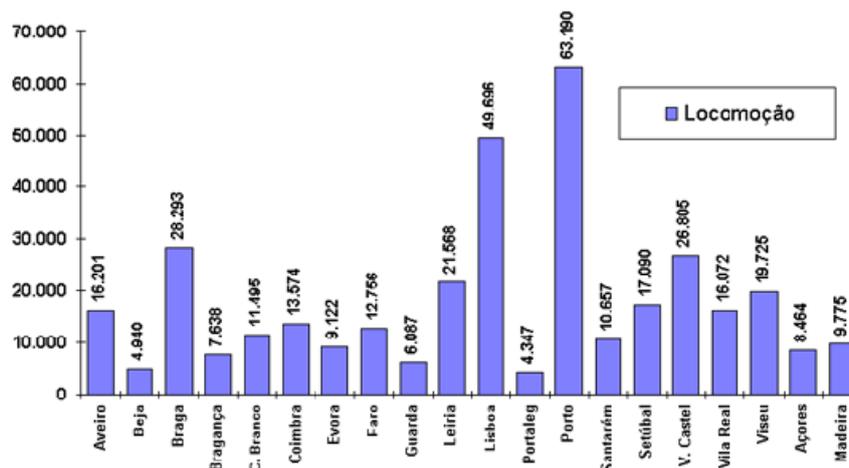
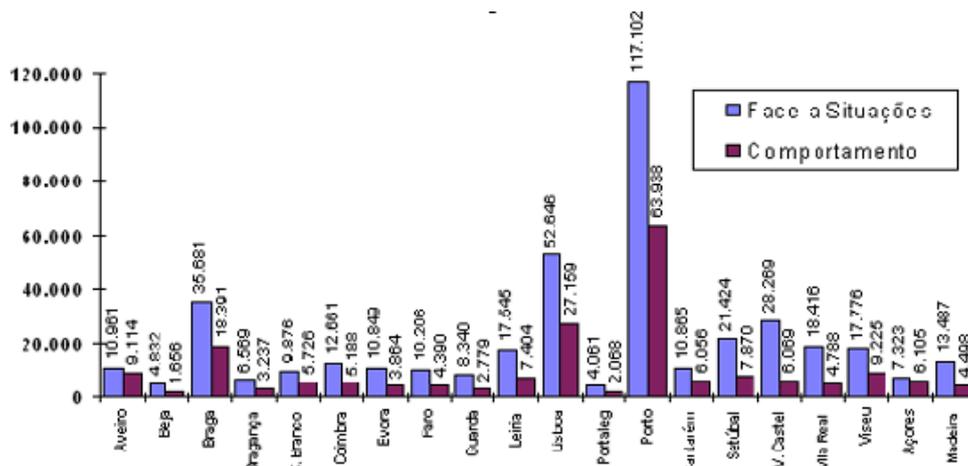
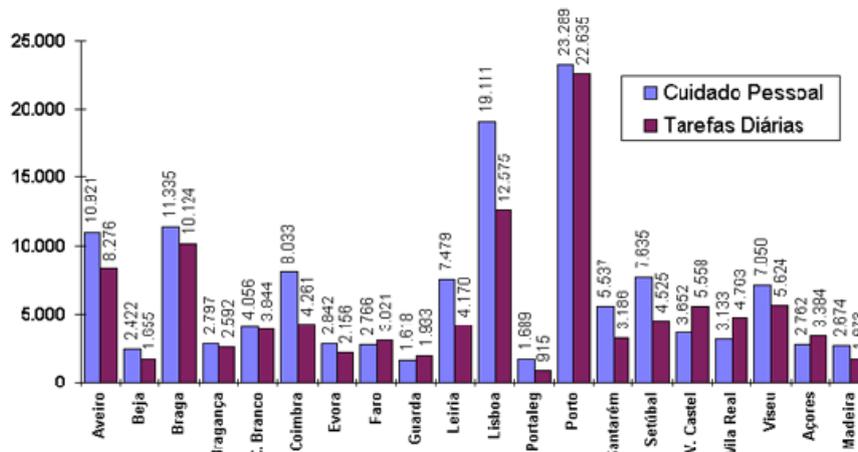
Taxa relativa à incapacidade face a situações, como a mais elevada e a incapacidade para falar, que se apresenta com a taxa mais baixa.

### Pessoas com diferentes Incapacidades, por Distritos e Regiões Autónomas

	Visão	Cegueira	Audição	Surdez	Fala	Outras de Comum.	Cuidado Pessoal	Locomoção	Tarefas diárias	Face a Situações	Comportamento
Coimbra	6798	1458	3725	502	2746	2659	8033	13574	4261	12661	5188
Leiria	17409	655	8158	992	3281	5469	7479	21568	4170	17545	7404
Lisboa	23278	3035	22288	4114	13603	13814	19111	49696	12575	52646	27159
Porto	15342	2306	17748	2682	10257	17147	23289	63190	22635	117102	63938
Açores	2473	380	2388	501	2376	3408	2762	8464	3384	7323	6105
Madeira	1997	245	1636	339	1930	2313	2674	9775	1673	13487	4498
<b>TOTAL</b>											

## Pessoas com diferentes Incapacidades, por Distritos e Regiões Autónomas

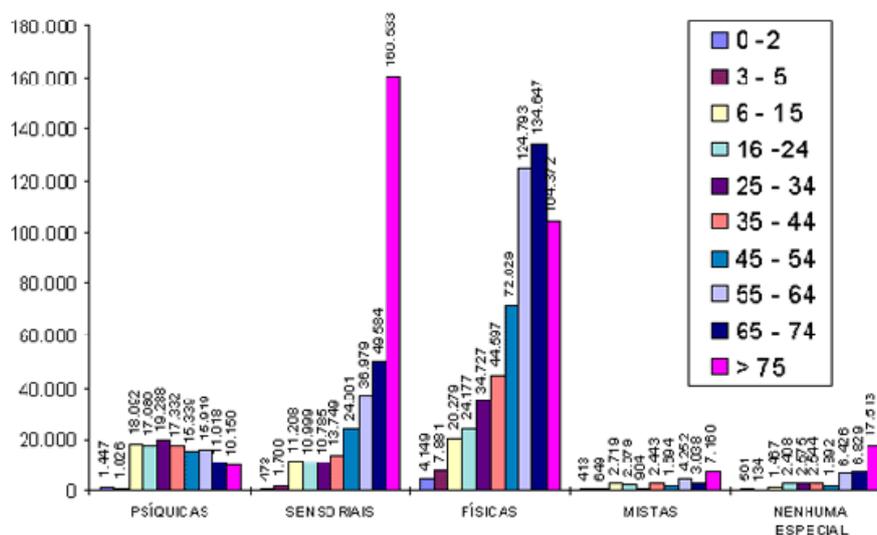




A redução ou a incapacidade grave de realização de actividades relacionadas com a deslocação, quer do indivíduo quer de objectos, constitui um dos tipos de incapacidade mais relevante. As 357.492 pessoas com esta incapacidade representam uma taxa de 220 pessoas em cada mil.

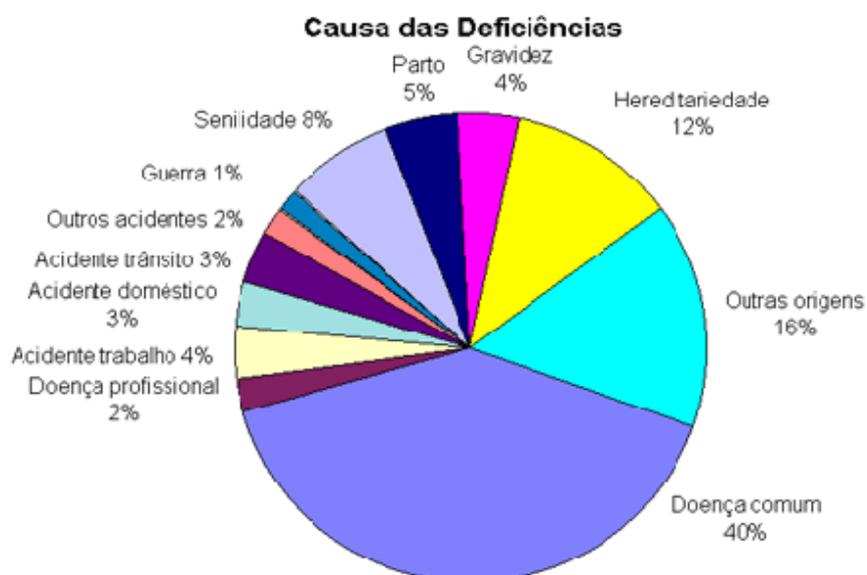
Distribuição das Deficiências, por Tipo e Grupo Etário, a que os inquiridos atribuíram as suas Incapacidades

GRUPO ETÁRIO	DEFICIÊNCIAS				
	PSÍQUICAS	SENSORIAIS	FÍSICAS	MISTAS	NENHUMA ESPECIAL
0 - 2	1 447	473	4 149	413	501
3 - 5	1 026	1 700	7 881	649	134
6 - 15	18 092	11 208	20 279	2 719	1 467
16 -24	17 680	10 999	24 177	2 079	2 408
25 - 34	19 288	10 785	34 727	904	2 575
35 - 44	17 332	13 749	44 597	2 443	2 544
45 - 54	15 339	24 001	72 029	1 694	1 892
55 - 64	15 919	36 979	124 793	4 252	6 426
65 - 74	11 018	49 584	134 647	3 038	6 829
> 75	10 150	160 533	104 372	7 160	17 513
<b>TOTAL</b>	<b>127 289</b>	<b>219 311</b>	<b>571 652</b>	<b>25 352</b>	<b>42 289</b>



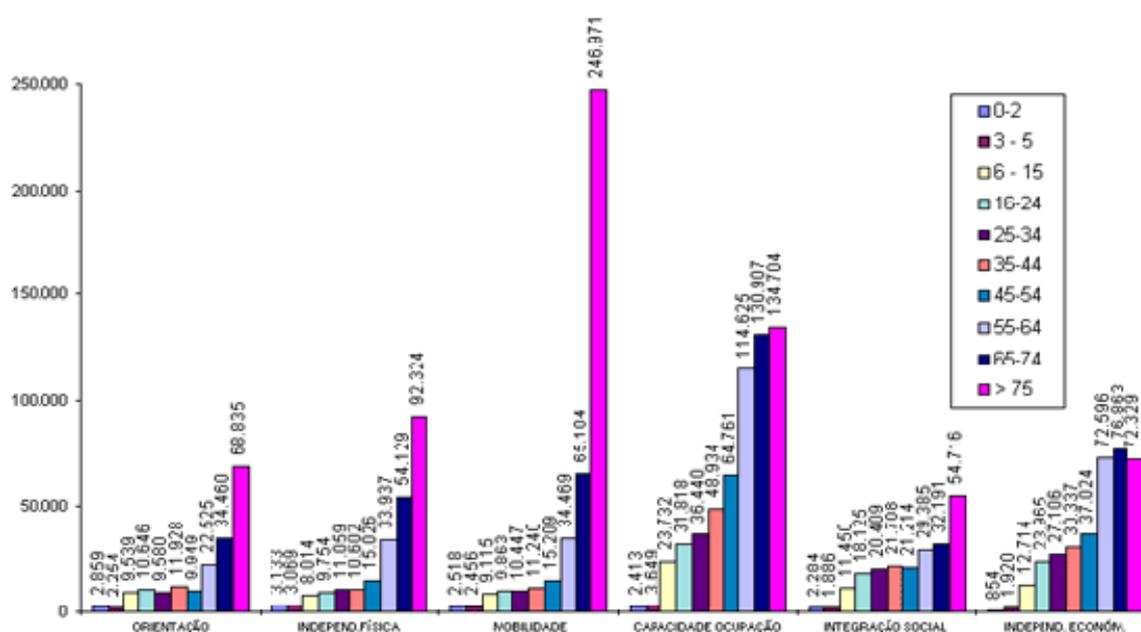
### *Deficiências físicas*

As deficiências físicas incluem deficiências ao nível dos órgãos internos (deficiência mecânica e motora dos órgãos internos, designadamente, deficiência da função cardiovascular e respiratória, deficiência da função gastrointestinal, deficiência da função urinária, deficiência da função reprodutora, ou outra deficiência dos órgãos internos). São, ainda, incluídas no grupo das deficiências físicas as deficiências músculo-esqueléticas e estéticas da região da cabeça e do tronco.

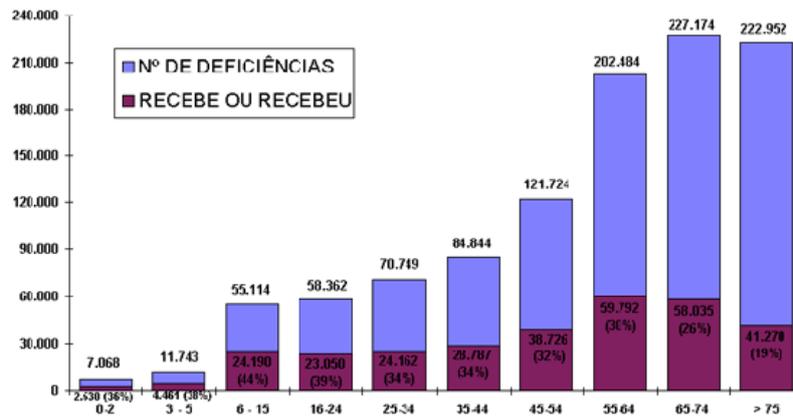


### Distribuição das Desvantagens por Grupos Etários

Grupo Etário	Desvantagens					
	Orientação	Independ. Física	Mobilidade	Capacidade ocupação	Integração social	Independ. Económ.
0-2	2 859	3 133	2 518	2 413	2 284	854
3-5	2 254	3 069	2 456	3 649	1 886	1 920
6-15	9 539	8 014	9 115	23 732	11 450	12 714
16-24	10 646	9 754	9 863	31 818	18 125	23 965
25-34	9 580	11 059	10 447	36 440	20 409	27 106
35-44	11 928	10 602	11 240	48 934	21 708	30 337
45-54	9 949	15 026	15 209	64 761	21 214	37 024
55-64	22 525	33 937	34 469	114 625	29 385	72 596
65-74	34 460	54 129	65 184	130 907	32 191	76 863
≥75	68 835	92 324	246 971	134 704	54 716	72 329
<b>TOTAL</b>	<b>182 575</b>	<b>241 047</b>	<b>263 021</b>	<b>591 983</b>	<b>212 368</b>	<b>355 707</b>



## Deficiências que beneficiaram ou beneficiam de qualquer modalidade de Reabilitação, por Grupo Etário



### *Deficiências físicas*

É relativamente às pessoas com deficiências físicas que a reabilitação médico-funcional se torna mais evidente, em todos os grupos etários, relativamente às deficiências consideradas neste estudo.

Com efeito, o valor mais baixo que este tipo de reabilitação assume é de 73,34% no grupo dos 16 aos 24 anos que, em todas as categorias de deficiência, sempre tem sido o grupo que mobiliza de maneira mais equilibrada todos os tipos de reabilitação considerados.

## **PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO E PRECEDENTE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.**

### **LOCAL**

Hospitais da Universidade de Coimbra, Serviço de Medicina Física e Reabilitação Psicossocial. (o nome original do serviço é apenas Serviço de Medicina Física e Reabilitação).

### **POPULAÇÃO ALVO**

Todos os indivíduos que recorram ao serviço e que necessitem de intervenção específica na reabilitação da hemiplegia.

De notar que o projecto é concebido tendo por base estudos referentes á hemiplegia consequente de acidente vascular cerebral, contudo a intervenção é passível de ser alargada á hemiplegia na generalidade.

## **OBJECTIVOS DO PROGRAMA DE INTERVENÇÃO**

Conseguir que o paciente e sua família ou outros significativos se preparem para uma total participação no processo de reabilitação.

Avaliação da personalidade, nível de frustração, mecanismos de coping.

Incorporação de resultados no plano de intervenção, tratamento.

Aconselhamento.

Desenvolvimento de aptidões de resolução de problemas decorrentes da doença.

Avaliação das funções cognitivas.

Intervenção psicoterapêutica individual ou de grupo ou ambas.

## **RECURSOS HUMANOS**

Equipa multidisciplinar composta por Fisiatra, Fisioterapeuta, Neurologista, Neuropsicólogo, Psicólogo da Reabilitação Psicossocial, Enfermeiro da Reabilitação, Terapeuta da Fala, Assistente Social e Terapeuta Ocupacional.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Psicoterapia de grupo (Rui Paixão): das intervenções terapêuticas mais clássicas como a psicoterapia face a face, dinâmica, comportamental, cognitivista ou mesmo sistémica até ao paradigmas mais ecológicos e comunitários surgem alternativas para a prática da reabilitação e da reinserção social e profissional de múltipla populações centradas em intervenções mais amplas. A psicoterapia de grupo e a conceptualização da importância e da funcionalidade dos sistemas de suporte social têm crescido já que muitas das estratégias de intervenção têm-se revelado eficazes.

## Importância Do Trabalho Com Grupos

1. **Primeiro aspecto seria relativo ao isolamento social:** Grupo reabilita o sujeito reenquadrando-o na relação social.
2. **Problemática emocional e tipologia das defesas usadas:** Depressão, angústia e confusão que tem que ser elaborada. A elaboração segue um caminho semelhante ao luto. Em relação às defesas o sentimento depressivo e angustiado manifesta-se por uma reacção de negação ou minimização da seriedade ou sobrevalorização da deficiência ou incapacidade. A expressão destas emoções e fantasmas é muitas vezes para que possa ultrapassar as negações.
3. **A questão das informações:** por vezes o desconforto emocional é ocasionado por mal-entendidos emergentes na relação médico-doente. A compreensão e a clarificação dos mal entendidos pode reduzir a ansiedade, proporcionando segurança e controlo. O grupo abre-se como espaço natural de comunicações e de troca de informações, dimensão pedagógica, facilitada pelos processos de identificação da própria linguagem.
4. **Apoio emocional:** relativamente ao sujeito lidar com situações stressantes, desenvolvendo competências de resolução de problemas. Duas das áreas mais sensíveis são a sexualidade e a morte.
5. **Aprendizagens específicas relacionadas com a doença:** desenvolvimento de competências relacionadas com a doença estimula a capacidade de adaptação e aumento de auto estima.
6. **A possibilidade de ensaiar** resultados alternativos sem grandes custos, o grupo permite o ensaio mental, a antecipação de uma determinada solução, a discussão com pessoas significativas sobre essas soluções sem que o paciente se sinta directamente ameaçado pela mudança.
7. **Encontrar um fim geral** ou padrão significativo na evolução dos acontecimentos: a deficiência física é uma crise que pode destruir a crença de que mundo é um lugar previsível e compreensivo. Quando se experimenta uma crise, pode haver necessidade psicológica compulsiva de acreditar que o mundo não tem sentido. No grupo os sentidos são novamente encontrados.

A aplicação foi feita com grupos semiestruturados, sendo que as sessões foram gravadas em vídeo para serem supervisionadas. O papel do psicólogo foi mais como facilitador do que como líder visando a diminuição de medos básicos e ansiedades, de forma a controlar movimentos regressivos e defesas rígidas.

A primeira exigência é temporal: implica um esforço contínuo com duração mínima que permita a vivência interna de diferentes emoções, através de um múltiplo jogo de fenómenos projectivos e introjectivos

São de pequena dimensão, entre 5 a 9 elementos com autonomia para escolherem os seus próprios objectivos e temas a discutir.

É conveniente que o nível etário seja tomado como critério de organização e selecção pois os aspectos relativos á identificação podem assim ser facilitados.

Numa primeira fase o grupo tem como tarefa criar um clima de segurança psicológica e liberdade de expressão. É com base nesta liberdade de expressão dos sentimentos reais, positivos e negativos, das fantasias e dos mal-estares que se pode gerar um clima de confiança mútua.

O estabelecimento do clima de confiança é concomitante de um trabalho de redução da rigidez defensiva. Facilitar a expressão das emoções é uma estratégia para desenvolver a capacidade de suporte, bem como de aprendizagens uns em relação aos outros, no modo de lidar com a patologia e no modo como enfrentar novas situações. Os movimentos múltiplos de feedback de uns em relação aos outros, em termos de emoções, dificuldades, acaba por dar uma nova previsibilidade á vida e constitui-se num sentimento interno de controlo.

Por vezes os elementos evitam a entrada na relação grupal. Nesta primeira fase tende-se a centrar em aspectos formais de apresentação e discussões de natureza irrelevante.

O psicoterapeuta deve-se assumir como facilitador da relação, aumentando a responsabilidade dos intervenientes, auxiliando-os a ouvirem-se uns aos outros.

Tónica no tempo presente, abordando temáticas ligadas ao isolamento social, capacidades vinculativas e sentimentos depressivos (luto).

Mais do que suprimir sintomas o grupo tem como função facilitar a adaptação dos indivíduos: primeiro próprio grupo e conseqüentemente na sociedade. Pretende-se que o indivíduo consiga ficar triste com o que se lhe sucedeu, o que é difícil., com o que perdeu, não se aprisionando ao passado idealizado.

Num segundo tempo há estabelecimento de comunicações cruzadas sobre aspectos factuais. Surgem as primeiras descrições de sentimentos passados. Ocorrem muitas vezes resistências, mudanças súbitas de assunto, gracejo ou ausência completa de resposta. Nesta fase o psicoterapeuta deve centrar a atenção do grupo na manifestação destas expressões, exemplo, o Sr. Lucas estava a dizer qualquer coisa que me parece bastante importante...o que é que sente em relação a isto?

O aspecto importante desta fase deve ser visto como a expressão de sentimentos e fantasias, desenvolvimento de atitudes e de competências específicas para lidar com as situações.

O grupo evolui no sentido de perguntas do tipo surgirem “ o que fazer nestas situações? “

Aqui as questões são um forte elemento de coesão do grupo, há identidade e esforço colectivo para a descoberta de alternativas ainda não pensadas. Alguns elementos evidenciam capacidade terapêutica e empática, que os leva a incluírem manifestamente no discurso conteúdos latentes.

O grupo começa a desenvolver comportamentos de ajuda que se expandem para fora das sessões, alargamento das relações (organização de almoços).

O grupo neste contexto adquire a dimensão de rede social de suporte ultrapassando os limites espaciais (hospital) e temporais (sessões).

## **O Suporte Social**

Mary Ann P. Stephens e col., (1987), pioneiramente avaliaram 48 hemiplégicos em relação á frequência de interacções entendidas como positivas ou negativas, assim como o grau de dependência, capacidades cognitivas.

Os resultados indicaram que as interacções sociais podem ter duplo efeito, impedir ou facilitar a reabilitação.

Richard Schulz e col.(1990) efectuaram uma avaliação sobre as alterações das relações sociais numa população de 150 casais, onde um dos elementos sofrera uma AVC. As entrevistas realizaram-se em três tempos após 7 semanas, 6 meses e 1 ano depois da lesão. Os conjugues manifestaram aspectos mais positivos nas duas últimas avaliações comparativamente á primeira. Assim como fonte primária de suporte social, assinalaram uma menor disposição para discutir problemas com o doente e desacordos frequentes por volta 6º mês pós AVC. Enquanto que os contactos familiares aumentam, as relações com amigos e instituições ou grupos sociais diminuem.

Thomas A. Galss (1993) avaliou o impacto do suporte social, num estudo longitudinal com 46 hemiplégicos ao 1º, 3º e 6º mês pós AVC, no que respeita não só ao status funcional mas igualmente á percepção do suporte social. Assim para Glass os elevados níveis de percepção do suporte social nos doentes hemiplégicos encontram-se associados a uma rápida recuperação funcional e estabilização do limiar de potencial de recuperação.

## **Aconselhamento de Grupos com Pacientes em Cuidados Médicos**

**Grupos preparatórios**, auxiliam na antecipação de um acontecimento, como por exemplo cirurgias mais ou menos complexas. Usualmente realçam a informação e a exploração de técnicas de resolução de problemas específicos. Incluem a partilha e a discussão de sentimentos e ou experiências pessoais, de forma a aceder via real os construtos fantasmáticos dos sujeitos.

**Com os grupos de apoio** procura-se auxiliar os doentes a enfrentarem as suas incapacidade e desvantagens nos múltiplos aspectos. As capacidades de tolerar as percas consequentes, sejam físicas, funcionais ou outras e o restabelecimento das relações de suporte, são objectivos a alcançar. Estes grupos são menos estruturados e duração mais longa.

As abordagens grupais essencialmente através do relato dos participantes introduzem a ideia da expansão do papel do doente: o sentir que também pode ser útil auxiliar os outros. Talvez mais significativo ainda seja a satisfação adquirida com esta nova percepção de uma parte de si, muitas vezes subvalorizada.

Técnicas verbais e não verbais como as dramatizações, a expressão corporal, a terapia pela arte podem ser igualmente incluídas nesta abordagem. A elas está subjacente a ideia de permitir aos doentes a reaproximação ao seu corpo, aos seus sentidos, às suas funções vitais e mesmo á sua identidade pessoal através da criatividade e mobilização da imagem corporal.

No campo do aconselhamento das incapacidades físicas adquiridas, independentemente da abordagem utilizada, da cultura organizacional inerente ao serviço, existem tarefas genéricas que devem orientar a acção:

- O sujeito fazer uso eficiente do suporte médico e social.
- Ajustar-se dentro do possível ao declínio da força física e estado geral de saúde.
- Manutenção da qualidade de vida satisfatória.
- Saber lidar com possíveis alterações financeiras, nomeadamente com situações de reforma precipitada pela doença crónica.
- Cultivar uma maior independência.
- Saber assumir novas responsabilidades.
- Procurar a manutenção das relações
- Lidar com percas significativas.

## **Estratégias de intervenção a implementar com hemiplégicos vítima de AVC**

- Disponibilizar informações com linguagem acessível, não só ao paciente mas também á família.

Livro de referência «*Family Guide To Stroke: Treatment, Recovery And Prevention*», da American Heart Association (1994), Times Books, USA.

Orientações como receber o doente em casa, modificações arquitectónicas, alternativas comunicacionais, aspectos relacionais e emocionais e cuidados gerais.

- Organizar «Escola para doentes com AVC», onde se procura dar informações e organizar grupos de doentes e familiares com sessões planeadas.
- Avaliação neuropsicológica dos aspectos psicológicos, familiares e sociais e posterior organização de trabalho em sessões diferenciadas: informação, relaxamento, técnicas de redução de medos genéricos, grupos de suporte.
- Delinear objectivos claros a alcançar, tanto aos doentes como às famílias assentes nos seguintes pressupostos:

### **1) Acções De Reabilitação Psicossocial A Hemiplégicos Vítimas De AVC**

**Objectivos:** pretende-se preparar o período de reabilitação médica, promover uma boa adaptação, reduzir as incapacidades e desvantagens, criar expectativas e esperanças realistas e finalmente prevenir estados depressivos e ansiógenos e tornar funcional o sistema familiar.

Dotar os indivíduos de novas capacidades e novos recursos que permitam resolver o desequilíbrio psíquico que o momento de crise suscita, de forma a conseguirem conviver com as sequelas físicas irreversíveis.

**Número de sessões:** 4 com intervalos crescentes entre elas: 1<sup>a</sup>; após 1 semana-a 2<sup>a</sup> ;após 2 semanas-a 3<sup>a</sup>; após 3 a 4 semanas-a 4<sup>a</sup>.

**Crítérios de exclusão:** afasia ou qualquer outro dano neuropsicológico que impossibilite a comunicação.

**1<sup>a</sup> sessão-objectivos:** estabelecer relação de confiança; diagnóstico; informação; tomar consciência de défices e emoções

**Tópicos da entrevista clínica:** história clínica; como ficou fisicamente, funcionalmente e neuropsicológicamente; como se sente; breve explicação das acções, contacto com familiares.

**2ª sessão-objectivos:** elaboração da tristeza, negação e idealização; foco no passado/percas; percepção do self.

**Tópicos da entrevista clínica:** dúvidas eventuais; o que fazia (profissionalmente, socialmente, vida pessoal); história pessoal de sucessos e insucessos; exploração das relações familiares mais significativas; doença de 3º (procura-se o pensar-se pelo outro-evolução, estado inicial/actual); contextualização de aspectos emocionais e relacionais; visão do passado.

**Módulos escritos:** cuidados pessoais e higiene; tarefas domésticas com registo.

**3ª sessão-objectivos:** aspectos relacionais; agressividade; alteração de regras.

**Tópicos da entrevista clínica:** diferença de padrões de comunicação na equipa médica, social e profissional e familiares; relação conjugal; vida sexual e sexualidade; imagem corporal.

**Módulos escritos:** memória e treino de memória; tarefas sociais.

**4ª sessão-objectivos:** exploração de re-investimentos, receios futuros; expectativas.

Tópicos da entrevista clínica: avaliação de tarefas; expectativas de reabilitação; dicotomia certezas/incertezas; novos receios-morte e reincidências; avaliação da evolução dos últimos 2 meses.

Módulos escritos: como diminuir o risco de um AVC; recomendações para a promoção e prevenção da saúde.

## **2) Acções De Reabilitação Psicossocial A Familiares De Hemiplégicos Vítimas De AVC.**

Basicamente consta de uma série de sessões propostas aos familiares, no período de tratamento de reabilitação dos sujeitos.

Após um primeiro contacto, onde consta a apresentação, contextualização e objectivos a alcançar com o programa, são estabelecidas cerca de 6 entrevistas centradas nas seguintes temáticas: o doente e a doença; implicações da vida diária; centrado no passado (percas); questões de natureza emocional; na vida social; e finalmente na avaliação e receios expectativas para o futuro.

## **CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO PARA DOENTES COM ACIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITÓRIOS (AIT):**

### **Recomenda-se o internamento hospitalar.**

1. Acidentes Isquémicos Transitórios Múltiplos – mais de 2 AIT's em 72 horas.
2. Doentes com Acidente Isquémico Transitório em que seja colocada indicação para anticoagulação endovenosa.

### **Notas:**

- a. A aplicação destes critérios pressupõe capacidade para a realização da TAC cerebral e ECG urgentes e acesso rápido a uma consulta de doenças cérebro-vasculares onde seja completada a investigação, nomeadamente com eco-doppler dos vasos do pescoço.
- b. Na ausência de neurologista o doente com suspeita de AIT deve ser referenciado rapidamente para um centro com acesso imediato a neurologista.
- c. Todos os doentes devem ser medicados de imediato com antiagregantes plaquetares, salvo aqueles com indicação para anticoagulação.

## **2 - CRITÉRIOS DE INTERNAMENTO PARA DOENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) AGUDO.**

Devem ser admitidos para internamento hospitalar todos os doentes com Acidente Vascular Cerebral agudo (até 72 horas após o início dos sintomas).

**Nota:** Doentes com Acidente Vascular Cerebral minor agudo, com mais de 6 horas de evolução, e estáveis do ponto de vista médico geral e neurológico poderão ser tratados na comunidade/ domicílio após avaliação no Serviço de Urgência e realização da TAC cerebral se:

- A. Família (ou outros) com capacidade para prestar cuidados.
- B. Acesso rápido a Consulta Externa de doenças Cérebro-vasculares.

A actuação para este tipo de vítimas deve ser organizada e sistemática, resolvendo de imediato as situações de risco para a vítima, ou seja:

### a) Vítima consciente

A vítima de AVC que se encontra consciente vai apresentar-se na maior parte dos casos ansiosa, tentando movimentar-se ou falar, o que contribui para o agravamento da sua situação. Assim devem-se adoptar os seguintes procedimentos:

- Acalmar a vítima;
- Manter um ambiente calmo em redor da vítima, afastar, se necessário, outros elementos presentes;
- Caso exista alteração na fala, não forçar a comunicação verbal, evitar interrogatórios prolongados;
- Procurar saber:
  - ✓ **C** – Como a situação se instalou e à quanto tempo;
  - ✓ **H** – Que antecedentes a vítima têm, se existe dentro desta história anterior de AVC, e se deste resultaram algumas sequelas, ou seja, procure saber se a hemiplegia que a vítima apresenta é recente ou se este já a possuía,
  - ✓ **A** – Se a vítima é alérgico a alguma substância;
  - ✓ **M** – Qual a medicação habitual da vítima, se esta a tomou, à quanto tempo e se surtiu algum efeito;
  - ✓ **U** – Quando foi a última refeição, este facto pode ser importante caso exista necessidade de uma intervenção cirúrgica, mas também, se a vítima se alimentou a pouco tempo pode ocorrer um vómito que pode comprometer a via aérea;
- Administrar oxigénio a 3 l/m, por máscara, se existir sinais de compromisso respiratório administrar a 10 l/m;
- Efectuar a avaliação neurológica da vítima utilizando o AVPU e procure alterações pupilares;
- Efectuar a avaliação e o registo dos parâmetros vitais, mantendo a vigilância destes durante o transporte, dando especial atenção a ventilação;
- Efectuar o exame físico, de forma a identificar as possíveis alterações da mobilidade ou da sensibilidade entre outras;
- Colocar a vítima em decúbito lateral (de preferência sobre o lado que não foi atingido), a fim de evitar o compromisso da via aérea por um vómito;
- Transportar com a cabeça elevada a cerca de 30° a 45°.

- Evite a condução agressiva e os sinais sonoros, uma vez que somente contribuem para o aumento da ansiedade da vítima, podendo assim agravar o seu estado clínico;

## **b) Vítima inconsciente**

A abordagem da vítima de AVC inconsciente é a mesma que é utilizada para qualquer outra vítima que se encontre na mesma situação, ou seja:

- Verifique se a vítima reage a algum estímulo, seja este verbal ou doloroso;

Permeabilize a via aérea, com recurso a um tubo orofaríngeo, ou nasofaríngeo. Tenha em atenção ao relaxamento da língua e a sua posterior queda, que é uma das causas de obstrução da via aérea frequentes na vítima de AVC, um ruído tipo “ressonar” pode ser um indicador de obstrução.

Verifique a ventilação, tendo em atenção a frequência ventilatória. Em muitas das lesões cerebrais a situação de apneia é frequente, caso exista, estimule a vítima se não obtiver melhoria da situação assista a ventilação com recurso a máscara de bolso ou ao insuflador manual;

Manter uma vigilância cuidada da frequência cardíaca e do seu ritmo, bem como da pressão arterial;

- Procurar saber, utilizando o familiares, amigos etc.
  - ✓ **C** – Como a situação se instalou e à quanto tempo;
  - ✓ **H** – Que antecedentes a vítima possui, se existe história anterior de AVC;
  - ✓ **A** – Se a vítima é alérgico a alguma substância;
  - ✓ **M** – Qual a medicação habitual da vítima, se esta a tomou, à quanto tempo e se surtiu algum efeito;
  - ✓ **U** – Quando foi a última refeição, este facto pode ser importante caso exista necessidade de uma intervenção cirúrgica, mas também, se a vítima se alimentou a pouco tempo pode ocorrer um vômito que pode comprometer a via aérea;
- Administrar oxigénio a 3 l/m, por máscara, se existir sinais de compromisso respiratório administrar a 10 l/m;
- Efectuar a avaliação neurológica da vítima utilizando a nomenclatura AVPU e procurar alterações pupilares;

- Efectuar a avaliação e o registo dos parâmetros vitais, mantendo a vigilância destes durante o transporte, dando especial atenção a ventilação;
- Efectuar o exame físico, de forma a identificar as possíveis alterações da mobilidade ou da sensibilidade, entre outras;
- Colocar a vítima em decúbito lateral a fim de evitar o compromisso da via aérea por um vómito;
- Transportar com a cabeça elevada a cerca de 30° a 45°.
- Evite a condução agressiva e os sinais sonoros, uma vez que somente contribuem para o aumento da ansiedade da vítima, podendo assim agravar o seu estado clínico. O facto de a vítima se encontrar inconsciente não implica obrigatoriamente que esta não seja afectada pelo meio envolvente

## **MATERIAL INFORMATIVO PARA A POPULAÇÃO E FAMÍLIAS.**

### **O que é que me pode proteger de ter um AVC?**

- Exercício físico regular de intensidade moderada pelo menos 3 vezes por semana
- Consumo de pequenas quantidades de bebidas alcoólicas, especialmente o vinho tinto (só para o AVC isquémico, no caso do hemorrágico devem-se evitar completamente as bebidas alcoólicas)
- Dieta rica em peixe, cálcio e potássio
- Controlar os factores de risco acima descritos
- Seguir os conselhos do seu médico, especialmente no caso de ser hipertenso, diabético ou ter problemas de coração.

A boa notícia é que tanto a doença como suas consequências podem ser evitadas através de orientações preventivas adequadas.

### **Medidas Preventivas**

1. Tratar a hipertensão arterial;
2. Parar de fumar;
3. Limitar o consumo de bebidas alcoólicas;

4. Controlar o peso;
5. Reduzir o colesterol e os triglicéridos;
6. Tratar o diabetes;
7. Tratar doenças cardiovasculares;
8. Cuidado! Só usar contraceptivo oral, antiagregantes e anticoagulantes com orientação médica.

O controle da tensão arterial é a medida preventiva de maior impacto para se evitar a doença vascular cerebral já que é o maior factor de risco para o desenvolvimento da doença.

Existem determinados factores hereditários ou consequentes do comportamento das pessoas ou ainda relacionados ao meio ambiente que são reconhecidos como factores de risco para o desenvolvimento da doença. Isto significa que quem está exposto a eles tem uma possibilidade maior de contrair a doença.

As medidas preventivas são decorrentes do conhecimento sobre os factores de risco. Existem riscos que não são modificáveis. Contra eles nada podemos fazer. É o caso do risco relacionado com a idade, após os 45 anos de idade, e este duplica em cada 10 anos, ou seja quem tem 85 anos tem risco 16 vezes maior de ter a doença vascular cerebral do que quem tem 45.

Por outro lado existem aqueles que são modificáveis, sobre os quais devemos actuar para que a doença possa ser preventiva.



### **Exercício Físico**

O exercício físico feito regularmente, é uma forma de prevenção. Aumenta a oxigenação dos tecidos, diminui o peso, favorece a mudança de dieta, pode auxiliar na mudança de hábito para deixar o fumo, controla os níveis da tensão nalguns tipos de hipertensão arterial e regula o colesterol, elevando a fracção HDL.

A corrida, o andar de bicicleta, a natação, a ginástica e principalmente o caminhar estão a ser cada vez mais aceites como actividades aeróbias de importância preventiva, desde que feitas com regularidade e orientadas adequadamente.

O exercício físico além de beneficiar nos aspectos preventivos, proporciona um novo e saudável relacionamento social em companhia de outras pessoas.

Vale lembrar que apesar da actividade física parecer fácil, é indispensável, de início, executar uma avaliação médica para que conheçamos os nossos reais limites e possamos aproveitar melhor os benefícios. O exercício que é leve para um, pode ser muito pesado para o outro.

No início da actividade é necessário fazer alongamento da musculatura dos membros inferiores, aquecer as articulações do quadril, joelho e tornozelos. São de fundamental importância para evitar lesões.

A duração do exercício físico de início não deve ultrapassar 20 minutos, aumentando progressivamente até 40 ou 50 minutos, tempo necessário para ser considerada como actividade aeróbia.

A intensidade do seu exercício deve ter a orientação de profissional especializado. Cuidado com as fórmulas que determinam a frequência cardíaca em função da idade; elas são de natureza geral e podem não se aplicar a qualquer um.

Para encerrar a actividade é importante que se diminua a velocidade lentamente, por volta de 5 minutos. A paragem súbita do exercício pode acumular sangue nas extremidades, levando à hipotensão arterial, com falta de oxigénio no coração e no cérebro.

### ***INFORMAÇÕES IMPORTANTES***

- Não fazer grandes refeições 2 horas antes e uma hora depois de qualquer actividade
- Nunca fazer exercício em jejum
- Não ingerir bebidas alcoólicas e café antes e depois do exercício
- Não fumar antes e depois do exercício
- Não realizar exercício em temperaturas extremas e clima húmido
- Não tomar banhos quentes, duches frios e saunas antes e após o exercício; dar preferência a banhos mornos
- Vestir-se adequadamente, com roupas quentes no Inverno e leves no verão
- Não usar agasalhos "impermeáveis" especiais para emagrecimento

- Usar calçados confeccionados em material macio e flexível, com a sola grossa e calcanhar acolchoado
- Evitar tensão emocional durante o exercício
- Evitar exercícios intensos e esporádicos como o futebol só no final de semana



***RECOMENDAÇÕES ÚTEIS PARA QUEM TRATA PACIENTES  
COM SEQUELAS DE DOENÇA VASCULAR CEREBRAL.***

1. Evite o pessimismo. É preciso lembrar que a vida deve ser uma experiência bonita, que vale ser vivida.
2. As recuperações possíveis, e principalmente as adaptações, quase sempre são lentas. Paciência pode ser o melhor "remédio" para o cansaço.
3. Respeitar as dificuldades do paciente e suas limitações.
4. O paciente pode estar limitado mas não ser incapaz. Ele tem vida, e por isso você deve procurar tentá-lo e deixar realizar algumas tarefas.
5. Procurar orientação com a equipe de saúde para lidar com o paciente acamado. Ele deve ser auxiliado para mudar frequentemente de posição como também para exercitar o membro afectado.
6. Procurar informações sobre as limitações físicas e a fisioterapia.
7. Orientar-se quanto à alimentação. Pouco sal e menor quantidade de gordura não significa que ele deve comer as mesmas coisas todos os dias.
8. Procurar encontrar e conversar com outro pessoal de apoio a estes pacientes para ensinar e aprender novas rotinas nos cuidados diários. Converse também com os membros da família, pois todos sabem que ser cuidador é uma tarefa difícil.
9. Sempre perguntar sem ter vergonha da dúvida; o que parece fácil para os outros nem sempre é para você.
10. Orientar-se sempre com a equipe de saúde, pois tal só trará benefícios ao paciente

cuidado por você.

## **CONCLUSÃO**

Concluimos que dada a forte especificidade deste tema, as poucas investigações que existem, pelo menos em Portugal, fazem com que seja difícil concluir de modo objectivo.

Contudo os indivíduos com lesão provocada por AVC existem e também eles sofrem e é a nossa função minimizar esse sofrimento, planejar metas e objectivos realistas, intervindo ou seja activando o sistema de rede social, suporte social da família, assim como os mecanismos de apoio, resposta que estão previstos na lei, mas que por vezes por questões que nos ultrapassam não são activados.

Deste modo é necessária mais investigação nesta área e é o que continuaremos a fazer, não só como forma de contribuição para o progresso de uma grande ciência mas também para enriquecimento profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Habib, Michel.** (2000). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: edições Climepsi.

**Ogden, Jane.** (1999). *Psicologia da saúde. Lisboa: Manuais Universitários 11*.

**Oliveira A. Rui.** (2001). *Psicologia Clínica E Reabilitação Física*. Lisboa : ISPA.