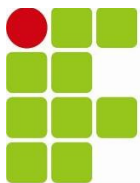


Cleonice Rech Tschá
Evelise Corrêa
Ezequiel Veiga

**CUIDADOS COM INCAPACITADOS PELO AVC
NO AMBIENTE FAMILIAR**

Joinville/SC
2009



CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO
TECNOLOGICA DE SANTA CATARINA
UNIDADE DE ENSINO JOINVILLE
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

**CUIDADOS COM INCAPACITADOS PELO AVC
NO AMBIENTE FAMILIAR**

Cleonice Rech Tschá
Evelise Corrêa
Ezequiel Veiga

Orientadora:
Roni Regina Miquelluzzi

Joinville/SC
2009

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
JUSTIFICATIVA.....	4
OBJETIVOS.....	5
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
METODOLOGIA.....	8
RESULTADOS ALCANÇADOS.....	9
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12
APÊNDICES.....	13
ANEXOS.....	16

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é caracterizado pela lesão no cérebro causada por um "acidente" em um dos vasos sanguíneos que irrigam a região cerebral. O AVC é a terceira causa de morte com uma mortalidade global de 18% a 37% para o primeiro derrame e superior a 62% para os episódios subsequentes (SMELTZER; BARE. 1998, p.1473).

O AVC pode causar lesões no cérebro e deixar sequelas que podem ser mais ou menos graves, dependendo da área do cérebro afetada e do tempo que o paciente levou para ser atendido. A educação do paciente e familiar é essencial para a reabilitação e tratamento. Existem várias formas de reabilitação, vai depender do tipo de comprometimento neurológico que a pessoa tiver.

A assistência domiciliar vem emergindo nas últimas décadas como tema de relevância sendo discutido na área da saúde. O cuidador tem papel importante nessa nova realidade como a reintegração do paciente nas suas atividades em busca de melhor qualidade de vida.

O projeto de orientação aos familiares e cuidadores de pessoas com sequelas de AVC surgiu quando se observou que a maioria das famílias, embora com falta de informações, cuida de seus familiares doentes, de uma forma intuitiva ou baseada em experiências anteriores ou pela troca de informações com outras pessoas.

O projeto foi desenvolvido no período de dezembro de 2008 a janeiro de 2009 em domicílios com incapacitados pela sequela de AVC e seus familiares e/ou cuidadores informais.

JUSTIFICATIVA

O AVC é uma doença que pode trazer como consequências uma variedade de sequelas e está entre as principais causas de morte no mundo.

Diante das incapacidades impostas pelo AVC, está o cuidador. Os pacientes, após a fase aguda quando acometidos do AVC, recebem alta hospitalar e são cuidados em seus domicílios. A utilização dos familiares é uma prática bem antiga e tem se tornado cada vez mais frequente. Esses cuidadores, na maioria das vezes, recebem escassa orientação por parte dos profissionais a respeito dos cuidados para o cuidado, reabilitação como também, para prevenção de outras complicações.

Segundo Perline et AL (2000), os cuidadores cuidam de seus familiares doentes geralmente de uma forma intuitiva, com base em suas crenças, possíveis experiências anteriores, e pela troca de informações com outras pessoas que podem ser amigos, vizinhos, grupos ligados à igreja, grupos de voluntários.

A falta de conhecimento e habilidade do cuidador pode trazer sérias consequências ao paciente, entre elas, hospitalizações seguidas. Além disso, o despreparo pode gerar para ambos, desgaste físico intenso e proporcionar outros riscos. O membro da família que está apto para cuidar deve ter mais disponibilidade, estar mais próximo do paciente bem como receber treinamento adequado para poder desempenhar esse papel.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo orientar sobre os cuidados básicos de saúde para pessoas incapacitadas pelo AVC e seus cuidadores, prestando assistência de enfermagem individualizada.

OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Orientar sobre cuidados básicos de saúde e prestar assistência de enfermagem às pessoas incapacitadas pelo AVC e seus cuidadores para promoção da qualidade de vida.

3.2 Objetivo Específico:

- Conhecer a realidade da pessoa com incapacidade de AVC e o perfil do cuidador através de questionário;
- Conhecer e elaborar um plano de cuidado a partir das necessidades individuais;
- Realizar ações educativas sobre cuidados básicos de saúde e incentivar o autocuidado;
- Orientar o cuidador para o cuidado de si;
- Realizar atividades de relaxamento e alongamento em família.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O AVC é uma perda repentina da função cerebral resultante do rompimento do suprimento sanguíneo para uma parte do cérebro, geralmente resultado final de vários anos de evolução de doenças vasculares cerebrais crônicas. O AVC é a terceira causa de morte com uma mortalidade global de 18% a 37% para o primeiro derrame e superior a 62% para os episódios subsequentes (SMELTZER; BARE. 1998, p.1473).

Quando o cérebro é privado de oxigênio de 3 a 7 minutos, tanto as células cerebrais quanto as nervosas começam a morrer. Se estas células forem destruídas, o resultado será irreversível. Embora o local da lesão celular esteja situado no cérebro, as consequências são disseminadas. Os déficits neurológicos permanentes têm um profundo efeito físico, emocional e financeiro sobre o paciente e sua família. (TIMBY, 2005).

Conforme Fernandes, 1994, apud. Gagliard, 1996, as causas do AVC são diversas. Dentre elas podemos citar a hipertensão arterial, diabetes, doenças cardíacas (doença coronariana, hipertrofia ventricular esquerda, fibrilação arterial), fumo e álcool.

A degeneração dos tecidos leva à perda do número de células e um encolhimento de órgãos, como: fígado, cérebro, pulmão, rim, baço e pâncreas. No homem, a próstata aumenta de tamanho causando a obstrução urinária. O coração também aumenta, principalmente devido à hipertensão. Estas alterações na pessoa idosa, diminuem a capacidade de filtração pelo rim, a atividade cardíaca e a capacidade pulmonar. A capacidade de defesa do organismo também fica diminuída devido ao comprometimento do sistema imunológico, tornando a pessoa idosa mais suscetível às infecções. (REIBNITZ, Kenia S. et.al, 2001, p.21.)

Segundo Bárbara (2005), a hemiplegia é um resultado comum paralisando um lado do corpo, podendo ocorrer também, a afasia expressiva, tornando a pessoa incapaz de falar.

A permanência numa mesma posição pode levar as várias complicações, como: pneumonia ortostática, úlcera de decúbito, trombose venosa, constipação intestinal, perda do apetite, diminuição do tônus e da massa muscular, entre outras complicações mais sérias. (REIBNITZ, Kenia S. et al, 2001, p.91).

O tratamento varia e é direcionado à eliminação da causa, quando esta for conhecida. Em muitos casos, o tratamento é de suporte de cuidado porque a intervenção clínica ou cirúrgica não consegue reparar o tecido cerebral lesado.

Doença grave, que gera incapacidades crônicas, com perda da independência e autonomia, pressupõe que alguém auxilie nas suas dificuldades de desempenho das atividades diárias.

Para auxiliar de forma mais efetiva, é fundamental que o cuidador tenha conhecimento dessas dificuldades, que diferenciam de pessoa para pessoa conforme a área afetada. Essas podem ser tanto de movimento como de sensibilidade ou fala, e também problemas ao engolir, de visão, de coordenação e mesmo de ordem intelectual e de caráter.

Segundo Avello, muitas vezes, o próprio doente não consegue entender o que está acontecendo, e demonstra irritação ou fica depressivo. O mesmo autor salienta que se o doente tem de permanecer acamado, deve-se ter especial cuidado para evitar as úlceras de decúbito, pois os doentes com falta de sensibilidade são muito propensos a elas.

Apenas o fato de permanecer algum tempo por dia em uma poltrona ou dar um pequeno passeio pode ser muito benéfico para muitos doentes, especialmente para pacientes anciãos que podem ter predisposição a ficar na cama. Isso dificulta a sua recuperação e aumenta o risco de

problemas secundários à imobilização (úlceras de decúbito e embolia pulmonar), conforme (AVELLO; GRAU, 2005, p.).

O cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente no domicílio. Os cuidadores secundários seriam os familiares, voluntários e profissionais que prestam atividades complementares. (DIAS; UNICAMP, 2005, p.20).

A educação do paciente e de sua família também é essencial.

De uma forma geral, o indivíduo com AVC necessita dos seguintes cuidados:

- Suporte emocional, os acompanhantes devem ser orientados a não deixarem a pessoa sozinha.
- Utilizar técnicas de alimentação e deglutição que reduzem o risco de aspiração
- Realizar manobras de Heimlich se necessário para desobstruir as vias aéreas se o paciente engasgar após alimentar-se.
- Remover tapetes, evitar a desordem e fios elétricos do ambiente doméstico para reduzir o risco de queda.
- Prevenção de acidentes decorrentes da incapacidade motora, os objetos de uso pessoal devem ser colocados ao seu alcance.
- Mudar a posição do paciente com frequência e utilizar órteses ou imobilizadores destinados a manter as extremidades na posição anatômica adequada.
- Contatar recursos comunitários como, por exemplo, empresas de suprimentos médicos que alugam ou vendem dispositivos de cuidados especiais como cama hospitalar, andador, cômoda sanitária e outros.
- Realizar cuidados de higiene e conforto.
- Realização de exercícios passivos e ativos, a deambulação precoce e auxiliada precisa ser estimulada.
- Aplicação de estratégias de comunicação adequadas ao grau de lesão identificada, a pessoa pode apresentar dificuldade de dicção, fala ou compreensão (PROFAE, 2003, 4 p.72).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para este estudo foi qualitativa, preocupando-se com o nível de realidade que não pode ser quantificado e permitiu conhecer a realidade do incapacitado pelo AVC e as experiências do cuidador. (MINAYO, 1994).

O projeto foi desenvolvido no município de Joinville-SC, no período de dezembro de 2008 a janeiro de 2009, com universo de 05 pessoas incapacitadas pelo AVC, seus cuidadores e familiares, pertencentes à área de abrangência da unidade básicas de saúde no Jarivatuba.

Inicialmente foi realizada uma visita acompanhada pela enfermeira da Unidade Básica do bairro, seguida de entrevista dirigida com intuito de conhecer a pessoa com a incapacidade de AVC e seu cuidador ou familiar que permitiu identificar as principais necessidades e elaborar estratégias de intervenção direcionadas e personalizadas.

No decorrer das visitas, as famílias e a pessoa incapacitada foram orientadas acerca de cuidados básicos à saúde, através de conversas individuais e ou em grupo familiar. A assistência de enfermagem foi prestada conforme necessidades individuais e foram realizadas dinâmicas de relaxamento com a família.

RESULTADOS ALCANÇADOS

As famílias e as pessoas incapacitadas pelo AVC foram receptivas e demonstraram necessidade de orientações sobre cuidados. As experiências das visitas domiciliares em 5 residências são descritas abaixo como família A, B, C, D, E.

Inicialmente a visita foi acompanhada pela enfermeira e agente comunitária de saúde que teve como objetivo apresentar a equipe às famílias. No decorrer das visitas realizamos cuidados de enfermagem demonstrando técnica correta e orientações gerais como cuidados quanto à higiene e conforto, na alimentação e nas eliminações. Foi dada atenção também ao cuidador, pois a atividade diária do cuidar o expõe ao desgaste, ao stress e sintomas físicos como dores musculares e hipertensão. Foi passada orientação para o cuidado de si, e realizadas práticas de alongamento e relaxamento.

Constatamos através de questionário que 60% dos pacientes eram do sexo feminino e 40% do sexo masculino. Os seus cuidadores eram todos familiares, cônjuges, filhas e netas, sendo 3 dependentes e 2 parcialmente dependentes.

Família A – Constituída pela ex-esposa com 60 anos, filho e neto. Acometido pelo AVC há 6 anos, recebe cuidados da ex-esposa, que também cuida de seu neto de 4 anos; referiu problemas de saúde e raramente recebia auxílio nas atividades. Neste caso, a cuidadora também necessitou de cuidados. Foi orientada a estimular o paciente no autocuidado, pois o mesmo, deambulava com auxílio e tinha condições para se cuidar.

Família B - Constituída pela esposa, filha e a pessoa acamada com 77 anos, sexo masculino, teve seu segundo AVC. Necessitava de cuidados mais complexos como aspiração de traqueostomia, curativos em várias úlceras de pressão e alimentação enteral. Relataram que após alta hospitalar, sentiram-se desamparados. Uma das dificuldades apresentadas foi em relação ao material utilizado para dieta enteral (equipo inadequado). A cuidadora e também filha que morava no mesmo terreno com marido e filhos, ainda cuidava da mãe idosa e irmã portadora de necessidades especiais. Foi orientada a procurar apoio dos irmãos para que esses dessem maior auxílio, aliviando a sobrecarga da cuidadora. Orientada também sobre a técnica correta na aspiração de traqueostomia, com luvas estéreis, água destilada ou fervida e na realização de higiene oral.

Família C – Paciente com 59 anos, viúva, acamada há 15 anos, mora com a família composta por 8 membros. Notamos que a paciente era bem cuidada, que sua cuidadora tirava tempo para cuidar de si e nos momentos de lazer procurava levar a mãe junto (praia). Uma das dúvidas por parte da cuidadora é caso houvesse afogamento com alimentos, e esta foi orientada quanto aos sinais e sintomas de afogamento e o que fazer (manobra de Heimlich). Orientamos também a necessidade de realizar massagem e movimentar as articulações da paciente, pois a mesma ficava sempre na mesma posição e não gostava de ir à fisioterapia.

Família D – Mulher com 75 anos, cadeirante, acometida pelo 2º AVC em 2008 apresentando hemiparesia D. É portadora de diabetes Mellitus há 20 anos. Mora com o marido, principal cuidador e 3 filhas que sempre a ajudam. O cuidador, neste caso, era hipertenso e não se tratava. Foi orientado quanto à alimentação adequada, importância dos exercícios físicos e a procurar um médico. A paciente não dependia de maiores cuidados. Foi orientada quanto a estímulos físicos para maior circulação das extremidades e a retomada do convívio social, pois a mesma relatou que participava de clube de terceira idade e estava afastada devido a sua dificuldade de locomoção.

Família E – Pessoa com 95 anos, acamada há 11 e sem uso de medicação alguma. A filha de 80 anos e a neta de 42 anos eram as cuidadoras sendo ambas portadoras de hipertensão arterial. Referem dificuldade de fazer acompanhamento médico na unidade de saúde, pois não tinham

condução própria. A pessoa com sequelas apresentava dificuldade de deglutição o que acarretou perda de peso e a formação de escaras, que estava em processo de cicatrização, na região do trocanter. As cuidadoras receberam orientação para mudança de decúbito, utilização de coxins e alimentação pastosa.

Percebemos que o AVC acomete não apenas a pessoa, mas toda a família, sobretudo aquele familiar que assume a função de cuidador. Ser cuidador familiar é uma tarefa árdua, difícil, que limita a vida do cuidador. Os motivos que levam as pessoas a serem cuidadores familiares são os sentimentos de obrigação e solidariedade, financeiros, os fatores históricos e culturais e o simples fato de não existir uma outra opção.

O objetivo proposto foi alcançado, pois familiares e incapacitado tiveram oportunidade esclarecer suas dúvidas e receber orientação quanto a cuidados tanto do paciente quanto dos cuidadores.

Este projeto foi de grande valia, pois tivemos a oportunidade de colocar em prática conhecimentos adquiridos no decorrer do curso e buscar ainda mais, além de proporcionar melhores condições a essas pessoas para realizarem os devidos cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pessoas incapacitadas pelo AVC e seus cuidadores, necessitam de maior atenção por parte dos serviços de saúde e da sociedade, especialmente quando a doença crônica constitui um dos mais relevantes problemas de saúde pública.

O cuidador familiar representa a base do cuidar no domicílio e assegura a grande parte da assistência a esse nível. Para a continuidade do cuidado em casa, os cuidadores devem iniciar o desenvolvimento da capacidade para cuidar durante a hospitalização.

Devem ser disponibilizados pelas instituições e órgãos sociais e de saúde para com os cuidadores, investimento em políticas de intervenção que garantam a integridade física e psicológica das pessoas com incapacidades e de seus cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVELLO, Isabel M.S.; GRAU, Carme F. Enfermagem Fundamentos do Processo de Cuidar. 4ª Edição. Difusão Cultural do Livro: São Paulo 2005.

CONTEXTUALIZANDO O AUXILIAR DE ENFERMAGEM NA ASSISTENCIA AO ADULTO E AO IDOSO, Editora Insular serie auxiliar de enfermagem, volume 4 ano 2001, ORGANIZADORAS: Kenya Schmidt Reibnitz, Marta Lenise do Prado, Lidvina Horr, Maria de Lourdes de Souza. Pg 21 e 91.

DIAS, Ernesta Lopes Ferreira, et. Al. *Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar.2 Edição*. Editora da UNICAMP.São Paulo 2005.

EVARISTO, Eli F. Derrame Cerebral. Medical Update. São Paulo: Bolina, ano 4 nº 39. pág 11, novembro de 2006.

FERNANDES (1994, apud. Gagliard, 1996, p.44),

GAGLIARD, Rubens José. Doenças cerebrovasculares: condutas. 1 vol. p.44. São Paulo: Geo-gráfica, 1996.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método, criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 9–27.

PERLINE, Nara O. G., e Faro, Ana C. M. Dissertação. Disponível em <http://www.ee.usp.br/receusp/upload/pdf/18.pdf>. Acesso em 07/02/2008.

PROFISSIONALIZAÇÃO DE AUXILIARES DE ENFERMAGEM (PROFAE) – SAÚDE DO ADULTO, ASSISTÊNCIA CLÍNICA / ÉTICA PROFISSIONAL - 4 ANO 2003 , pg 72 Ministério da Saúde.

SMELTZER, Suzanna C.; BARE, Brenda G.(1998, p.1473). Brunner e Suddarth – Tratados de Enfermagem Médico – Cirúrgica. Editora Guanabara Koogan.

TIMBY Barbara K, Smith Nancy E, Enfermagem Médico Cirúrgico, 8ª edição, 2005, editora Manole Ltda.

APÊNDICES

Apêndice 1

Perfil do cuidador familiar principal de paciente incapacitado por AVC.

Idade (em anos)

- 23 – 39
- 40 - 59
- 60 - 73

Sexo

- Masculino
- Feminino

Religião

- Católica
- Evangélica
- Outras

Estado Marital

- Casado
- Solteiro / separado
- Viúvo

Escolaridade (anos de estudo)

- Fundamental
- Médio
- Superior
- Sem instrução

Situação atual de Ocupação

- Afazeres do lar
- Aposentado / pensionista
- Domésticas remuneradas
- Comércio
- Indústria metalúrgica
- Outros

Apêndice 2

Perfil do paciente incapacitado por AVC.

Idade:..... Sexo:.....
Cor:..... Religião:.....
Estado Civil:..... Escolaridade:.....
Profissão:..... Familiar:.....

- 1- Qual o histórico de doença do paciente? Quais as sequelas?
- 2- Como os membros da família estão vivenciando a doença?
- 3- Como o problema do paciente esta alterando ou dificultando a vida familiar?
- 4- Que necessidades de saúde a família está requerendo?
- 5- Perfil do cuidador:

Apêndice 3

Necessidades da pessoa com incapacidade de AVC

	SIM	NÃO
Higiene no leito		
Higiene no chuveiro		
Higiene íntima		
Higiene do cabelo		
Higiene oral		
Troca de roupa		
Prevenção úlcera decúbito		
Mudança de decúbito		
Cuidado com dermatites		
Curativos		
Auxílio para uso de sanitários		
Auxílio para uso de comadre		
Troca de fraldas		
Dispositivo coletor de urina		
Sonda vesical de demora		
Preparo da alimentação		
Auxilia na alimentação VO		
Administra alimentação SNG		
Administra medicação		
Controla horário da medicação		
Posiciona para dormir		
Previne queda		
Auxilia na deambulação		
Auxilia no uso de equipamentos		
Estimula exercícios físicos		
Estimula atividades de lazer		
Acompanha serviço fisioterapia		
Acompanha consultas médicas		
Outros		

MANUAL DO PACIENTE

AVC

"DERRAME"

O que você
deve saber!



Apresentação

O AVC, no Brasil, é recordista em números de óbitos e incapacidade segundo dados estatísticos do DATASUS de 1997.

O AVC impõe muitos desafios e também proporciona um processo de aprendizagem que faz superar limitações, quer no sentido emocional, físico e social. Esta ultrapassagem de barreiras requer a disposição de pacientes, familiares e profissionais envolvidos para ampliar conceitos e trabalhar em conjunto.

Nesse sentido as informações contidas neste guia prático objetivam:

- alertar sobre os fatores de risco;
- sinais e sintomas;
- descrever situações freqüentes pós AVC;
- e expor algumas orientações sobre neuroreabilitação e independência no cotidiano.

A equipe.

Elaboração:

Beatriz Rangel
Fisioterapeuta - CREFITO 10/6175-F

Maria Gabriela R. Ferreira
Psicóloga - CRP 12/1510

Liliana B. E. Fenili
Terapeuta Ocupacional - CREFITO 10/3137-TO

Simone A. Osborne
Fonoaudióloga - CRF 4258

Carla H. C. Moro
Neurologista - CRM 6298 - Coordenadora da U-AVC

O que é o AVC?

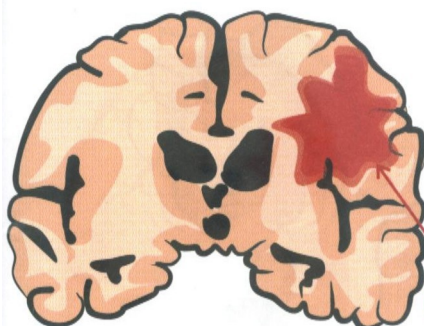
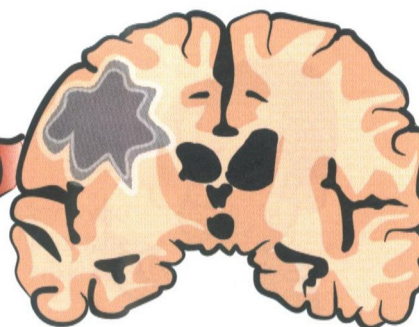
O AVC (Acidente Vascular Cerebral) é popularmente conhecido como "derrame". Isto ocorre quando o suprimento sanguíneo é reduzido ou bloqueado, podendo haver a perda súbita da função neurológica, ocasionando lesões cerebrais que podem ser: pequenas, severas, temporárias ou permanentes. O AVC pode ocorrer a qualquer hora, durante qualquer atividade e até durante o sono.

Quais são os tipos de AVC?

AVC isquêmico

O AVC isquêmico é o mais comum. Ocorre quando um **vaso** que irriga o cérebro é bloqueado.

Oclusão
arterial



AVC hemorrágico

O AVC hemorrágico ocorre devido à ruptura de um vaso sanguíneo, dentro ou ao redor do cérebro.

Sangramento

O que é "ameaça de derrame"?

Ocorre quando um vaso é bloqueado por um período e depois o fluxo sanguíneo volta ao normal. Acontecendo isto, o indivíduo perde a função neurológica e depois a recupera em menos de 24 horas (geralmente minutos). Isso é um aviso de que algo está errado e este indivíduo deve fazer exames para descobrir a causa e tratá-la, antes que um "derrame" definitivo ocorra.

Quais são os indivíduos que tem a maior chance de ter um AVC?

- ✿ Idosos
- ✿ Obesos
- ✿ Sedentários
- ✿ Alcoólatras
- ✿ Fumantes
- ✿ Diabéticos
- ✿ Cardíacos
- ✿ Hipertensos
- ✿ AVC ou "ameaça de derrame" prévio



Quais sintomas indicam a ocorrência de um AVC?

Os sintomas descritos abaixo, não ocorrem somente nos AVCs, mas são um alerta.



O que fazer na suspeita de AVC?

Não perca tempo. Dirija-se imediatamente a um serviço de emergência hospitalar.

Por que internar?

Para evitar as complicações, investigar o tipo e a causa do AVC e realizar a terapêutica apropriada.

Onde internar?

Em hospitais que dispõem de estrutura adequada e equipe especializada no tratamento emergencial do AVC.

Existe tratamento?

Atualmente existe o medicamento alteplase (rt-PA), que se administrado em até 3 horas após o início dos sintomas, reduz o grau de invalidez nos pacientes com AVC do tipo isquêmico.

Como descobrir o tipo e a(s) causa(s)?

Isto será realizado através de vários exames que serão indicados pelo neurologista responsável de acordo com a necessidade de cada paciente. Entre eles estão: exames de sangue, radiográficos, eletrocardiogramas, ecodopler de carótidas, tomografia computadorizada de crânio, ecocardiograma, líquor, angiografia cerebral e doppler transcraniano.

O que ocorre após um AVC?

Os pacientes poderão apresentar déficits, tais como:

- **motores** - diminuição (hemiparesia) ou a perda do movimento (hemiplegia);
- **sensibilidade** - manifestam-se pelas alterações táteis, sensação de formigamento e dificuldade em saber onde está o braço (diminuição da sensibilidade proprioceptiva);
- **visuais** - podem englobar, visão dupla (diplopia), cortes no campo visual (hemianopsia) e diminuição dos movimentos oculares;
- **perceptivos** - podem incluir alterações da imagem e esquema corporal e das relações espaciais como as noções de distância;
- **deglutição** - dificuldade no ato de mastigar e engolir pela alteração de sensibilidade e de mobilidade da língua, lábios e bochechas (disfagia);



- **linguagem** - alterações na expressão oral e escrita e ou dificuldades em compreender (afasia);
- **cognitivos** - envolvem alterações na atenção, memória, organização e planejamento das ações (disfunção executiva) e raciocínio entre outras;
- **humor** - depressão e ansiedade.

Aspectos Psicológicos

Após um AVC é comum o paciente apresentar-se com:

- **ansiedade** - medo de que um novo AVC ocorra e expectativa em relação a sua recuperação etc;
- **depressão** - como seqüela da lesão causada pelo AVC ou secundária à nova condição;
- **instabilidade emocional** - dificuldade para controlar as emoções.

O que fazer?

O trabalho psicológico tem por objetivo entender a origem das modificações destes aspectos psicológicos. Através de técnicas psicoterapêuticas auxilia o paciente a compreender o seu estado e elaborar as perdas, contribuindo na adaptação à nova realidade, desenvolvendo o sentimento de competência, melhorando assim a qualidade de vida. A terapia pode ser individual ou em grupo. A formação de grupos de psicoterapia e de orientação familiar possibilita a troca de experiências e a socialização. Com base nas experiências vividas pelos demais, o paciente e seus familiares podem compreender mais claramente a sua condição.

Aspectos da neuropsicologia e da reabilitação cognitiva:

Apesar de não serem tão evidentes quanto os déficits motores ou de linguagem, os déficits cognitivos podem prejudicar a independência

do paciente. Para saber quais são estes déficits, quais as habilidades cognitivas (mentais) estão prejudicadas e quais estão mantidas, é necessário que seja realizada uma avaliação neuropsicológica. Esta avaliação norteia a reabilitação cognitiva do paciente pós AVC.

A reabilitação cognitiva, então, vai desenvolver atividades para melhorar ou compensar as dificuldades apresentadas pelo paciente.

Por que a participação da família é importante?

Se os familiares forem incluídos desde o início no tratamento:

- não ficam temerosos de sua capacidade de lidar com o paciente em sua casa;
- farão com que os objetivos terapêuticos prossigam após a alta hospitalar;
- terão envolvimento mais efetivo no processo de neuroreabilitação;
- um membro da família pode tornar-se um excelente co-terapeuta.

O paciente, por sua vez, ficará motivado por saber que a família se sente mais confiante e que ele não é visto como um peso.

Parentes, vizinhos e amigos do paciente representam um "time" de apoio importante a curto e longo prazo.

Quais alterações pós AVC podem influenciar a atividade sexual?

Após um AVC podem acontecer dificuldades físicas, emocionais e sociais que interferem no desempenho sexual.

As dificuldades podem ser: cansaço, demora na excitação sexual, diminuição da lubrificação vaginal, impotência, prejuízo nos movimentos e nas sensações.

Emocionalmente pode acontecer uma diminuição no sentimento de competência, temores, ansiedade e depressão.

Na vida social é freqüente a inabilidade para discutir a sexualidade, o que interfere ainda mais nos relacionamentos.

Para planejar o avanço na atividade sexual é necessário ajustar-se para outras atividades. É importante dar atenção aos cuidados de higiene, beleza, despendendo um tempo ao próprio corpo, sentir-se relaxado e com privacidade garantida.

As alterações físicas podem limitar posições, mas não devem impedir a existência de uma vida sexual após o AVC.

Orientações

Após a alta o paciente deve seguir atentamente as orientações recebidas do neurologista e a equipe de neuroreabilitação para:

- Tratar a causa do AVC como fumo, pressão alta, doença cardíaca entre outros, a fim de evitar novos episódios.
- Prosseguir com a reabilitação para recuperação das seqüelas. Sendo indicado um tratamento especializado em neuroreabilitação.
- Retornar sempre que solicitado por um dos profissionais da equipe, para reavaliação.



É prejudicial ao paciente oferecer uma bola para apertar

Este exercício fortalece a musculatura que fecha a mão, prejudicando ainda mais os músculos que abrem a mão.

Pós **AVC** DERRAME

Posturas e transferências do paciente

Elaboração:

Beatriz Rangel
Fisioterapeuta - CREFITO - 10/6175-F

Liliana Beatriz Etchatz Fenili
Terapeuta Ocupacional - CREFITO 10/3137-TO

Dra. Carla Heloisa Cabral Moro
Neurologista - CRM 6298 - Coordenadora da U-AVC

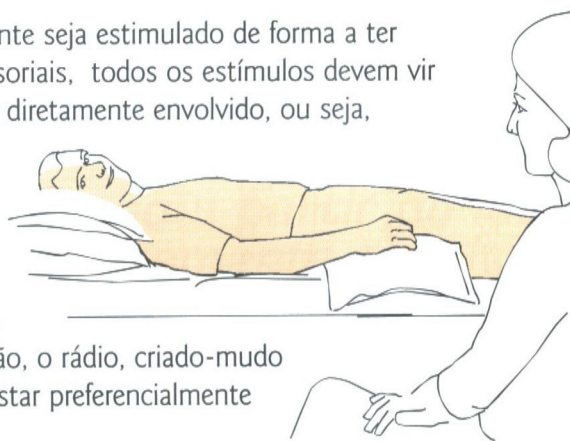
Cezar Modesti
Modelo

Muitos pacientes após um AVC esperam que alguém lhes dê banho, os alimentem, vistam suas roupas e realizem suas tarefas diárias, quando o ideal é que sejam encorajados, orientados e treinados para que realizem sozinhos as atividades do cotidiano. A experiência da independência poderá ser uma das melhores conquistas dessa época marcada por tantas mudanças.

Preparação do quarto

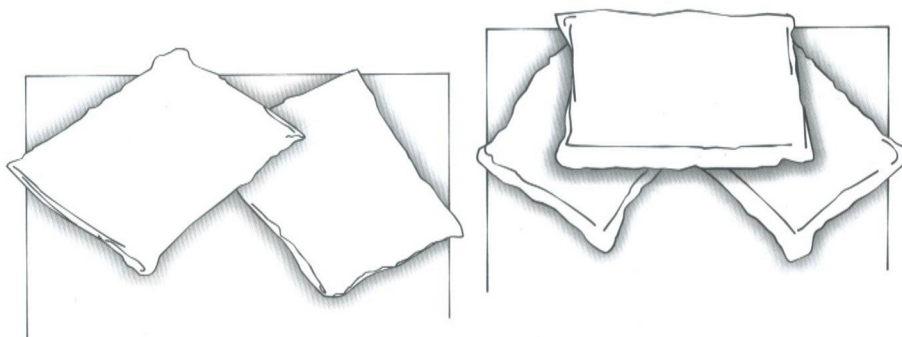
A fim de que o paciente seja estimulado de forma a ter maiores ganhos sensoriais, todos os estímulos devem vir ao encontro do lado diretamente envolvido, ou seja, o que está com alterações de movimentos.

Então, as pessoas que conversam com o paciente, a televisão, o rádio, criado-mudo e as portas devem estar preferencialmente do lado envolvido.



Disposição dos travesseiros

Dessas duas maneiras apresentadas, pode-se proteger o ombro diretamente envolvido do paciente, e assim evita-se traumas e posturas prejudiciais, as quais mais tarde, irão influenciar negativamente na reabilitação do braço do paciente.



Deitado de costas

Nessa posição deve-se ter o cuidado para que a cabeça fique em leve flexão, o braço diretamente envolvido colocado sobre um travesseiro de forma que a mão e punho fiquem um pouco levantados.

Essa posição do braço diretamente envolvido evita o edema de mão e também pode ajudar a prevenir a síndrome ombro-mão.



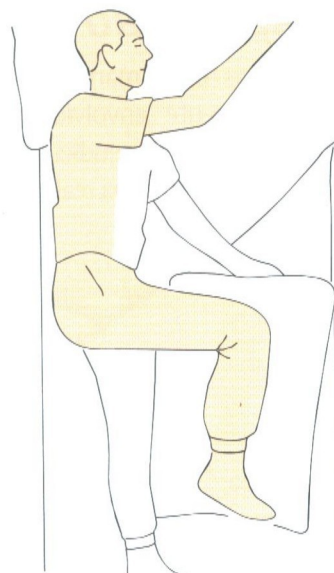
Deitado sobre o lado envolvido

Nessa posição o braço diretamente envolvido, deverá ficar estendido e a perna correspondente em leve flexão.



Deitado sobre o outro lado

Deve-se ter o cuidado para que o braço diretamente envolvido fique estendido, o joelho deve ficar em leve flexão e a cabeça não deve ficar para trás.



Deslocamento lateral na cama

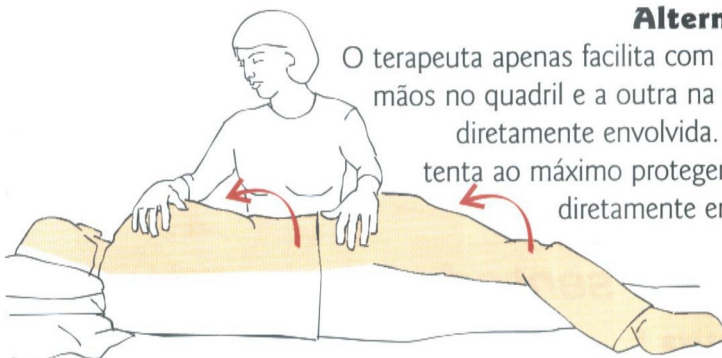
O terapeuta deverá colocar uma das mãos no joelho e a outra no quadril e dar estímulo para que o paciente levante a pélvis. Deve-se ter o cuidado para que o paciente coloque o peso do corpo no calcanhar, e não na ponta do pé, pois isso irá prejudicar quando o paciente for caminhar, ele poderá ter dificuldades para levantar a ponta do pé enquanto caminha.



Rodar o corpo a partir do lado diretamente envolvido

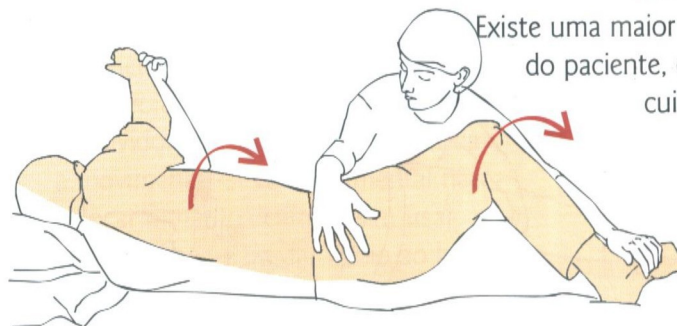
Alternativa 1

O terapeuta apenas facilita com uma das mãos no quadril e a outra na escápula diretamente envolvida. E, assim tenta ao máximo proteger o braço diretamente envolvido.



Alternativa 2

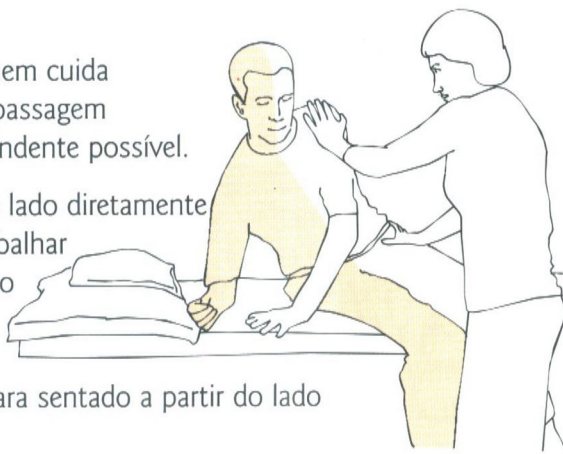
Existe uma maior participação do paciente, e ele mesmo cuida do braço.



Alternativa 2

O próprio paciente é quem cuida do ombro e faz toda a passagem de maneira mais independente possível.

Observação: para que o lado diretamente envolvido aprenda a trabalhar em sintonia com o outro lado, deve-se sempre estimular o paciente a realizar a passagem para sentado a partir do lado diretamente envolvido.



Deslocar-se a partir dos movimentos do quadril

Alternativa 1

O terapeuta ou cuidador coloca uma das mãos em cada lado do quadril do paciente, este por sua vez segura o braço diretamente envolvido e tenta trazer o corpo para frente, enquanto o terapeuta oferece estímulo para que o outro lado se desloque.

**Alternativa 2**

O próprio paciente levanta um lado do quadril e desloca o corpo para frente, é importante que seja feito de forma alternada para que o paciente aprenda a usar e desenvolver o controle e a força do lado diretamente envolvido. Para que o corpo aprenda a movimentar-se, é fundamental não colocar a mão na cama e sim usar o outro braço para dar apoio ao braço diretamente envolvido.



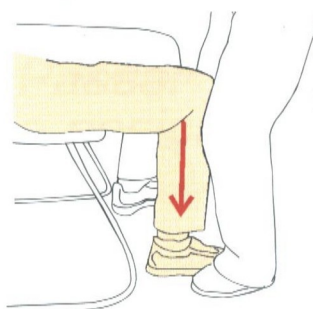


Passar da cama para a cadeira e vice-versa

O paciente deve segurar o braço diretamente envolvido e participar o mais ativamente possível da transferência, assim o terapeuta ou cuidador apenas oferece auxílio para que a passagem ocorra. É importante, salientar que o paciente deve ser estimulado em todos os momentos para que seja independente, e assim avançar no processo de reabilitação.

Sentar à mesa

O próprio paciente deve cuidar para que o pé fique adequadamente apoiado no chão e também para que o braço diretamente envolvido fique sobre a mesa. Se necessário, utilizar o apoio de um travesseiro.



Apoio ao joelho

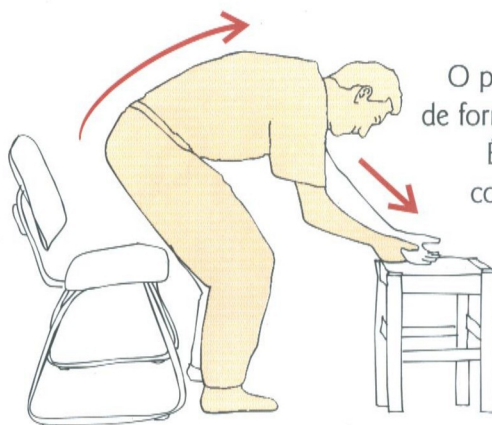
É importante que o paciente receba apoio no joelho diretamente envolvido a fim de que comece a trabalhar o controle do mesmo.

Passar para de pé

Alternativa I

Pode-se colocar um apoio na forma de um banco, a fim de facilitar a flexão do corpo e a transferência de peso para a perna diretamente envolvida.





Alternativa 2

O paciente realiza a transferência de forma totalmente independente.

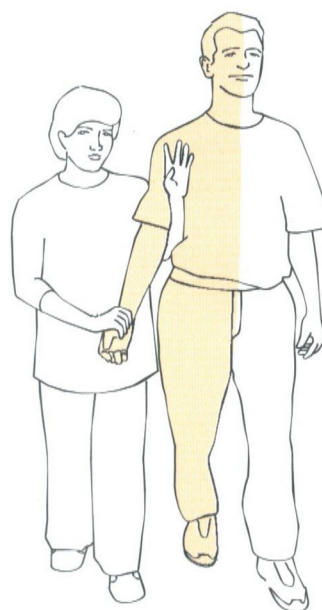
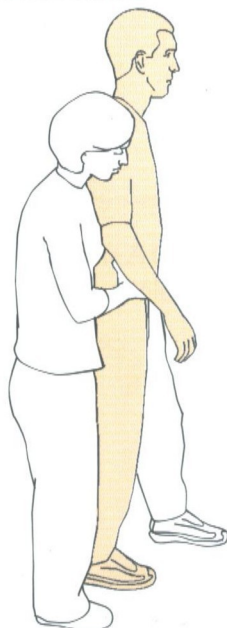
É fundamental que o paciente coloque o peso do corpo sobre o pé diretamente envolvido.

E uma forma de facilitar para que essa descarga de peso ocorra, é colocar a perna diretamente envolvida atrás.

Caminhar

Alternativa 1

O terapeuta ou cuidador pode oferecer apoio ao braço e tronco do paciente a partir do lado diretamente envolvido. Lembre-se que o auxílio deve ser dado ao lado do corpo que está com alteração de movimento.



Alternativa 2

O terapeuta ou o cuidador posiciona-se do lado diretamente envolvido, colocando uma mão em cada lado do quadril, e assim auxiliar na transferência de peso para a perna diretamente envolvida.

Pós **AVC** DERRAME

Cuidados com a alimentação e a comunicação

Elaboração:

Simone A Osborne
Fonoaudióloga - CRF 4258

Permanecer sentado ou de pé durante 30 minutos após cada refeição.

Alimentos bem cozidos são mais fáceis de serem deglutidos. Evite folhas verdes e alimentos muito secos que podem ocasionar engasgos.

Tomar líquidos com canudo ou colher é mais prudente.

Respeitar as opções e desejos alimentares dos pacientes, pois estes também têm suas preferências aumentando o volume e melhorando na aceitação do alimento a ser ingerido.

No caso do paciente estar usando outra via de alimentação (sonda enteral ou gastrostomia) como única forma, este não deverá ser alimentado por via oral sem uma avaliação prévia da fonoaudióloga ou do médico assistente. A consistência da dieta também será determinada pela fonoaudióloga.

Cuidados na alimentação

Incentive o paciente a comer sentado, sem ajuda e devagar. Manter a cabeça levemente inclinada para frente, para baixo e olhando para o prato.

O paciente, durante o momento da alimentação, deve estar alerta, consciente e concentrado.

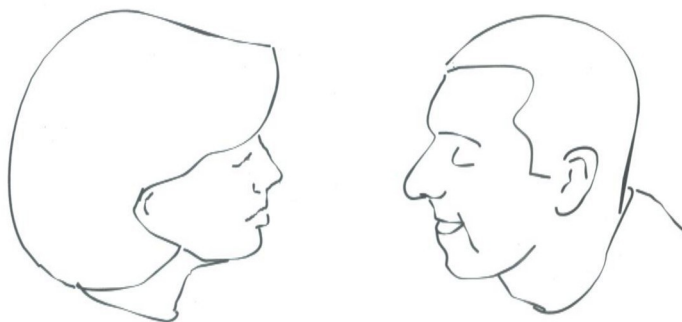
Retire qualquer estímulo que o distraia como televisão, rádio, mais pessoas no ambiente e não alimentá-lo perto da janela.



Cuidados durante a comunicação

Evitar visitas em grupo no período inicial e mais crítico da doença. O paciente pode apresentar dificuldades ao falar, demonstre tranquilidade ao ouvi-lo.

Comunique-se face a face, evite comunicar-se em ambientes ruidosos, que prejudicam sua atenção e concentração.



Auxiliar na alimentação

Se necessário auxílio do cuidador, este deverá alimentar o paciente bem acordado, em posição sentada e, colocando-se à sua frente. Introduzir o alimento com uma colher (tamanho sobremesa) bem no centro da língua, em pequenas quantidades.



Higiene bucal



Após a alimentação deve-se realizar a higiene oral de forma eficiente, eliminando os resíduos alimentares da boca, língua, dentes bochechas.

Paciente com outro tipo de alimentação deve realizar higiene oral três vezes ao dia.

Não é necessário falar em voz alta. Sua audição está preservada. A não ser em casos de deficiência auditiva prévia.
Frases curtas e simples evitam confusão e desatenção.
Palavras isoladas são de melhor compreensão.



Pós
AVC
DEFRAME

Atividades da vida diária e instrumental

Elaboração:

Dra. Carla H. C. Moro
Neurologista - CRM 6298 - Coordenadora da U-AVC

Beatriz Rangel
Fisioterapeuta - CREFITO 10/6175-f

Liliana Beatriz Etchatz Fenili
Terapeuta Ocupacional - CREFITO 10/3137

Cezar de Modesti
Modelo



Abrir o creme dental



Quando o paciente não consegue segurar a tampa do creme dental com o polegar e o indicador, poderá segurá-la entre o indicador e o médio. Abrir o tubo e colocar o creme dental na escova que deve estar sobre a pia.

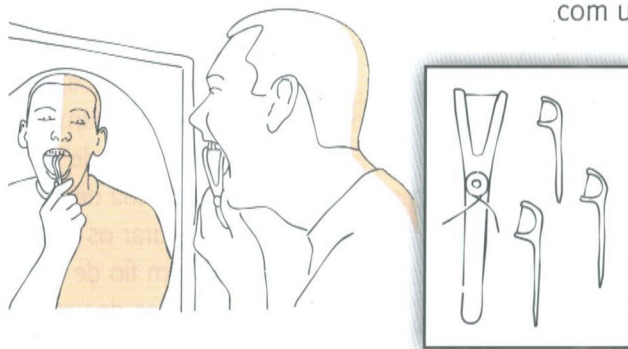
Abrir a torneira

Uma forma do lado diretamente envolvido aprender a movimentar-se é fazer com que o mesmo participe sempre da ação, mesmo não tendo a destreza que a atividade requer. É importante que a mão diretamente envolvida participe do ato de abrir a torneira com a ajuda da outra mão.



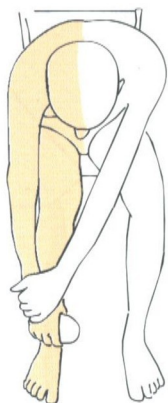
Uso do fio dental

O fio dental pode ser passado entre os dentes com este dispositivo que permite o uso com uma mão só.

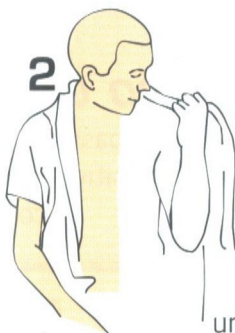
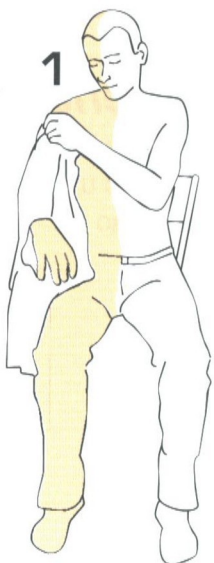


Tomar banho

Outra forma de contribuir para a participação constante do braço diretamente envolvido é fazer com que o mesmo realize parte da ação de lavar o outro braço. A mão segura a esponja e movimentada, mesmo que seja de forma lenta. Se o movimento for insuficiente, o terapeuta ou o cuidador pode auxiliar segurando e movimentando o braço para que lave o outro.



Ao lavar as pernas é fundamental a participação do braço e da perna diretamente envolvidos.



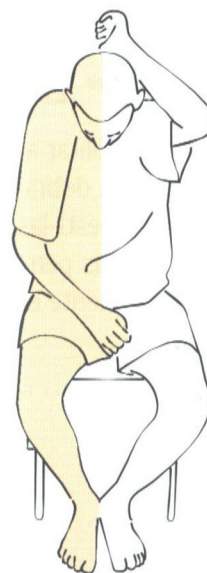
Vestir a camisa

Veste-se primeiro o braço diretamente envolvido e após o outro braço. Os botões da frente podem ser abotoados com apenas uma das mãos após treinamento.

Uma alternativa de vestir a camisa de manga comprida de forma independente é costurar os botões do punho com fio de lastex e abotoá-los antes de vesti-la.

Despir-se

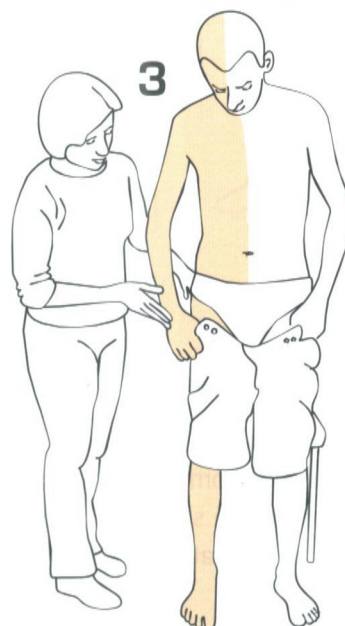
Tirar a roupa é mais simples que colocá-la. É importante que o paciente seja capaz de despir-se sozinho e que envolva todo o corpo na ação. Devem-se estimular formas alternativas de despir-se.



Vestir a parte inferior do corpo



O paciente deve estar sentado e a perna diretamente envolvida cruzada para colocar a bermuda, a outra perna é vestida da forma rotineira. Em pé o paciente passa a bermuda pelo quadril com as duas mãos.



Vestir as meias

Para facilitar a colocação das meias, deve-se dobrá-las até o calcanhar e só então vesti-las. Ao colocar as meias cruzar as pernas, mantendo o braço diretamente envolvido na ação.

Treinar o dobrar as meias com o paciente.



Calçar

Para colocar o calçado deve-se cruzar as pernas, mantendo o braço diretamente envolvido na ação.

Calçados

Dar preferência aos chinelos com tiras no calcanhar que evitam sair do pé alterando o equilíbrio, Tênis e sapatos sem cadarço que facilitam o calçar.





Cruzar as pernas

Quando for cruzar as pernas, deve ser realizado com as mãos entrelaçadas para assim ajudar a perna diretamente envolvida. Cuidar para que o paciente mantenha o tronco reto, se houver necessidade colocar a mão na região lombar para que não ocorra a extensão do quadril.



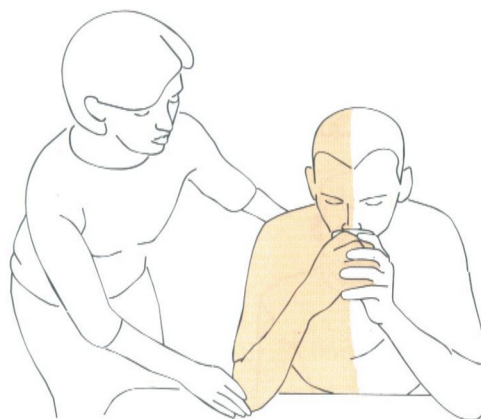
Beber com xícara de duas alças



A xícara pode ser segura com uma ou as duas mãos, dependendo da quantidade de líquido. Se necessário realizar um suporte externo no cotovelo do lado diretamente envolvido, pois o mesmo pode deslizar sobre a mesa.

Beber com copo

É importante que a mão diretamente envolvida participe do ato de beber. Se necessário, a outra mão auxilia.



Transferir o peso para o lado envolvido

Uma das formas de alcançar este objetivo é colocar os objetos que o paciente for pegar, ao lado do braço diretamente envolvido.

Cortar

Quando a mão diretamente envolvida estiver com o movimento marcadamente diminuído, ela pode ficar apoiada sobre a mesa e a outra corta os alimentos.



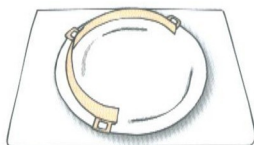
Uso da faca de lâmina curva

Certas facas permitem cortar os alimentos com apenas uma das mãos, não é necessário segurar a comida que está sendo cortada.



Uso de borda de prato

A borda de prato pode ser usada quando não há possibilidade do uso das duas mãos para alimentar-se. Ela auxilia, como anteparo, para que os alimentos sejam colocados no garfo com uma mão só.



Limpar a boca

O paciente deve ser orientado a limpar toda a boca, porque se houver alteração de sensibilidade pode não perceber o lado diretamente envolvido.

Preparar o pão

A mão diretamente envolvida pode segurar o pão ou a borda do prato enquanto a outra prepara o pão.



Abrir e fechar vidros e enlatados



Enquanto a mão diretamente envolvida segura o objeto a outra realiza o ato de abrir.

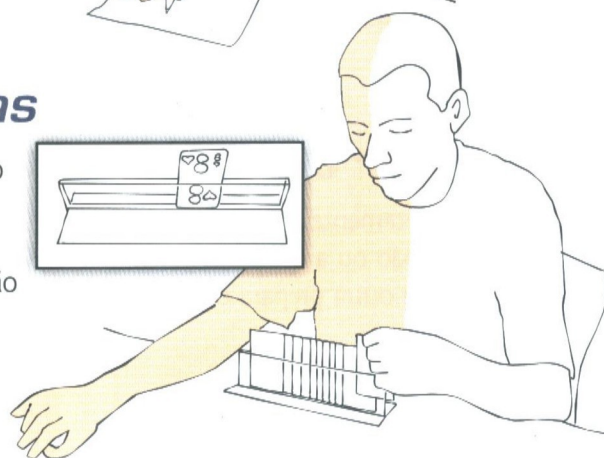
Escrever

Canetas mais grossas e com material antiderrapante auxiliam a escrita. A preensão em pinça para segurar a caneta e os movimentos de escrever exige intenso treinamento.



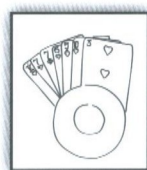
Jogar cartas

Para se jogar baralho pode-se utilizar um porta-cartas para mantê-las em posição de jogo.





Este outro dispositivo permite o uso da mão diretamente envolvida, com ajuda ou não da outra. Permite colocar e retirar uma carta sem mexer com as demais. Havendo dificuldade visual, utilizar baralhos com números e figuras maiores.



Buscar objetos no armário

É benéfico usar o braço diretamente envolvido em todas as situações possíveis. Quando buscar algo no armário, levar a perna diretamente envolvida para frente o que possibilitará a transferência de peso necessária para a melhora dos movimentos.



Dirigir

Dirigir faz parte do cotidiano dos adultos, após um AVC esta é uma meta frequentemente desejada. Alcançar este objetivo demonstra o quanto se conquistou a independência.

Muitas vezes isto só é possível com carros adaptados nos pedais ou câmbio automático.

Existem leis que permitem adquirir carros adaptados com isenção de impostos





Estas orientações não substituem nenhum tratamento, apenas tentam esclarecer o assunto de forma geral, uma vez que cada caso deve receber orientações específicas, que serão passadas através do tratamento individualizado e sob orientação profissional.

Desaconselhamos qualquer ação de auto-medicação e auto-tratamento como também não nos responsabilizamos pelo mal uso das informações aqui contidas bem como por interpretações inadequadas deste conteúdo.



Apoio:



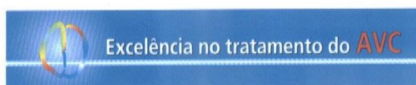
www.abavc.org.br
Tel.: (047) 441-6619

Realização:



Unidade U-AVC - Joinville/SC

Colaboração:



503 188

Apoio:



Av. Doutor Paulo M. ...
Joinville - SC



Mãos/Braços	Ombros	Costas Região Lombar

CEREST
Centro de Referência em Reabilitação em Stroke
D. Neurologia de Joinville





TRABALHADOR

CEREST ADOTE ESSA PRÁTICA NO SEU DIA-A-DIA

Do Ministério da Saúde

Mãos/Braços	Ombros	Braços	Costas Região Lombar	Pescoço
Membros Inferiores				



Evite LER/DORT
Alongue-se, cuide-se e viva bem,
com o corpo que você tem.
A QUALIDADE DE VIDA COMEÇA NO TRABALHO.

Apoio:



Saúde
Ministério da Saúde

A.v. Doutor Paulo Medeiros, 200 Centro Joinville SC CEP: 89.201-210 Fone: (47) 3422-2925 Fax: (47) 3423-3716
Email: saude@trabalhador@saudejoinville.sc.gov.br - cerest@saudejoinville.sc.gov.br

Exercícios para relaxamento e alongamento

Costas Região Lombar		Pescoço	
Ombros		Braços	
Mãos/Braços		Membros Inferiores	

Observações:
