



## “O Enfermeiro na Abordagem da Pessoa com Síndrome de Brugada”

**Autores:** Martins, Margarida; Xavier, Tânia (Enfermeiras do Serviço de Medicina 3 do CHBA)

**Email:** margaridafgmartins@gmail.com; leonorx\_9hotmail.com

**Janeiro 2013**

### Resumo

Morte súbita é um tema atual na sociedade devido ao dramatismo conferido a este tipo de situações, é difícil, por exemplo, explicar a morte súbita em atletas em excelente forma física, como foi o caso de Miklos Fehér. (Pereira, 2008).

O Síndrome de Brugada (SB) tem uma taxa de mortalidade muito elevada, constituindo 12% dos casos de morte em pessoas sem alterações cardíacas conhecidas. (Genetest, s.d.). De acordo com Barragán (2009) “Nem sempre existem os antecedentes clínicos, os batimentos cardíacos isolados podem ocorrer em pessoas saudáveis como doentes.”

A morte súbita é uma realidade dura para a pessoa com SB, cabe à enfermagem compreender a forma de prestar cuidados não apenas especializados, mas cuidados de qualidade, humanizados e personalizados.

Este artigo é uma revisão teórica acerca desta temática, e tem como principal objectivo dar a conhecer a Síndrome de Brugada, promovendo a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com SB e consequentemente melhorando a qualidade de vida da pessoa/família com esta doença.

**Palavras-chave:** Síndrome de Brugada; Enfermeiro; Cardio-desfibrilhador Implantado.

### Abstract

Sudden death nowadays it's a common subject in Portuguese society due to the drama connected to this sort of happening. Becomes hard to explain how sudden death appears in high competition athletes with an outstanding physical preparation such as Miklos Fehér. (Pereira,2008)

Brugada Syndrome (SB) has a very high mortality rate, consubstantiating 12% of deaths in persons without a known cardiac pathology. (Genetest, s.d.). According to Barragán (2009) “There isn't always a previous clinic status, it can always appear isolated uncommon hart beating thaw healthy people such as ill people.”

As sudden death is a tough reality to person with SB it's up to nursery to understand the way of taking care, helping to improve health quality, being human and personalizing care.

This article is a search paper on this theme, and has a main objective on giving SB to be known among professionals and general people allowing to cultivating nursery care on person with SB getting to improve health quality to person/family with this disease.

**Keywords:** Brugada Syndrome; Nurse; Implanted Cardio-defibrillator.



## INTRODUÇÃO

É um desafio divulgar o papel do enfermeiro no cuidado à Pessoa com Síndrome de Brugada (SB) com Córdio-Desfibrilhador Implantado (CDI), no sentido de contribuir para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa/família, visto que a pessoa se encontra numa situação crítica.

De acordo James (2002):

*“A capacidade para ser ao mesmo tempo o enfermeiro tecnicamente competente e o profissional humano pessoalmente envolvido. Trata-se de ser capaz de partilhar um mundo cheio de significado com o doente e a família e de exibir uma atitude preocupada com o bem-estar do doente e da família”* (p.549).

Pelo que os portadores de CDI requerem cuidados de enfermagem inovadores no sentido de permitirem que a pessoa/família restabeleça o estilo de vida que tinha inicialmente, necessitando para isso de uma intervenção mais direccionada.

Este artigo é uma revisão sistemática da literatura acerca desta temática, e tem como principal objectivo dar a conhecer a Síndrome de Brugada, promovendo a melhoria dos cuidados de enfermagem à Pessoa com Síndrome de Brugada e consequentemente melhorando a qualidade de vida da pessoa/família com esta doença.

## BREVE ABORGAGEM HISTÓRICA

O SB foi aceite como nova entidade clínica em 1992, é uma das causas de morte súbita em pessoas aparentemente saudáveis, sem alterações cardíacas estruturais. Acredita-se que é responsável por 4-12% dos casos de morte súbita, e de 20 a 50% das mortes nos casos de doentes que não apresentam quaisquer anomalias estruturais no coração. Tem uma elevada prevalência a nível mundial, afectando 5 em 10.000 pessoas (Antzelevitch et al, 2005; Brugada, s.d; Genetics Home Reference, 2006).

Deste modo Pereira (2008) vai de encontro com as ideias anteriormente referidas, mencionando que:



*“Os padrões de distribuição da doença permitiram verificar que esta doença é endémica no Sul da Ásia e no Japão, manifestando-se com maior frequência no sexo masculino (...). Estes episódios ocorrem geralmente durante a noite devido a variações circadianas, ou seja, quando o tónus vagal se torna mais acentuado. Este último aspecto é particularmente interessante se tomarmos em consideração um registo do Center for Disease Control – Estados Unidos da América em 1980, onde consta uma elevada incidência de morte, súbita em imigrantes jovens do sul da Ásia (...) os nativos destes países já conheciam este problema à décadas. No norte da Tailândia, esta forma de morte era conhecida por Lai Tai (morte durante o sono), nas Filipinas por Bangungut (grito seguido por morte súbita durante o sono) e no Japão por Pokkun (morte inexplicável à noite) ”(p.5).*

O primeiro caso reportado de SB surgiu em Maastricht, na Holanda, em 1986, numa criança Polaca de três anos que apresentava sucessivos episódios de síncope cardíaca. Esta criança do sexo masculino tinha uma irmã, que faleceu com 2 anos de idade com diagnóstico de morte súbita. Realizados eletrocardiogramas à criança verificou-se uma elevação do segmento ST diferente de um eletrocardiograma ECG normal e que por sua vez era idêntico ao da sua irmã, antes de morrer (Antzelevitch et al, 2005).

Foi então que dois médicos espanhóis, o Doutor Pedro Brugada e seu irmão Doutor Josep Brugada, se interessaram pelo caso e procuraram mais casos similares. Após várias pesquisas em torno de novos casos, apresentaram em 1992 o SB como sendo uma situação clínica, caracterizada pela elevação do segmento ST em V1-V3 no ECG, em associação com síncope e morte súbita (Antzelevitch et al, 2005; Pereira, 2008).

Desde então, seguiram-se investigações a nível mundial, para definir características clínicas e genéticas para o SB. Assim, em setembro de 2003 foi realizada a 2ª Conferência de Consenso, em Nova Iorque, na qual foi elaborado o primeiro documento acerca do SB, sendo definidos critérios de diagnóstico (Antzelevitch et al, 2005).



## **FISIOPATOLOGIA E TRATAMENTO**

A SB é uma das causas de morte súbita em pessoas aparentemente saudáveis. Embora o SB afete pessoas do sexo feminino e do sexo masculino apresenta uma especial incidência no sexo masculino, sendo este comprovado através de alguns estudos que verificam que o homem pratica mais exercício físico, apresentando uma musculatura cardíaca mais desenvolvida, o que o torna mais predisponente a alterações cardíacas. No entanto, com o aparecimento de novos casos têm-se vindo a verificar a ocorrência desta síndrome em crianças, jovens e mulheres (Barata, 2009).

A SB tem como base a hereditariedade, sendo considerada uma arritmia hereditária autossómica dominante, assim as pessoas portadoras desta mutação têm 50% de probabilidade de transmitir este gene aos seus descendentes, no entanto nem todos o desenvolverão. O diagnóstico da SB baseia-se em achados eletrocardiográficos que muitas vezes surgem de forma acidental, em pessoas que não manifestam quaisquer sintomas e que realizam o ECG apenas por rotina. É diagnosticado através da elevação do segmento ST nas derivações de V1-V3 com ou sem presença de bloqueio de ramo direito, por episódios de taquicardia ventricular polimórfica ou já por fibrilhação ventricular (Antzelevitch et al., 2005; Marek, 2003).

A forma de tratamento da SB é a colocação do CDI, sendo este o método mais eficaz. Este dispositivo trata ritmos cardíacos anormais, especificamente, trata arritmias rápidas nas câmaras baixas do coração, os ventrículos (Arrhythmia Alliance, 2005). O CDI é um dispositivo pequeno, que cabe facilmente na palma da mão e contém um sistema que permite enviar energia elétrica, começando por enviar baixos níveis de energia até atingir níveis mais elevados, a chamada desfibrilhação, tratando então alterações do ritmo cardíaco (Antzelevitch et al., 2005).

## **CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA/FAMÍLIA COM SÍNDROME DE BRUGADA**

A pessoa portadora de SB passa ao longo da vida por inúmeras experiências, necessita de uma prestação de cuidados especializada e individualizada. Durante todo o percurso



da pessoa antes e após a implantação do CDI, o enfermeiro tem um papel preponderante na prestação de cuidados à pessoa/família.

De forma a planificar estratégias de enfermagem que posteriormente facilitem à pessoa o regresso ao seu estilo de vida, o enfermeiro prepara a pessoa/família para a implantação do dispositivo, como também, tem em conta as crises precedentes pelas quais estes passaram. Estas crises podem ser base de algumas preocupações e receios por parte da família, pelo que é importante que se compreendam, para desta forma poder planificar os cuidados mais adequados aos receios/medos/preocupações da pessoa/família. É essencial uma “preparação específica” da pessoa/família, nesta preparação a pessoa/família tem que conhecer o funcionamento do dispositivo, o que esperar durante o implante, e quais os cuidados a ter antes e depois da implantação (Thompson & Hatchett, 2002).

Assim, é importante, que o enfermeiro forneça a informação que considera pertinente para a pessoa/família manter o mesmo estilo de vida que tinha antes da colocação do CDI. Sendo o CDI a forma de tratamento mais utilizada para pessoas com SB não se pode deixar de abordar os cuidados de enfermagem necessários antes e após a implantação deste aparelho. Antes da decisão para a implantação do CDI, a pessoa/família pode regularmente passar por hospitalizações, sendo estas normalmente relacionadas com episódios de paragem cardíaca súbita.

Uma vez que a alta após o implante costuma ocorrer em média passadas 48 horas, pode levar a que os doentes e a família se sintam vulneráveis e isolados de apoio. Desta forma é importante o “desenvolvimento de estratégias que proporcionem apoio e educação continuados na comunidade”. Estes podem ter um papel preponderante na medida em que podem ajudar o doente/família ou prestador de cuidados informais a apreender na totalidade e a adaptar-se à vivência com o CDI (James, 2002).

Ao regressar a casa a pessoa pode deparar-se com uma série de alterações no seu estilo de vida, podendo encontrar-se ansiosa e assustada, visto que se depara com limitações por ser portador de CDI. Em casa depara-se com um grande número de electrodomésticos e tem receio que estes causem interferências mas a possibilidades de estas ocorrerem, principalmente vindas de aparelhos domésticos, são diminutas (Barata, 2009).



Outra questão é a prática de desporto, muitas pessoas abandonam a prática de atividade física, porque têm medo de a realizar, o que contribui para um aumento significativo do peso. A prática de desporto é extremamente importante, sendo que deve praticar uma atividade adaptada à idade e à sua capacidade física procurando ao máximo evitar a prática de desportos que envolvam o contacto físico. Por exemplo, o CDI em atletas pode ser programado de modo a permitir uma atividade física mais intensa, como é o caso do atletismo (Barata, 2009).

As viagens de automóvel, avião ou comboio não oferecem qualquer perigo. Porém, a inibição da condução pode durar 6 meses após a implantação do CDI, no entanto, este período depende da incidência de descargas a que o portador está sujeito. Embora a pessoa possa conduzir, deve ter determinadas precauções, tendo sempre em atenção o seu ritmo cardíaco, para assim detectar qualquer anomalia e parar imediatamente o automóvel. Outro aspecto importante está relacionado com o medo que as pessoas sentem em relação ao fim da bateria do CDI, enquanto estão em viagem, caso a bateria esteja a terminar, é emitido um sinal sonoro de aviso, não necessitando a pessoa de ficar alarmada pois é possível programar a substituição do CDI em tempo suficiente para que não ocorram complicações subjacentes (Barata, 2009).

A realização de exames é outro motivo de preocupação à pessoa portadora de CDI, em relação à possibilidade de realizar ou não exames como, a ressonância magnética, ou a realização de tratamentos médicos e dentários. Estes procedimentos clínicos devem ser evitados pois exigem precauções especiais, tendo a pessoa de transmitir sempre ao médico ou ao profissional de saúde que é portadora. Deste modo é importante os profissionais de saúde estarem alertas para o facto de a pessoa ser portadora de CDI (Barata, 2009).

Como foi referido anteriormente a pessoa portadora de CDI pode sofrer uma série de alterações no seu estilo de vida, de modo que é importante a criação e gestão de Grupos de Apoio que segundo Farinha (2004) “... podemos definir [...] como um conjunto limitado de pessoas, unidas por algum tipo de objectivos e características comuns e que desenvolvem múltiplas interacções entre si” (p.5). Estes grupos de apoio têm por





objectivo a partilha de informações e experiências, bem como permitir ao profissional de saúde saber quais as maiores dificuldades que surgem.

Em suma, é deveras importante que os profissionais de saúde sejam capazes de sensibilizar a comunidade, dando a conhecer o SB e alertando as pessoas para toda a panóplia de opções a que podem recorrer, permitindo-lhes assim obter informação acerca de como ser um participante ativo na divulgação do SB e prevenção da morte súbita. Desta forma, todos (comunidade geral e científica) conseguiremos salvar vidas.

## CONCLUSÃO

A morte súbita é uma realidade dura para a pessoa com SB e cabe-nos a nós enfermeiros compreendermos cada vez mais estas pessoas de forma a prestarmos cuidados não apenas especializados, mas cuidados de qualidade, humanizados e personalizados.

De acordo com Antezelevitch et al. (2005), os progressos científicos bem como os últimos desenvolvimentos de estratégias terapêuticas aumentaram as taxas de sobrevivência de pessoas que se deparam com episódios de síncope e morte súbita.

Tendo em conta este facto seria de extrema importância a criação de grupos de apoio por parte das equipas multidisciplinares dos hospitais e centros de saúde, como forma de divulgar esta temática, proporcionando um veículo de transmissão de informação à comunidade e ao mesmo tempo apelando e incentivando a criação de grupos de ajuda no seio da própria comunidade.

Desta forma, todos os grandes trabalhos começam por pequenas ideias de pessoas que tal como nós querem chegar muito mais além nos seus conhecimentos, e sim, fazer algo de diferente. Para isso, é importante criar, alertar e dar a conhecer ao enfermeiro esta temática, para que estes elaborem um conjunto de informação que possa de uma forma sucinta, dar a conhecer o SB e alertar para a necessidade de identificar possíveis famílias portadoras, sensibilizando o enfermeiro, não só para o diagnóstico, mas também para a importância dos ensinamentos (Thompson & Hatchett, 2002).

A realização do presente artigo teve como ponto de partida a pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas a nível mundial, sendo que a pesquisa foi realizada com o



intuito de encontrar informação credível e atual sobre a temática. Sendo este um trabalho enquadrado na prática clínica de enfermagem, o objectivo fulcral centrou-se na seleção exaustiva de bibliografia com a finalidade de descrever SB, de identificar os principais cuidados à pessoa com SB e descrever intervenções relevantes do enfermeiro para melhoria da qualidade de vida da pessoa/família.





## BIBLIOGRAFIA

- Antzelevitch et al. (2005) - *The Brugada Syndrome: From Bench to Beside*. 1ªed. USA: Blackwell Publishing,
- Arrhythmia Alliance (2005). *The Heart Rhythm Charity- ICD/CRT Patient Information*. Consultado a 21 de Março de 2009. Disponível em: <http://www.rrhythmiaalliance.org.uk/>
- Barata, F. (2009). *Mitos de uma realidade saudável*. Encontro Bate Bate Coração: Coimbra.
- Barragán, S. (2009) - *Amigo do Peito*. Consultado a 19 de Março de 2009. Disponível em: [http://performance.clix.pt/html/saude\\_desc.asp?id=569io](http://performance.clix.pt/html/saude_desc.asp?id=569io)
- Brugada (s.d). *Brugada Syndrome*. Consultado a 19 de Março de 2009. Disponível em: <http://www.brugada.org/about/disease-etiologygenetics.html>
- Farinha, J. (2004). *Para um estudo das estruturas de relacionamento interpessoal em contexto educativo*. (pp. 5-6) Consultado a 2 de Abril de 2009. Disponível em: [http://w3.ualg.pt/~jfarinha/activ\\_docente/sem-divdif\\_ei/Mat\\_ped/grupos\\_educ.pdf](http://w3.ualg.pt/~jfarinha/activ_docente/sem-divdif_ei/Mat_ped/grupos_educ.pdf)
- Genetest (s.d). - *Síndrome de Brugada*. Consultado a 19 de Março de 2009.. Disponível em: <http://www.genetest.pt/teste-genetico.asp?exame=S%EDndrome%2Dde%2DBrugada&testId=7>
- Genetics Home Reference (2006). *Brugada Syndrome*. Consultado a 21 de Março de 2009. Disponível em: <http://ghr.nlm.nih.gov/condition=brugadasyndrome>
- James, J (2002) - *Manejo e apoio a doentes com desfibrilhadores internos de cardioversão*. In *Enfermagem Cardíaca – Um Guia Polivalente*. (pp. 547-556) Loures: Lusociência.
- Marek, P. (2003) - *Enfermagem Médico-Cirúrgica - Conceitos e Prática Clínica*. 6ªed. Loures: Lusociência.
- Pereira, T. (2008) - *Síndrome de Brugada e Morte Súbita Arritmica – Uma Revisão*. Consultado a 21 de Março de 2009. (pp. 5-9) Disponível em <http://www.apppc.pt/paginacatalogo.aspx?doc=1&page=1&folder>
- Thompson, D., & Hatchett, R (2002) - *Enfermagem Cardíaca – Um Guia Polivalente*. 1ªed. Loures: Lusociência.