

Estilo de vida de pessoas idosas pós-acidente vascular encefálico e sua relação com a assistência de fisioterapia em domicílio*

Lifestyle of the elderly after brain vascular injury and its relationship with physical therapy in home care

Thiago Gonçalves do Nascimento Piropo
Argleydsson Mendes Durães
Luzia Wilma Santana da Silva
Matheus Silva D'Alencar

RESUMO: O objetivo deste estudo foi conhecer o estilo de vida (EV) de pessoas idosas portadoras de sequelas remanescentes por AVE, cadastradas e assistidas pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas. Foi utilizado como instrumento o Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) para análise quantitativa. Os resultados não demonstraram índice positivo de bem-estar para esta população, haja vista a necessidade se continuar investigando sobre o EV e suas representações no modo de viver humano.

Palavras-chave: Idoso; Acidente Vascular Encefálico; Estilo de Vida.

ABSTRACT: *The objective of this study was to know the life style (LS) of aged people suffering from stroke for the remaining sequels, attended and registered of the Center Interdisciplinary Studies and Extended Care at the Family Health in Coexistence with Chronic Diseases. Was used as the instrument profile Lifestyles (PEVI) for quantitative analysis. The results showed no positive index of well being for this population, given the need to continue investigating on the LS and their representations in the way of human living.*

Keywords: *Aged; Stroke; Lifestyle.*

* Estudo desenvolvido no NIEFAM – Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônico-Degenerativas – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Introdução

Atualmente vivenciamos mudanças nas características demográficas devido ao maior envelhecimento populacional em resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, como a queda de fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Observam-se transformações em relação à morbi-mortalidade relacionando-se mais intimamente às doenças crônico-degenerativas (Veras, 2007 & OMS, 2003).

Os aspectos fundamentais para a percepção do envelhecimento vão muito além da idade cronológica e dos sinais físicos, cognitivos e afetivos que lhes são tradicionalmente associados, os quais são representados pela forma com a qual cada indivíduo administra seu tempo, suas relações interpessoais, e na maneira como percebe a si próprio diante deste processo do envelhecer (Alarcão, 2006 & Neri, 2000).

Por conseguinte, os hábitos sociais têm requerido alterações no âmbito das ciências e tecnologias voltadas à Política de Saúde Pública em nosso país à terceira idade, que, somada às afecções crônico-degenerativas que a acompanham, representa, a terceira idade assim caracterizada, uma parcela da população que necessita de uma atenção específica e atuação multiprofissional nas alterações que são próprias ao processo de senescência e suas características (Lavinsky, 2004).

Dentre essas afecções, destaca-se o grupo das doenças encefalovasculares (DEV), que apresentam um índice de mortalidade de 51,6 por 100.000 habitantes, e, neste grupo, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) se destaca por acometer uma parcela significativa de pessoas idosas, sendo apontado como principal causa de morte, principalmente a partir da faixa etária de 65 anos. Trata-se de uma injúria ao sistema nervoso central, sendo de etiologia vascular, abrangendo os acidentes dos hemisférios cerebrais, das estruturas subcorticais, do tronco encefálico, do cerebelo e da medula espinhal (Kelley, 2003).

O AVE é uma afecção neurológica aguda, cada vez mais frequente e com alto impacto no estilo de vida (EV) da pessoa idosa e de seus familiares. É apontada como uma das principais causas de incapacidade física grave e prolongada (Porto, 2005).

O EV, que “corresponde ao conjunto de ações que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas”, exercendo influência no estado geral de saúde e qualidade de vida dos indivíduos, se dá em parte pela forma como as pessoas vivem e as escolhas que fazem, uma vez que as decisões que são tomadas relacionam-se com o contexto no

qual vive o indivíduo, com a cultura e a região, com os hábitos que são adquiridos nos ambientes familiar e social, e com o conhecimento acumulado sobre saúde que se dispõe em determinados momentos (Brasil, 2008 & OPAS, 2003).

Após um episódio de AVE, os danos causados ao cérebro podem deixar déficits neurológicos difíceis de serem restaurados, significando restrição ao seu EV e uma deterioração de sua qualidade, principalmente entre pessoas idosas. Pelo menos dois terços dos sobreviventes permanecem com algum grau de deficiência e tornam-se dependentes por apresentarem déficit de controle motor envolvendo padrões anormais de movimento; espasticidade; diminuição da velocidade da marcha; alteração do estado cognitivo ou afetivo; disartria e disfasia; distúrbios visuais; lipotímia; cefaléia súbita, além de hemiplegia ou hemiparesia contralateral como manifestações clássicas da doença, tornando-as inabilitadas para exercer suas atividades básicas da vida diária (Smeltzer, 2002).

Tendo em vista uma pluralidade de consequências na funcionalidade física e fisiológica, a fisioterapia se destaca por contribuir com a manutenção do condicionamento físico, além de permitir um ambiente mais favorável para a interação social, psicológica e condição de vida ativa independente (Bastos, 2008).

Nos últimos anos a fisioterapia tem-se mostrado efetiva na redução dos sinais e sintomas em pacientes acometidos por AVE, sendo que, de modo geral, a contribuição de seu profissional baseia-se na utilização de mecanismos comportamentais, tais como a adaptação, a substituição e o reaprendizado, em que exercícios de habituação, coordenação, treinamento de equilíbrio e fortalecimento podem promover a independência nas atividades básicas da vida diária (ABVD's), nas tarefas de alto nível e de cuidados pessoais (O'Sullivan, 2004 & Umphred, 2004).

Este estudo teve por objetivo conhecer o EV de pessoas idosas portadoras de sequelas remanescentes de AVE, cadastradas e assistidas pelo NIEFAM-Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônico-Degenerativas.

Justifica-se pela necessidade de cuidar da pessoa idosa no amparo social e acesso à saúde, quanto às implicações que representam um episódio de AVE no modo de viver humano, repercutindo nos hábitos alimentares, físicos, sociais, emocionais e de controle da saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, exploratória e descritiva. A abordagem quantitativa deu-se através do instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual – PEVI, representado pelo Pentáculo do Bem-Estar (Nahas, 2000).

A amostra foi composta por 7 famílias com membros portadores de AVE assistidos pelo NIEFAM, no período compreendido entre agosto de 2008 a dezembro de 2009 no município de Jequié, BA. A identificação destes segue-se por iniciais sugeridas pelos próprios sujeitos, a partir de nomes fictícios (AL, CA, I, J, M, P e R). Participaram aquelas famílias que tinham entre seus membros pessoas idosas com sequelas pós-AVE, com um estado cognitivo emocional considerado regular ou normal avaliado a partir do Mini Exame do Estado Mental (O'Sullivan, 2004). A pesquisa seguiu a Resolução 196/96, submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, aprovada sob o Protocolo n.º 111/2009.

O processo de entrada no campo se deu através dos trabalhos já desenvolvidos pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas - NIEFAM, com ações cuidativas/educativas de fisioterapia, utilizando-se de mecanismos terapêuticos como: adaptação, substituição, reaprendizado, exercícios de habituação, coordenação, treinamento de equilíbrio e fortalecimento na promoção da independência nas ABVD's.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade familiar e do pesquisador, realizadas no domicílio, em ambiente privativo e de forma individualizada, considerando suas limitações de mobilidade/locomção.

Os dados relacionados ao PEVI foram analisados de acordo com os *scores* estabelecidos para cada questão, sendo convertidos numa escala cuja pontuação está compreendida entre 0 a 3, sendo que quanto mais respostas próximas à pontuação 3, melhor é considerado o EV; menor que 1: índice negativo; entre 1 e 1,99: índice regular; e entre 2 e 3: índice positivo. Estes dados foram armazenados no programa Microsoft Office Excel versão 2003, através do qual obtivemos a frequência dos respectivos domínios numa análise estatística referente às categorias: nutrição; atividade física; comportamento preventivo; relacionamento social e controle do estresse. Análise e discussão dos dados seguem a estatística descritiva, com a apresentação de gráficos e tabelas dos cinco domínios do PEVI, compilados e tratados separadamente.

Os dados foram lançados em planilha, para cada sujeito da pesquisa, obtendo-se a frequência de cada resposta, a partir de três quesitos para cada domínio: *a*, *b* e *c* (Nutrição); *d*, *e* e *f* (Atividade Física); *g*, *h* e *i* (Comportamento Preventivo); *j*, *l* e *m* (Relacionamento Social); *o*, *p* e *q* (Controle do Stress), conjuntamente com os *scores*: 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (quase sempre) e 3 (sempre). A partir destes dados, foram elaborados gráficos e a análise quantitativa dos dados.

Resultados

O domínio Nutrição representado na figura 1 (questões; *a*, *b* e *c*), respectivamente: Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras?/ Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces?/ Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo?

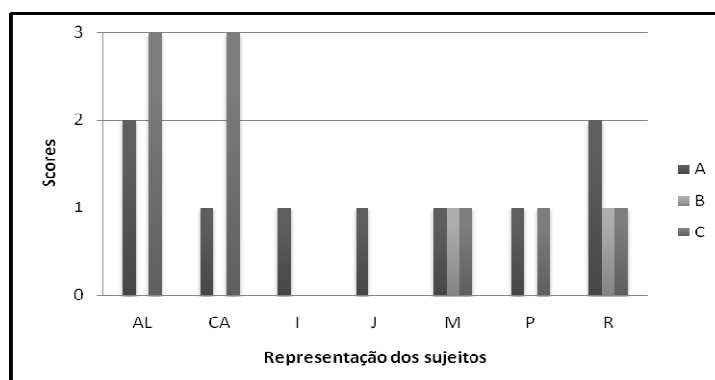


Figura 1: Distribuição das frequências obtidas a partir do domínio Nutrição

Observamos que, na alternativa *a*, os indivíduos “AL e R” destacam-se por alcançar o *score* 2. Na alternativa *b* apenas dois dos sete sujeitos “M e R” informaram manter o hábito de ingestão de alimentos gordurosos no *score* 1; os demais afirmam nunca ingerir alimentos gordurosos. Na alternativa *c* apenas dois indivíduos, “AL e CA”, responderam realizar no mínimo 4 refeições diárias, alcançando *score* 3.

O domínio Atividade Física (figura 2), questões *d*, *e* e *f*, respectivamente: Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas ou intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana?/Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular?/ No seu dia a dia, você caminha ou pedala e, preferencialmente, usa as escadas em vez do elevador?

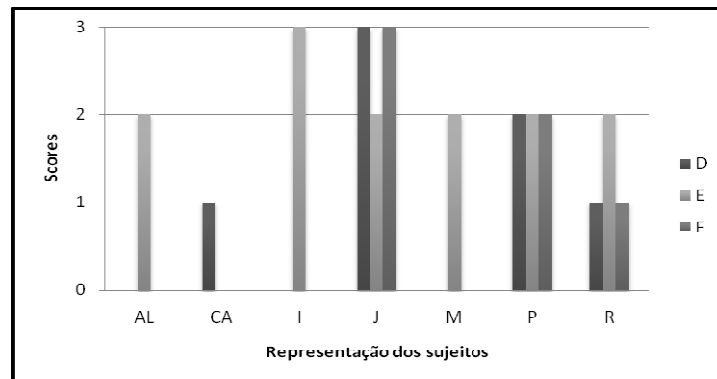


Figura 2: Distribuição das frequências obtidas a partir do domínio Atividade Física

A partir da figura 2, observamos que os resultados referente à alternativa *d*, destacando-se o indivíduo “J” com *score* 3. Na alternativa *e*, referente a exercícios que envolvam força e alongamento muscular, cinco sujeitos “AL, J, M, P e R”, informaram manter este hábito localizados no *score* 2. Destacamos o indivíduo “I” por realizar estas atividades ao menos 2 vezes por semana, alcançando o *score* 3. Na alternativa *f*, apenas o indivíduo “I” obteve *score* 3, ao passo que apenas o indivíduo “CA” obteve *score* 0 na realização desta prática.

A figura 3 representa o domínio Comportamento Preventivo, questões *g*, *h* e *i*, respectivamente: Você conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los?! Você não fuma e ingere álcool com moderação?* [menos de 2 doses ao dia]. *Se você nunca fuma ou ingere álcool com moderação, deve escolher a opção 3 – sempre/ Você sempre usa cinto de segurança e, se dirige, o faz respeitando as normas de trânsito, nunca ingerindo álcool, se vai dirigir?

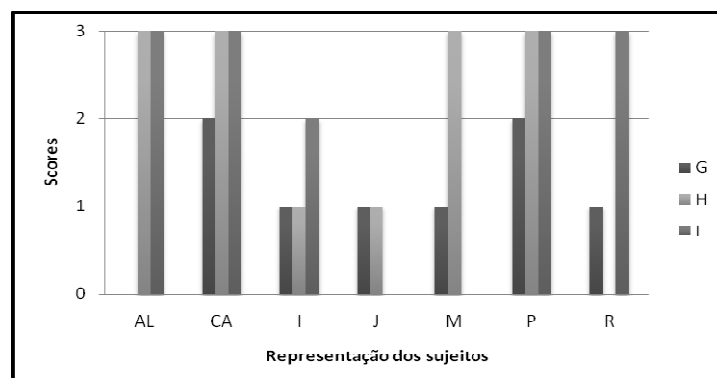


Figura 3: Distribuição das frequências obtidas a partir do domínio Comportamento Preventivo

Nesta figura 3, observamos que a alternativa *g* apresenta-se com *score* 2 para os indivíduos “CA e P” e apenas o indivíduo “AL” desconhece seus indicadores de saúde, obtendo *score* 0. Na alternativa *h*, quatro sujeitos, “AL, CA, M e P”, nunca fumam, e ingerem álcool com moderação, obtendo *score* 3. Na alternativa *i*, referente ao uso do cinto de segurança e respeito às normas de trânsito, quatro sujeitos, “AL, CA, P e R”, obtiveram *score* 3 e dois sujeitos “J e M” obtiveram *score* 0 para este quesito.

A figura 4 refere-se ao domínio Relacionamento Social, questões *j*, *l* e *m*, respectivamente: Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos?/ Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo ou participação em associações?/ Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social?

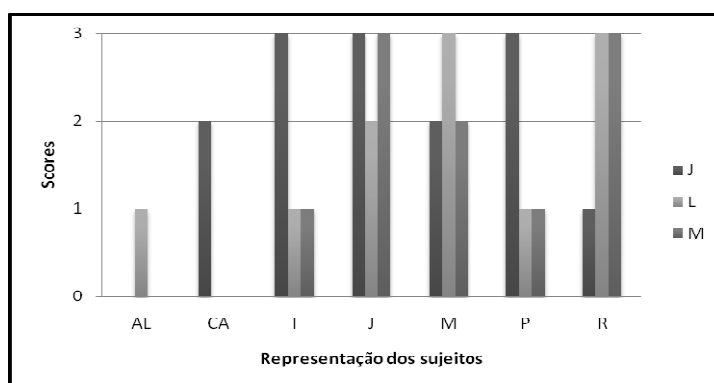


Figura 4: Distribuição das frequências obtidas a partir do domínio Relacionamento Social

Na alternativa *j* observa-se que os sujeitos “I, J e P” procuram cultivar amigos e estão satisfeitos com seus relacionamentos, obtendo *score* 3. A alternativa *l*, relativa ao lazer, varia do *score* 0, para o indivíduo “CA”, ao *score* 3, para os indivíduos “M e R”, sendo estes os mais envolvidos. Na alternativa *m*, os indivíduos “J e R”, se destacam por serem ativos em sua comunidade, obtendo *score* 3.

A figura 5 demonstra o comportamento do domínio Controle do Stress, questões *n*, *o* e *p*, respectivamente: Você reserva tempo, ao menos 5 minutos, todos os dias para relaxar?/ Você mantém uma discussão sem se alterar, mesmo quando contrariado?/ Você procura equilibrar o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer?

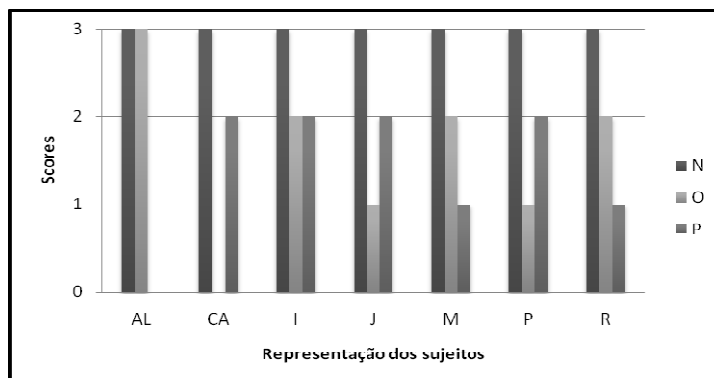


Figura 5: Distribuição das frequências obtidas a partir do domínio Controle de Stress

Na figura 5, observa-se, na alternativa *n*, homogeneidade entre todos os sujeitos, obtendo-se *score* 3. Na alternativa *o*, concernente ao autocontrole, mesmo em situações de aborrecimento, o indivíduo “AL” obteve *score* 3, ao passo que “CA” nunca consegue, obtendo *score* 0. Na alternativa *p*, referente ao equilíbrio entre o tempo dedicado ao trabalho e ao lazer, quatro sujeitos, “CA, I, J e P”, quase sempre conseguem, obtendo *score* 2.

De um modo geral, ao analisar os cinco domínios a partir da referência do bem-estar proposto pelo PEVI, obtivemos os seguintes índices de classificação: Índice Negativo (0,94), Índice Regular (1,18), Índice Regular (1,9), Índice Regular (1,66), Índice Regular (1,8), respectivamente para o domínio Nutrição, Atividade Física, Comportamento Preventivo, Controle do Stress e Relacionamento Social. Não foi encontrado Índice Positivo de bem-estar entre nenhum dos domínios.

Discussão

Partindo da análise do PEVI, na categoria Nutrição, é possível observar, na figura 1, que os sujeitos estudados apresentam pobre dieta nutricional, e alimentam-se em quantidades diárias insuficientes, embora procurem evitar alimentos ricos em gorduras.

A manutenção de uma alimentação adequada é de extrema importância para a saúde da pessoa idosa, tanto na prevenção quanto na recuperação da Doença Encéfalo Vascular (DEV). A pessoa com AVE apresenta-se nutricionalmente vulnerável e tal

fenômeno deve ser considerado, já que tanto a subalimentação como a desnutrição tem sido documentadas (Moura, 2008 & Cunha, 2006).

O AVE pode interferir no estado nutricional e dificultar a manutenção de um EV saudável, limitando a capacidade de movimento, atividade física, fazer compras, preparar refeições, alimentar-se independentemente, mastigar e engolir alimentos ou ainda alterar o paladar. Essas alterações convergem sobremaneira para alteração do padrão do EV, comprometendo o processo de viver humano saudável do portador de tal nosologia.

A baixa nutricional tem reflexões no desempenho físico do indivíduo durante as atividades de reabilitação propostas pelo fisioterapeuta, uma vez que, ao gerar movimento, desencadeiam-se contrações de grupos musculares específicos que conseqüentemente aumentam o consumo calórico, aumentando, por sua vez, as taxas metabólicas. (O'Sullivan, 2004).

Neste sentido, ao olhar para o padrão alimentar, reconhece-se que o atendimento das necessidades de vitaminas e minerais é essencial, pois esses nutrientes, além de atuarem regulando diversas funções no organismo, agem como antioxidantes, prevenindo o aparecimento e a reincidência de um novo AVE (Moura, 2008).

Além disso, as refeições podem representar um dos principais fatores de descontentamento individual-social familiar por representar valores culturais, alicerçados na gênese familiar, configurando-se como lembranças, desejos e história, as quais já não podem ser compartilhadas em família, uma vez que a pessoa idosa com sequelas pós-AVE geralmente encontra-se em necessidade de readaptação dos padrões alimentares (Silva, 2007).

Os achados da alternativa *a* nos mostram que a maior parte dos participantes não ingere uma alimentação balanceada, incluindo porções variadas de frutas e verduras; no entanto, nota-se que o consumo de alimentos gordurosos também não se dá em igual proporção, conforme alternativa *b*, do que podemos afirmar que o consumo de frutas e verduras diversas é financeiramente inviável para a maioria dos sujeitos deste estudo, devido a seu baixo poder aquisitivo, ficando os cuidados com a alimentação colocados em segundo plano em relação à aquisição de medicamentos, compreendidos como de maior importância para o controle da doença. Este achado nos resultados vai ao encontro da alternativa *c*, número de refeições ao dia, mostrando que uma parcela considerável dos participantes não realiza 4 refeições diárias. O acesso e o manejo a

uma alimentação adequada, bem como, o acesso a informações nutricionais são fatores ainda por se desenvolver na comunidade estudada.

A categoria Atividade Física traz reflexões sobre o valor desta na recuperação da pessoa idosa pós-AVE e alusões às demais categorias, por acreditar influenciar diretamente no modo de viver humano saudável.

A figura 2 apresenta regularidade de participação em atividades físicas para a maioria dos sujeitos. Além das ABVD's, como limpeza doméstica, manejo com plantas e animais, também foram considerados os exercícios propostos e ensinados durante os acompanhamentos da fisioterapia no domicílio, onde a família já capacitada dava continuidade nos demais dias da semana, exercícios baseados nos princípios da cinesioterapia, Pilates, Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP) e neurodesenvolvimento de Bobath.

A atuação da fisioterapia contribuiu para a diminuição do sedentarismo, por instituir uma rotina de exercícios capazes de influenciar no EV e refletir positivamente nas relações sociais, principalmente as familiares, observáveis também na figura 4, em que a maioria dos sujeitos procura cultivar amizades e relações sociais saudáveis. Deste modo, os sujeitos passaram a fazer escolhas mais benéficas no seu dia a dia, ao perceberem tais repercussões em seu quadro funcional pós-AVE, exercitando-se com frequência e tornando-se mais ativos em seu nicho social.

Estudos têm evidenciado que pessoas portadoras de sequelas de AVE que iniciaram um programa de atividade física regular apresentam-se em um quadro emocional mais estável, demonstrando maior confiança e segurança, testando suas capacidades e reconhecendo suas limitações. Com isso, adquirem maior controle sobre suas ações e reações físicas e emocionais, ao mesmo tempo em que melhoram sua independência para as realizações pessoais e sociais (Costa, 2002).

Este dado corrobora com achados em pesquisas internacionais, demonstrando que a prática de atividades físicas pode reduzir a severidade do AVE. Descobriu-se que aqueles que habitualmente se exercitavam tinham 2,5 vezes mais chances de ter comprometimentos menos severos e apresentar melhores resultados em longo prazo, quanto comparados com aqueles que não possuíam o hábito de se exercitarem, refletindo-se na melhoria do EV, além dos significantes benefícios ao equilíbrio, resistência, mobilidade e efeito protetor do organismo, e também psicológicos, diminuindo os riscos de outro episódio de AVE (Krarup, 2008 & Duncan, 2003).

Na categoria Comportamento Preventivo, a figura 3 demonstra que os sujeitos, em sua maioria, conhecem e se preocupam com o estado de sua saúde e, de um modo geral, reconhecem que fatores preventivos podem influenciar no prognóstico de sua nosologia.

A prevenção de fatores de risco como ingestão alcoólica, hábitos tabágicos, observáveis na figura 3, encontra-se fortemente ligada à percepção da pessoa idosa com os benefícios adquiridos após alterações em seu estilo de vida e manutenção destes, proporcionando-lhes melhor atividade e funcionalidade no seu dia a dia.

Já o controle da hipertensão e níveis séricos de colesterol no sangue é pouco conhecido nesta população, alternativa *g*, acreditando-se tratar-se de afecções silenciosas muitas vezes abordadas em um estágio mais crônico no quadro clínico, apesar dos riscos que representam para o surgimento de outro episódio de AVE.

A prevenção de fatores de risco diminui a probabilidade de um AVE; porém, muitos deles podem ser atenuados com apenas mudança no estilo de vida. A hipertensão arterial é o fator de risco modificável mais importante e prevalente, e o seu tratamento reduz o risco de reincidência. As relações entre os níveis de colesterol séricos e as DEV se estabelecem à medida que se formam êmbolos dentro dos vasos sanguíneos no cérebro, geralmente devido à arteriosclerose (O'Sullivan, 2004 & Hacke, 2003).

Outro agravamento se refere ao consumo de tabaco, um fator de risco independente para o AVE, pois aumenta a sua ocorrência em até 6 vezes. As pessoas que deixam de fumar reduzem o risco em cerca de 50%. Já o consumo moderado de álcool (uma taça de vinho/dia) está associado à diminuição do risco, enquanto que o excesso aumenta o risco de ocorrência de AVE (Hacke, 2003 & Canela, 2008).

Na categoria Relacionamento Social, foi encontrada regularidade nas respostas dos sujeitos, relacionada ao apoio familiar no processo de recuperação pós-AVE.

Nos indivíduos cadeirantes, "AL e CA", as alterações sociais em seus EV's são mais relevantes, pois ocorre o aumento de sua dependência para a realização de ABVD's. As dificuldades de locomoção causam isolamento social e desgastam as relações familiares, pois a pessoa idosa pode encontrar-se inconformada com sua condição atual, e, conseqüentemente, pouco colaborativa para os cuidados. Assim sendo, é necessário maior tolerância por parte da família e rede social em relação às sequelas remanescentes ao AVE, no intuito de melhor convívio com a pessoa idosa.

Os demais participantes que apresentam melhor mobilidade e funcionalidade têm mantidos seus contatos sociais pela melhor condição física e conhecimento de suas

limitações, buscando adaptações e melhorias no seu EV. Outros estudos demonstram que a participação familiar promove uma progressiva independência e inserção social, na melhoria da adaptação e enfrentamento das sequelas, viabilizando melhores condições para o EV (Pereira, 2005).

Para as pessoas idosas, a família possui uma representatividade de solidariedade, proteção e afeto na dinâmica familiar. Com o aparecimento das sequelas do AVE, além de rescisão do equilíbrio orgânico, ocorre interferência, principalmente na convivência familiar, favorecendo a desorganização dos padrões inter-relacionais preestabelecidos. A promoção da harmonia e compreensão entre os membros da família é essencial para a reorganização do sistema familiar (Paula, 2000).

Na categoria Controle do Stress, observa-se índice positivo para a maioria dos sujeitos. Estes têm conhecimento de suas limitações e procuram evitar stress diante de situações de aborrecimentos, reservando momentos diários para relaxar e realizar atividades de lazer. Entretanto, alguns continuavam trabalhando, tanto no domicílio quanto fora dele, mesmo com sequelas pós-AVE, contribuindo com o sustento familiar para além da sua aposentadoria, gerando também situações de stress.

O stress está diretamente ligado à elevação transitória da pressão arterial, um dos principais fatores para a ocorrência de um episódio de AVE e se relaciona ao EV assumido pela maioria das pessoas idosas pós-AVE, em que estão incluídas todas as outras categorias, evidenciando a interrelação entre a prática de atividades físicas, acesso a uma alimentação adequada, assumir comportamentos preventivos com relação a agravos da doença, além da manutenção de bons relacionamentos sociais durante toda a vida (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2007).

No entanto, como resultado das sequelas remanescentes por AVE, as limitações, principalmente referentes ao trato motor, inviabilizam práticas de hábitos considerados de lazer, tornando a pessoa idosa mais estressada por não conseguir desempenhar essas atividades, situações que puderam ser observadas entre os sujeitos desta pesquisa.

Considerações Finais

As limitações do AVE, integradas ao envelhecimento, representam alterações que se refletem no estilo de vida das pessoas idosas, principalmente, aquelas de baixa renda, desprovidas de informações em saúde capazes de proporcionar-lhes melhor entendimento sobre sua condição, capazes de incentivar a sua recuperação e adaptação para um melhor viver humano.

Essas limitações observadas pós-AVE são percebidas pelas pessoas idosas, principalmente durante a realização de suas ABVD's, apresentando limitações motoras ou insucesso em sua realização, muitas vezes por não possuírem um estilo de vida que lhes favoreçam reverter sua situação de desvio de saúde ou melhores condições de adaptação para o desempenho motor.

O EV do *ser* idoso pós-AVE passa a ser vivenciado quase que unicamente dentro do domicílio, isolando-o do convívio social e diminuindo as possibilidades de aceitação e adaptação às limitações em um plano de recuperação.

Essas adaptações para melhor entendimento e participação no sistema familiar e social partem principalmente das ações cuidativas/educativas do fisioterapeuta, por promover a movimentação e a reabilitação o mais precocemente possível, além de envolver o *ser* idoso e sua família no processo de reabilitação.

As ações cuidativas/educativas vão além das atividades de movimentação, exercícios para fortalecer e alongar os músculos, treino de equilíbrio e estímulos para recuperar a sensibilidade. Representam o desafio diário a cada melhora do *ser* idoso, estimulando o máximo de independência para realização de ABVD's na promoção de sua recuperação.

Para tanto, a partir deste estudo, observa-se a necessidade de se difundirem no meio científico, outros conhecimentos sobre o EV de pessoas idosas acometidas por AVE. Sabe-se muito sobre a patologia; no entanto, pouco é esparzido sobre o comportamento humano e suas representações no modo de viver da pessoa idosa e de sua família.

Referências

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares* (3ª ed.). Coimbra, PT: Quarteto.
- Bastos, M. R.; Roberto, E. L. (2008). *A eficácia do tratamento fisioterapêutico hospitalar precoce em paciente com AVE isquêmico: estudo de caso*. Recuperado em 12 maio, 2010, de http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/neuro/avc_bastos.htm.
- BRASIL. (2008). *Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde*, 64 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Cancela, D.M.G. (2008). *O Acidente Vascular Cerebral: Classificação, principais consequências e reabilitação*. Portal dos psicólogos, Universidade Lusitana do Porto. Recuperado em 10 abril, 2010 de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>.
- Costa, A.M & Duarte, E. (2002). Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, (10)1. Brasília: 47-54.
- Cunha, E.C.; Rochelle, S.L.A. & Oliveira, M.R.M. (2006). Desnutrição em pacientes hospitalizados e institucionalizados com AVC. In: *Anais da 4ª mostra científica da UNIMEP*. Recuperado em 1 maio, 2010 de <http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/4mostra/pdfs/314.pdf>.
- Duncan, P.; Studenski, S.; Richards, L.; Gollub, S. *et al.* (2003). Randomized clinical trial of therapeutic exercise in subacute stroke. *Stroke* 2003; 34: 2173–2180. Recuperado em 29 abril, 2010 de <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/short/34/9/2173>.
- Hacke, W.; Kaste, M.; Bogousslavsky, J. *et al.* (2003). *AVC Isquêmico Profilaxia e Tratamento: Informação para médicos hospitalares e medicina ambulatoria*. European Stroke Initiative. EUSI. Heidelberg, Alemanha. Recuperado em 15 abril, 2010 de http://www.eso-stroke.org/pdf/EUSI_recommendations_flyer_portugal.pdf. Acesso em: 15 abr 2010.
- Kelley, R.E. (2003). Afecções dos vasos cerebrais. In: Weiner, W.J. & Goetz, C.G. (4ª ed.: 69-83). *Neurologia para o não-especialista: fundamentos básicos da neurologia contemporânea*. Editora Santos.
- Krarp, L.H; Truelsen, T.; Glud, C.; Andersen, G.; Zeng, X. *et al.* (2008). Prestroke physical activity is associated with severity and long-term outcome from first-ever stroke. *American Academy of Neurology*, 71: 1313-8. Recuperado em 29 abril, 2010 de <http://www.neurology.org/cgi/content/abstract/71/17/1313>.
- Lavinsky, A.E. & Vieira, T.T. (2004). Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(1): 41-5. Maringá.
- Moura, M. (2008). Guia de alimentação para a pessoa com Acidente Vascular Cerebral. *Centro de Medicina de Reabilitação Alcoitão, Santa Casa de Misericórdia de Lisboa*. Alcabideche, Portugal. Recuperado em 25 abril, 2010 de http://ww3.scml.pt/media/cmra/folhetos/guia_alimentacao.pdf.

Nahas, M.V.; Barros, M.V.G. & Francalacci, V. (2000). O Pentáculo do Bem-Estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 5(2): 48-59.

Neri, A.L. (2000). *E por falar em velhice*. Campinas: Papirus.

O'Sullivan, S.B. & Schmitz, T.J. (2004). *Fisioterapia: Avaliação e tratamento*. (4ª ed.). Barueri (SP): Manole.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). (2003). Promovendo Qualidade de vida após Acidente Vascular Encefálico: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Porto Alegre: Artmed.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). (2003). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Recuperado em 20 maio, 2010 de http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf.

Paula, A.A.D.; Furegato, A.R.F. & Scatena, M.C.M. (2000). Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(4): 45-51. Ribeirão Preto. Recuperado em março, 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12383.pdf>.

Pereira, M.E.M.S.M. & Araujo, T.C.C.F. (2005). Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(2b): 502-7. ISSN 00040-282X. São Paulo. Recuperado em 5 abril, 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n2b/a25v632b.pdf>.

Porto, C.C. (2005). *Semiologia Médica* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Silva, L.W.S. (2007). *A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes Mellitus tipo 2*. Tese de doutorado, UFSC/PEN, Florianópolis (SC), Brasil.

Smeltzer, S.C.; Bare, B.G.; Brunner & Suddarth (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (9ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Umphred, D.A. (2004). *Fisioterapia Neurológica* (4ª ed.). São Paulo: Manole.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. (2007). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. [online]. 89(.3):e24-e79. ISSN 0066-782X. Recuperado em 12 maio, 2010 de <http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n3/a12v89n3.pdf>.

Veras, R.P. (2007). Fórum: Envelhecimento populacional e informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Caderno de Saúde Pública*, 23(10): 2463-6. Rio de Janeiro.

Recebido em 20/10/2010

Aceito em 10/11/2010

Thiago Gonçalves do Nascimento Piropo – Graduando em Fisioterapia pela UESB, Voluntário do NIEFAM.

Email: piropo.t@gmail.com.

Argleydsson Mendes Durães - Graduando em Fisioterapia pela UESB, Bolsista/CNPq do NIEFAM.

Email: amduraes_jq@hotmail.com.

Luzia Wilma Santana da Silva – Enfermeira. Professora de Enfermagem da UESB, DS, BA. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação UFSC/PEN. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha: Família em seu ciclo vital. Bolsa Capes. Coordenadora do NIEFAM. Orientadora.

Email: luziawilma@yahoo.com.br.

Matheus Silva D'Alencar – Fisioterapeuta. Professor de Fisioterapia da UESB, DS, BA. Especialista em Gerontologia Social pela UESC. Colaborador.

Email: msa86@hotmail.com.