



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

MOISÉS DO CARMO CAMILO

**AÇÕES DE ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO DOMICILIAR DO PACIENTE
PORTADOR DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO**

SÃO JOÃO DEL REI

2016

MOISÉS DO CARMO CAMILO

**AÇÕES DE ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO DOMICILIAR DO PACIENTE
PORTADOR DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^o Esp. Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL – REI

2016

MOISÉS DO CARMO CAMILO

**AÇÕES DE ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO DOMICILIAR DO PACIENTE
PORTADOR DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO**

Banca Examinadora:

Prof. Esp. Marcio Antonio Resende
Orientador

Prof^a Ms. Regina Aparecida Melo Bagnolli

SÃO JOÃO DEL – REI
2016

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO DOMICILIAR DO PACIENTE PORTADOR DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO

CAMILO, Moisés do Carmo

Graduando do curso de Enfermagem do Instituto Presidente Tancredo de Almeida Neves - IPTAN.

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é também denominado como “transtorno vasculares cerebrais”, termo esse usado para designar uma anormalidade funcional do SNC que ocorre quando o suprimento sanguíneo do cérebro se desorganiza caracterizando assim, o AVE como o principal transtorno vascular cerebral. Existem diversos fatores que estão correlacionados ao AVE, entre eles, o tabagismo, diabetes mellitus, obesidade, HA, predisposição genética e sedentarismo. Estudos mostram que o risco aumenta a partir dos 55 anos e se eleva a cada década. A reabilitação de um paciente acometido por AVE é um processo lento e progressivo sendo de suma importância uma equipe multidisciplinar neste processo, proporcionando assim um envolvimento com o paciente e educando os familiares. Diante disso, fica claro a importância das ações de enfermagem no planejamento do cuidado com o paciente e o papel do enfermeiro como educador, o quanto antes. Portanto durante a construção desse trabalho aponta-se as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro principalmente na função de educador no qual deve proporcionar aos pacientes e seus familiares, informações necessárias, promovendo o bem estar em saúde identificando e avaliando os problemas visando a reabilitação do cliente.

Palavras-Chave: Enfermagem; Acidente Vascular Encefálico Isquêmico; Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais causas de óbito no Brasil e, muitas vezes, deixa o indivíduo sequelado. Tem um alto impacto na população devido sua taxa de prevalência e morbimortalidade. Dentro dessa perspectiva, 30% da população que sofre AVE falecem no primeiro ano, e 30% ficam com graves sequelas ou incapacidades (BARBOSA, 2009).

É definido como uma perda repentina da função neurológica causada por uma interrupção do fluxo sanguíneo para o encéfalo. Outras nomenclaturas tem sido utilizadas como “ataque cerebral” para sugerir aos profissionais de saúde e ao público em geral que um

acidente vascular encefálico é um problema de cuidado de saúde urgente, semelhante ao ataque cardíaco (ALVAREZ *et.al*, 2014; SMELTZER *et.al*, 2009).

Apesar da palavra Acidente Vascular Cerebral (AVC) ser muito utilizada no nosso dia a dia, a nomenclatura correta é AVE, pois o AVC compreende apenas uma porção do encéfalo, excluindo dessa forma, o cerebelo e o tronco encefálico. Já os leigos utilizam da expressão “derrame”, que se refere apenas ao AVE hemorrágico, excluindo assim 80% dos casos que são de origem isquêmica. Dessa forma, os acidentes vasculares cerebrais podem ser divididos em duas categorias, sendo o AVE isquêmico e hemorrágico. No qual 80% dos casos são resultados de origem isquêmicas e apenas 20% dos AVE são hemorrágicos (GOLDMAN; BENNET, 2001; SILVA *et. al*, 2009).

O acidente vascular encefálico isquêmico acontece pela ruptura do fluxo sanguíneo cerebral, devido a obstrução de um vaso, essa ruptura leva ao início de uma série de eventos metabólicos celulares, denominada como cascata isquêmica. Enquanto que o acidente vascular hemorrágico é causado pela ruptura espontânea (não traumática) de um vaso, com extravasamento de sangue para o interior do cérebro (hemorragia intraparenquimatosa) , para o sistema ventricular (hemorragia intraventricular) e ou espaço subaracnóideo (hemorragia subaracnóide) (SMELTZER; BARE, 2009; PONTES-NETO *et al*,2009).

Quando uma pessoa é acometida por uma doença como o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI), há consequentemente sequelas que causarão a incapacidade desta para realizar suas funções. Sendo assim, a família fica responsável pela manutenção das funções antes realizadas pelo enfermo, com a finalidade de garantir que este tenha uma vida digna. A incapacidade deste membro familiar acometido pelo AVCI em manter-se, causa grande impacto na estrutura familiar, pois agora todos estão envolvidos em proporcionar o cuidado. A falta de conhecimento e despreparo do cuidador em manter a saúde do enfermo juntamente com a rotina domiciliar são enormes. Infelizmente são inúmeras famílias que passam por este enfrentamento, sem qualquer orientação. Sendo assim, as consequências são o surgimento de complicações no estado de saúde do enfermo e a piora do convívio entre os membros (SILVA, 2011).

É fundamental que o enfermeiro oriente a família e principalmente o prestador do cuidado. Não basta somente explicar os procedimentos e sua forma ao qual será realizada. É preciso deixar que este aprenda os procedimentos sob a supervisão de um profissional, para que ele, ao vivenciar uma situação desafiadora, saiba resolvê-la de forma consciente e adequada. As orientações deverão ser oferecidas ao cuidador durante o período da hospitalização. O enfermeiro deve evitar que o cuidador aprenda a lidar com as novas

situações somente no domicílio, pois as consequências podem ser desastrosas como re-hospitalizações, gastos desnecessários, além de comprometer o estado emocional dos membros por sentirem incapazes de cuidar (CHAGAS, MONTEIRO, 2004).

Vale ressaltar a importância da equipe multidisciplinar e em destaque o enfermeiro como promotor de educação em saúde, visando avaliar as necessidades do paciente e seus familiares, promovendo recursos imprescindíveis para implementação de ações e de cuidados que colabore com a reabilitação e a qualidade de vida de pacientes acometido por um AVCI (SILVA, 2011).

O objetivo desse estudo é descrever o AVCI e suas complicações, bem como o impacto da doença na vida do paciente e de seus familiares. Pretende-se também descrever as ações de enfermagem voltadas para o âmbito domiciliar enfatizando o autocuidado como possibilidade de melhorar a qualidade de vida deste indivíduo. A metodologia usada foi a pesquisa bibliográfica de caráter descritiva, busca realizada em periódicos, sites científicos e literatura especializada.

1. Acidente vascular encefálico isquêmico

O AVE isquêmico acontece por uma oclusão de um vaso ou redução da pressão de perfusão cerebral, seja provocada por redução do débito cardíaco ou por hipotensão arterial grave sustentada (CANCELA, 2008). De acordo com Smeltzer e Bare *et al.* (2009, p.1870) “num ataque cerebral isquêmico, há uma desorganização do fluxo sanguíneo cerebral devido a obstrução de um vaso sanguíneo.”

A isquemia cerebral é resultante de uma oclusão que pode ser trombótica ou embólica de um grande vaso, que leva a redução do fluxo dentro do território vascular envolvido, ou pode ser uma perfusão sistêmica diminuída. Em virtude disso podemos ter dois tipos de isquemia cerebral, a prolongada que resulta em infarto, caracterizado histologicamente por necrose de neurônios, glia e células endoteliais ou global transitória que é proveniente de parada cardíaca ou de fibrilação ventricular (ANDREOLI, 2002).

O cérebro é uma região altamente vascularizada, que não armazena oxigênio e glicose, portanto é necessário um fluxo sanguíneo que forneça esses nutrientes. O AVE isquêmico resulta da formação de trombos e êmbolos nas paredes das artérias, verificando um edema na área do tecido isquêmico, evoluindo para morte neuronal quando não houver uma rápida intervenção (CHULAY; BURNS, 2012).

Essa privação de oxigênio e nutrientes ao cérebro causa lesões irreversíveis, e déficits neurológicos permanentes, dependendo da região e do tempo que houve um fluxo sanguíneo diminuído. A partir desta primazia, “ o acidente vascular isquêmico é definido como déficit neurológico que perdura por mais de 24 horas e tem como causa fluxo sanguíneo reduzido numa determinada artéria que alimenta o cérebro” (CHULAY; BURNS, 2012; GOLDMAN; BENNETT, 2001).

Estudos mostram que o AVE isquêmicos é o mais frequente, causado por aterosclerose cerebral, obstrução de vasos, trombos e coágulos vindos principalmente do coração e, sua incidência esta atribuída a aterosclerose ou tromboembolismo ou hemorragias cerebrais, com importantes implicações clínicas (CALDAS *et. al*, 2004). Dentre eles o Ataque Isquêmico Transitório (AIT) é definido por Andreoli (2002, p.859) “como um déficit neurológico transitório que resulta do aporte sanguíneo diminuído em menos de 24 horas no qual é seguido de recuperação funcional completa”.

Embora um paciente acometido por um AIT pode não apresentar sequelas, é de suma importância tais sinais e sintomas apresentados pelo mesmo, pois é um sinal de que pode ocorrer uma isquemia permanente a qualquer momento, e se nada for feita para evitá-la, pode adquirir sequelas permanentes decorrentes de futuros ataques. (CANCELA, 2008).

1.1 - Fatores de risco e manifestações clínicas

Estudos apontam uma série de fatores que predispõe o indivíduo a um ataque de AVEI ao longo dos anos, sendo de suma importância à atenção primária de maneira a prevenir essa doença (Lopes, 2009). Segundo Knobel (2006) os pacientes portadores de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI), apresentam fatores de risco em sua história clínica como hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus, fibrilação atrial, IAM recente, doença de pequenas artérias ou lacunas, síndrome motora sensitiva pura ou hemiparesia-ataxia.

O AVE pode acometer indivíduos de qualquer idade, mas estudos mostram que o risco aumenta a partir dos 55 anos e se eleva a cada década. Contudo mudança no estilo de vida diminuirá progressivamente os riscos de AVE (LAVOR *et. al*, 2011).

Na tabela 1 nos mostra os fatores de riscos que são denominados como as situações que predispoem o AVE, sendo classificados como fatores modificáveis ou não modificáveis.

Tabela 1: Fatores de risco modificáveis e não modificáveis

MODIFICÁVEIS	NÃO MODIFICÁVEIS
Hipertensão arterial sistêmica	Ter idade avançada
Diabetes mellitus	Sexo masculino
Tabagismo	Ser da raça negra
Doenças cardíacas (arritmias)	História familiar ou herança genética
Doenças valvulares e coronárias	História de AVC anterior
Dislipidemias (alto nível de LDL, baixo nível de HDL)	

Fonte: CALDAS *et. al* (2004, p.250)

Os sintomas de um paciente acometido por AVE são: súbita fraqueza na face, nos braços ou nas pernas, súbita dificuldade para andar, presença aguda de vertigens, perda de equilíbrio ou coordenação, dor de cabeça súbita sem causa conhecida, dificuldade súbita de enxergar, dificuldade para falar ou entender o que os outros falam, súbita sonolência ou confusão mental (CALDAS *et. al*, 2004).

O AVE pode acontecer de diversas maneiras como por exemplo, durante o período de sono, realizando uma atividade física, porém o principal sinal é a hipertensão. Outro sinal encontrado é a hipertermia. Alguns pacientes permanecem lúcidos, outros apresentam confusão mental, delírio, amnésia, sonolência ou estado de coma (CINTRA *et.al*, 2008).

A promoção à saúde contribui para uma diminuição de índices de AVE, contudo fatores de risco modificáveis devem ser controlados ao longo da vida. Para isso, ter uma alimentação equilibrada, realizar atividades físicas, evitar o tabagismo, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida (SILVA *et. al*, 2009).

Smeltzer e Bare *et. al* (2009) afirmam que a localização da lesão, o tamanho da área atingida e a quantidade de fluxo sanguíneo colateral vão caracterizar quais sinais, sintomas e sequelas serão decorrentes do AVE. Cada área do cérebro é responsável por importantes funções do organismo humano, dependendo do local onde houve a obstrução ou a laceração de um vaso, ocorrerá diferentes tipos de manifestações, os sintomas podem surgir durante o dia, de uma forma súbita e rápida, atingindo o máximo de intensidade geralmente em minutos ou no máximo em poucas horas; ou então o doente pode acordar com os sintomas se o AVC ocorreu durante o sono (CARVALHO, 2006).

A tabela 2 representada abaixo nos mostra o quadro de alterações neurológicas que se manifesta de forma abrupta ou progressivamente dependendo da localização da lesão.

Tabela 2: Comparação dos Acidentes Vasculares Cerebrais nos Hemisférios Esquerdo e Direito

AVC no Hemisfério Esquerdo	AVC no Hemisfério Direito
Paralisia ou fraqueza no lado direito do corpo	Paralisia ou fraqueza no lado esquerdo do corpo
Déficit do campo visual direito	Déficit do campo visual esquerdo
Afasia (motora, sensorial ou global)	Aumento da capacidade de distração
Capacidade intelectual alterada	Comportamento impulsivo
Comportamento lento e cauteloso	Falta de consciência dos déficits

Fonte: SMELTZER e BARE (2006,p.2000).

Para Schuster *et. al* (2007,p.83) “a hemiplegia e hemiparesia”, são manifestações clássicas decorrentes do AVE. Já Smeltzer e Bare *et.al* (2009,p.1871) enumeram vários sinais e sintomas que o paciente pode apresentar inicialmente, como dormência ou fraqueza da face, do braço ou perna, confusão mental, disartria, distúrbios visuais, cefaleia intensa súbita entre outras.

1.2 – Diagnóstico

Knobel (2006) afirma que o diagnóstico deve ser realizado quando um paciente apresentar início súbito de déficit neurológico focal ou alteração do nível de consciência. O erro na interpretação do diagnóstico de AVE pode resultar em um tratamento inadequado.

O diagnóstico é realizado através de uma tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética do crânio (RM). A TC sem contrastes é o método mais utilizado por ter custo mais baixo, maior disponibilidade e menor tempo necessário para a realização. (FIGUEIREDO *et. al*, 2012).

Ainda segundo Figueiredo *et. al* (2012), em se tratando de acidente vascular encefálico isquêmico (AVEI) a TC é menos eficaz na detecção das lesões de fossa posterior e quadros agudos corticais e subcorticais, sendo necessária a RM para melhor visualizar essas lesões não vistas e diagnosticar lesões isquêmicas minutos após seu início.

Como bem observa Hausen *et.al* (2006) o atendimento em uma unidade de emergência deve assegurar os sinais vitais, corrigir a hipoxemia, hipoventilação e os distúrbios circulatórios para depois realizar uma anamnese, exame físico, neurológico e investigação laboratorial.

Os dados devem ser obtidos com o paciente ou através de um familiar, que deverá informar a hora do início dos sintomas, história pregressa médica, presença de causas incomuns de AVE (uso de drogas ilícitas, periparto, uso de anticoncepcionais). Todas as informações são importantes para o diagnóstico e na tentativa de esclarecer o tipo clínico do distúrbio circulatório que pode ser: AVCI completo, deficiência neurológica isquêmica reversível e Ataque Isquêmico Transitório (AIT). Os familiares devem ser informados pelo enfermeiro que através da observação das alterações neurológicas sofridas pelo paciente, bem como o horário do início das manifestações clínicas, juntamente com os dados da história pregressa médica, a equipe poderá realizar um diagnóstico, bem como observar a evolução do paciente para estabelecer o tipo clínico do distúrbio circulatório. Dessa forma o paciente receberá o tratamento específico (HAUSEN *et.al*, 2006).

Ainda segundo Hausen *et. al* (2006) o exame clínico deve incluir sinais vitais, pressão arterial, realização de ausculta do coração, carótica e subclávia. A avaliação cardíaca pode apresentar a presença de arritmias cardíacas (fibrilação atrial) ou doença cardíaca concomitante (Infarto Agudo do Miocárdio).

Determinar o nível de consciência é crucial para uma avaliação de complicações do AVE. Esta avaliação poderá ser realizada através de duas escalas, que auxiliarão a avaliação e evolução neurológica do paciente. Para pacientes inconscientes utiliza-se a escala de Glasgow, outra escala detalhada para pacientes com AVE agudo é a NHSS (National Institute of Health Stroke Scale) esta escala é recomendada, pois sua aplicação é fácil e rápida, permitindo uma avaliação ampla do estado neurológico, sua evolução ou melhora significativa, quanto maior o valor obtido na escala NHSS pior será o prognóstico. (HAUSEN *et.al*, 2006).

Nos pacientes com AVCI deve ser solicitado os seguintes exames: hemograma com contagem de plaquetas, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA), glicose, uréia, creatinina, sódio, potássio, cálcio e magnésio. Havendo suspeita de distúrbios nas trocas gasosas e no equilíbrio ácido-base deverá ser realizada uma gasometria arterial (HAUSEN, 2006).

1.3 - Tratamento

O tratamento deve ser realizado em caráter emergencial, utilizando de uma tomografia computadorizada (TC) para descartar a hipótese de um AVE hemorrágico. O objetivo do

tratamento é restaurar o fluxo sanguíneo na região isquemiada prevenindo complicações secundárias (CHULAY, BURNS, 2012).

A terapia medicamentosa iniciar-se-á após a confirmação do diagnóstico. O enfermeiro deve orientar a família dos riscos e benefícios do tratamento, esta orientação deve ser anotada no prontuário do paciente. A hospitalização é indicada nos casos de AVC transitório ou permanente, com menos de 72 horas de início dos sintomas. Algumas intervenções podem ser feitas antes dos exames, com a finalidade de prevenir complicações e evitar progressão do quadro neurológico inicial (SILVA *et. al*, 2009).

De modo geral, as estratégias utilizadas para estabilização do paciente crítico com o objetivo de controlar os possíveis agravos no prognóstico de um AVE são: proteção das vias aéreas, onde deve ser ofertado oxigenoterapia de 2-4L/min. quando o paciente apresentar saturação inferior a 92%; monitorização cardíaca; monitorização e controle da febre que esta associada a um mal prognóstico, devendo em caso de persistência investigar a causa e iniciar antibioticoterapia; controle e correção da hiperglicemia quando estiver $\geq 200\text{mg/dl}$; controle e monitorização da pressão arterial principalmente se apresentar níveis PAS $\geq 200\text{-}220\text{ mmHg}$ e PAD $\geq 120\text{ mmHg}$; terapia trombolítica até 3 horas do início dos sintomas (SILVA *et. al*, 2009).

É de suma importância o acompanhamento de uma equipe multiprofissional no processo de reabilitação do paciente. Contudo evidenciam-se ações de enfermagem, sendo primordial no acompanhamento e desenvolvimento tanto no período hospitalar e o mais importante no âmbito domiciliar (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

1.4 - Complicações do acidente vascular cerebral isquêmico

As complicações mais importantes são edema cerebral e aumento da pressão intracraniana, que pode causar herniação ou compressão do tronco cerebral, convulsões, conversão hemorrágica com ou sem formação de hematoma (HAUSEN *et.al*, 2006).

Para Knobel (2006) deve-se ter os seguintes cuidados no tratamento dos pacientes que apresentam hipertensão craniana: observar a drenagem venosa evitando a compressão das veias jugulares; cabeceira levemente elevada em caso de distúrbio hemodinâmico; evitar episódios de hipotensão; pacientes com redução de resistência periférica utilizar vasopressores.

É importante salientar que os corticoides não estão indicados, pois podem causar risco de infecção, hiperglicemia e sangramentos gastrointestinais; já os barbitúricos são sugeridos, pois reduzem o metabolismo cerebral e a pressão intracraniana, devido aos efeitos colaterais

esses medicamentos são de última escolha (KNOBEL, 2006). Por ser uma doença devastadora, o membro familiar acometido por esta enfermidade necessitará de cuidados específicos. Sendo assim, devem ser observadas além das manifestações clássicas as principais complicações do AVCI, no intuito de minimizar agravos e estabelecer a terapêutica adequada, que podem ser:

Infecções (pneumonias), trombose venosa profunda(TVP), embolia pulmonar, aspiração e úlceras de decúbito. A pneumonia é uma causa importante de morte após o AVC. A sua frequência é maior nos pacientes imobilizados e com perda do reflexo da tosse. A TVP e a embolia pulmonar tem sua frequência diminuída com a imobilização precoce e uso de heparina subcutânea. A desnutrição pode interferir na recuperação do paciente. A dieta deve ser introduzida precocemente. Os pacientes devem ter sua capacidade de deglutir testada, a fim de evitar aspiração. Nos incapazes de deglutir , deve ser introduzida uma sonda nasointestinal. A nutrição via enteral é raramente indicada. (HAUSEN *et. al*, 2006, p.325).

2. Ações de enfermagem na reabilitação domiciliar do paciente portador de AVEI

A reabilitação compreende-se de acordo com Gomes e Sena (2008 apud Ringer, 1994, p.221) “um processo dinâmico, contínuo, progressivo e principalmente educativo, tendo como objetivos a restauração funcional do indivíduo, sua reintegração à família, a comunidade e à sociedade”.

Salienta-se que a reabilitação é um processo lento e progressivo, sendo de suma importância uma equipe multidisciplinar neste processo, proporcionando assim um envolvimento com o paciente e educando os familiares. (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Assim como afirma Chagas e Monteiro (2004, p.194) “os cuidados domiciliares são elementos fundamentais ao tratamento, considerando que o período de reabilitação após AVC pode ser bastante prolongado”.

A reabilitação pós alta hospitalar deve ser contínua envolvendo pacientes e familiares, oferecendo um suporte necessário, fazendo-os entender sobre as mudanças físicas e emocionais após um ataque de AVE (BOCCHI, 2004).

A reabilitação domiciliar visa o acompanhamento do paciente, executando ações que melhore a qualidade de vida do mesmo e reintegrando-o na sociedade.

Assim,

Cabe ao enfermeiro da reabilitação: o desenvolvimento de um processo interacional e transdisciplinar que favoreça o planejamento; implementação e avaliação de medidas terapêuticas de enfermagem voltadas para a educação da saúde com

ênfoque no autocuidado; proporcionar o envolvimento e a participação ativa e sistemática do cliente, família e pessoas significativas em relação aos cuidados a serem desempenhados em casa (GOMES; SENA, 2008, p.221).

O enfermeiro deve orientar tanto o paciente quanto a família sobre o AVE, suas causas, as formas de prevenção e o processo de reabilitação, com ênfase para retomada do autocuidado do paciente, podendo assim abordar possíveis mudanças no ambiente domiciliar ou o uso de dispositivos para auxiliar a conviver com a incapacidade. Diante disso o processo de recuperação e reabilitação domiciliar do paciente acometido por AVE deve ser contínuo visando a independência do paciente incapacitado, proporcionando assim melhor qualidade de vida e de desempenho de suas atividades de vida diária (RODRIGUES *et. al*, 2008; SMELTZER; BARE, 2009).

Uma das principais intervenções de enfermagem à pacientes acometidos por AVE e seus familiares é o processo de educação em saúde, onde cabe ao enfermeiro esclarecer aos mesmos a cerca da doença, diminuindo riscos de complicações. (RODRIGUES *et.al*, 2008).

3.1 O enfermeiro como promotor de educação em saúde para a reabilitação

A educação em saúde faz parte do processo de cuidados, com foco nos aspectos de promoção, manutenção e restauração da saúde. A função do enfermeiro vai muito além das práticas de cuidado, sendo responsável por desempenhar o papel de educador junto aos pacientes e familiares (SMELTZER; BARE, 2009).

Segundo Potter e Perri (2004), o enfermeiro como educador deve identificar pacientes que querem receber informação sobre a doença como também aqueles que se demonstram desinteressados e não se adaptaram, sendo público alvo para o aprendizado, tornando a família como peça fundamental nesse processo de reabilitação, pois assim necessitará de informações e assim melhor compreender a real necessidade do paciente e sua recuperação.

Salienta-se que o processo de reabilitação só será efetiva se houver a conscientização e adaptação do paciente e seus familiares a cerca do problema, pois uma perda de saúde seja ela temporária ou permanente é de difícil aceitação. Ações de enfermagem que minimize essa difícil aceitação são possíveis levando em consideração as relações entre paciente, familiares, envolvendo-os em um processo de ensino aprendizagem, favorecendo assim suporte emocional tanto aos familiares quanto ao próprio paciente (POTTER; PERRI, 2004; TOYODA; SILVA, 2015).

2.2 Ações de enfermagem

Segundo Chagas e Monteiro (2004) há uma necessidade das implementações das ações de enfermagem em relação ao enfrentamento familiar, para que haja uma colaboração durante o processo de reabilitação.

De acordo com os autores acima supracitados o enfermeiro deve planejar e implementar ações que estejam voltadas para os familiares, contribuindo assim para uma melhor reabilitação, pois a família é o elo entre enfermeiro e paciente.

Nesta análise, o enfermeiro como educador deve proporcionar ao paciente e seus familiares, informações necessárias, promovendo o bem estar em saúde com foco na identificação e avaliação do problema visando sempre a reabilitação do cliente. (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

O objetivo dos cuidados de reabilitação é encorajar o cliente e seus familiares, na promoção da qualidade de vida do mesmo estimulando o autocuidado e a independência no seu dia a dia (POTTER; PERRI, 2004).

Destaca-se desta maneira que, o posicionamento correto de um paciente hemiplégico é muito importante, evitando contraturas e aliviando a pressão, por isso deve-se colocar um travesseiro na axila, posicionando o braço mais alto que o ombro e o punho mais alto que o braço assim impedindo a adução do ombro (SMELTZER; BARE, 2009).

A mudança de decúbito é de grande importância para prevenção de úlceras por pressão em pacientes acamados devido ao AVE. Além da mudança de decúbito é importante uso de travesseiros, coxins e almofadas no auxílio ao controle postural devido a perda da força motora e do movimento muscular (LESSMAN; CONTO, 2011).

Caldas e Saldanha (2004) defende a idéia de amparo emocional ao paciente, devendo o cuidador demonstrar carinho, procurando sempre tocar o lado hemiplégico do paciente, pois o mesmo pode ainda não se lembrar de que tem braço ou perna. Outro fator muito importante é nunca se referir ao lado paralisado como “lado doente”, pois o paciente pode sentir dificuldades de relacionar o lado hemiplégico como parte do seu corpo.

A deambulação como auxílio deve ser estimulada assim que o paciente recupera a consciência, além do uso de cadeiras de rodas que podem ser úteis dependendo do caso. Bem como o uso de andadores é de grande valia com o progresso da recuperação, logo o uso de bengalas irá auxiliar a independência do paciente (SMELTZER; BARE, 2009).

O autor acima referenciado afirma que a repetição de uma atividade forma novas vias no SNC e encoraja, portanto, novos padrões de movimento. Neste contexto, exercícios de

flexibilidade, fortalecimento, coordenação, resistência e equilíbrio preparam a pessoa para a deambulação e deve ser sempre estimulado no lado afetado como também do lado não afetado, sempre com o apoio e supervisão da enfermagem.

Outra sequela deixada nos pacientes acometido por AVE é o déficit do autocuidado, devendo o enfermeiro encorajar as atividades de higiene pessoal logo que o paciente conseguir sentar-se. Atividades diárias como pentear cabelo, escovar os dentes, tomar banho entre outras, devem sempre ser estimulada em ambos os lados do corpo (SMELTZER; BARE, 2009).

O processo de reabilitação é certamente lento e progressivo, assim a paciência e perseverança são muito importante neste momento. Cabe ao enfermeiro orientar aos familiares a maneira certa de agir com o paciente, ajudando-o nesse processo a conquistar a independência (LESSMAN; CONTO *et. al*, 2011).

Assim aliado aos conhecimentos práticos e teóricos da enfermagem, visando melhor qualidade de vida ao paciente acometido por AVE, visto que a maioria apresenta limitações para exercer atividades diárias, vale ressaltar a importância das ações empregadas pela enfermagem no processo de reabilitação no âmbito familiar, dando continuidade à recuperação hospitalar (RODRIGUES *et. al*, 2008).

Sendo importante lembrar que as ações devem estar voltadas para a independência do indivíduo e sua inserção na comunidade, além de orientações e apoio emocional às famílias dos mesmos (SILVA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O AVEI é uma doença que possui a necessidade de atendimento imediato, bem como a avaliação de suas complicações e o impacto na vida do paciente e seus familiares. Devido a falta de conhecimento sobre esta patologia, muitos pacientes são acometidos por sequelas que poderiam ser evitadas por um diagnóstico rápido e preciso.

Pode-se observar que o acometimento de paciente pelo AVEI ocasiona uma transformação na estrutura e organização familiar, gerando um desafio na tentativa de promovê-lo juntamente com a manutenção das funções do domicílio. A incapacidade de conseguir resolver situações estressantes ocasiona alterações emocionais em todos os membros, consequentemente poderá ocorrer conflitos e piora da saúde do enfermo.

Em decorrência destas dificuldades a atuação do enfermeiro dentro da unidade familiar se faz necessária. É importante que este profissional promova o acolhimento desta

unidade, a fim de se criar um vínculo de confiança com o objetivo de motivar esta a promover o cuidado. No entanto o cuidador deverá receber todas as orientações antes da alta hospitalar, com a finalidade deste proporcionar um cuidado de qualidade no domicílio.

O AVEI é uma doença de longo tratamento, sendo assim o cuidador necessitará de instruções acerca do cuidado domiciliar, ao promover a educação em saúde o enfermeiro estará garantindo o direito do indivíduo poder optar por uma vida mais saudável. O objetivo da educação em saúde é capacitar o cuidador para que este ao ser confrontado por situações desafiadoras possa solucioná-las de forma correta e com segurança.

A incapacidade de resolver problemas ocasiona o comprometimento da saúde do grupo familiar. Dessa forma, o enfermeiro deve atuar dentro deste grupo com o intuito de motivar a família mudar seu estilo de vida. Educar em saúde é provocar uma transformação no qual poderá observar sua influência através de resultados positivos na vida do paciente e seus familiares.

A análise da literatura descreve ações pertinentes ao enfermeiro visando melhoria na qualidade de vida dos pacientes acometidos por AVE, os quais sofreram sequelas decorrentes do mesmo. Visto que dependendo do local e extensão da lesão tais sequelas poderão ser irreversíveis se não houver o tratamento adequado.

Cabe ao enfermeiro e a equipe multidisciplinar desenvolver ações a fim de possibilitar a reabilitação do paciente e evitar novos ataques, para isso considera-se importante conhecer a relação paciente família. Observa-se deste modo que além do paciente o enfermeiro deve oferecer orientações às famílias dos pacientes a cerca da doença e compreender a relação paciente família, pois a família é elo entre enfermeiro e paciente.

No que se refere a reabilitação, afirma-se que é um processo longo e progressivo e deve ser iniciado o quanto antes para que seja efetivo, porém é preciso paciência do paciente e de seus familiares. Contudo, as ações de enfermagem voltadas para o âmbito domiciliar, auxiliarão pacientes e familiares à aceitação e melhor qualidade de vida para o cliente de modo a voltar a exercer atividades de vida diárias, enfatizando a independência do mesmo.

Vale ressaltar a inserção do indivíduo na comunidade, minimizando situações desconfortáveis para o mesmo, visto que o apoio emocional dado pelo enfermeiro o ajudará a superar eventuais constrangimentos. Portanto, o enfermeiro como promotor de educação em saúde visando à reabilitação do cliente deve o incentivá-lo, auxiliá-lo no autocuidado e ainda fomentar o elo entre família e paciente, afim de uma recuperação ainda mais efetiva em um menor período possível, visto que cabe ao paciente e sua família paciência, pois é um processo lento e progressivo.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Rafaela Baggi Prieto, **Acidente Vascular Encefálico**, Revista UNILUS Ensino e Pesquisa, v.11, nº25, Santos – SP, 2014.

ANDREOLLI, T.E. Cecil. **Medicina Interna Básica**. 5ª ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2002.

BARBOSA, Maria Aglair Ribeiro, **Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário**, Revista Brasileira de Clínica Médica, v.7, n.6, pp. 357-360, 2009. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/-v7n6/a001.pdf> > Acesso em: 26 out 2016.

BOCCHI, Sílvia Cristina Mangini. **O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.57 nº5, 2004.

CALDAS, Célia Pereira; SALDANHA, Assuero Luiz. **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CANCELA, Diana Manuela Gomes, **O Acidente Vascular Cerebral – Classificação, principais consequências e reabilitação**, Trabalho realizado no estágio de complemento ao diploma de Licenciatura em psicologia pela Universidade Lusíada do Porto, 2008.

CARVALHO, Marta (2006). **Manifestações Clínicas de AVC**.

CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2 ed. Porto Alegre; Atheneu, 2008.

CHAGAS, Natália Rocha; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. **Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente vítima de acidente vascular cerebral**. Acta sci., health sci, v.26, nº01, p. 193-204, 2004;

CHULAY, Marianne; BURNS, Suzanne M., **Fundamentos de Enfermagem em Cuidados Críticos da AACN**, 2. ed., Porto Alegre, Editora Artmed, 2012.

FIGUEIREDO, Marcelo Marinho de *et.al*, **Evidências sobre Diagnóstico e Tratamento do Acidente Vascular Encefálico no serviço de urgência**. Rev. Narrativa da Literatura, v.17(4), p.167-172, São Paulo, 2012.

GOLDMAN Lee; BENNETT J. Claude, Cecil. **Tratado de Medicina interna**. 21ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

GOMES, Shirley Rangel; SENNA, Mônica. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular. Cogitare enferm., Rio de Janeiro, v.13, nº2, p. 220-226, 2008.

HAUSEN *et. al*. **Rotinas em Terapias Intensiva**. In: BARRETO, Sérgio Saldanha Menna; VIEIRA, Silvia Regina Rios; PINHEIRO, Cleovaldo Tadeu dos Santos e colaboradores. 3ª ed. São Paulo: Artmed, 2006.

KNOBEL, Elias(Org.) **Condutas no Paciente Grave**, 3ªedição São Paulo: Atheneu, 2006.

LAVOR, Ícaro Guedes de; *et al.*, **Perfil dos Casos de Acidente Vascular Cerebral Registrados em uma Instituição Pública de Saúde de Campina Grande – PB**, Revista Tema, v.12, n.17, 2011.

LESSMANN, Juliana Cristina; DE CONTO, Fernanda; RAMOS, Greice *et. al.* **Atuação da Enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico**. Rev. Brasileira de Enfermagem, v. 64, p.1-6, Brasília, 2011.

LOPES, Antônio C. **Tratado de Clínica Médica**. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2009.

PONTES-NETO, Octávio M.; *et al.*, **Diretrizes para o Manejo de Paciente com Hemorragia Intraparenquimatosas Cerebral Espontânea**. Arquivo de Neuropsiquiatria, v.67, n.3-B, pp. 940-950, 2009. Disponível em: < http://neurologiahu-ufsc.br/files/2012/08/Consenso-Bras_AVEh_Intraparenquimatoso_2009.pdf > Acesso em: 27 out 2016.

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

RODRIGUES, Livia de Sousa *et. al.*, **Paciente com Acidente Vascular Encefálico e a rede de apoio familiar**. Rev. Brasileira de Enfermagem, v.62(2), p.272-277; Brasília, 2009.

SILVA, Amauri Aluísio da, **Impacto do AVC na vida familiar: Uma contribuição da psicoeducação**, Tese da Universidade Lusófona de humanidades e tecnologias Instituto de Educação, Lisboa, 2011.

SILVA, Luciana Leite Melo, *et al.*, **Fatores de Risco para Acidente Vascular Encefálico**. Universitas Ciências da Saúde, v.3, n.1, pp. 145-160, 2009.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SCHUSTER, Rodrigo Costa; SANT, Cintia Ribeiro; DALBOSCO, Vânia. **Efeitos da estimulação elétrica funcional (FES) sobre o padrão de marcha de um paciente hemiparético**. ACTA FISIATR 2007; 14(2): 82 - 86

TOYODA, Cristina Yoshie; SILVA, Livia Maria Fulgêncio. **Orientação domiciliar a familiares e cuidadores de pacientes com Acidente Vascular Encefálico – Papel do terapeuta ocupacional**; 8º Congresso de Extensão Universitária da UNESP, 2015.