

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

AMANDA ELISA BREIS
ANA PAULA BRESSAN
HEITOR GUIMARÃES
JANAINA LIMA MERINO

O CUIDADO VOLTADO AO CUIDADOR FAMILIAR

Joinville

2016

AMANDA ELISA BREIS
ANA PAULA BRESSAN
HEITOR GUIMARÃES
JANAINA LIMA MERINO

O CUIDADO VOLTADO AO CUIDADOR FAMILIAR

Projeto Integrador submetido ao Instituto Federal de Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como parte dos requisitos de obtenção de nota na disciplina de Projeto Integrador V do Curso Técnico de Enfermagem.

Orientadora: Profª Débora Rinaldi Nogueira, Ma

Joinville

2016

RESUMO

Nas últimas décadas, o Brasil vem mudando o seu perfil de morbimortalidade, com as doenças crônicas não transmissíveis liderando as principais causas de morte e dependência de um indivíduo. Entre as doenças degenerativas o AVC (Acidente Vascular Cerebral), é o que apresenta maior incidência de morbidades e incapacidades. Nessa perspectiva o cuidador familiar é quem geralmente assume a dependência funcional, o que gera grande impacto na sua vida e implica em restrições e desafios diários. Este trabalho teve como objetivo promover saúde ao cuidador familiar de um indivíduo acometido pelo AVC. Como metodologia, o desenvolvimento deu-se por meio de seis visitas orientativas ocorridas na própria residência do cuidador. As considerações e as observações foram registradas em um diário de campo. Observou-se que a atividade desenvolvida em cada visita proporcionou momentos de motivação e incentivo tanto para cuidadora como também ao indivíduo cuidado no enfrentamento diante da condição em que se encontra. O suporte psicossocial aos cuidadores familiares é essencial para o desempenho da sua função, pois por vezes, representa uma sobrecarga no seu cotidiano. Faz-se necessário implementar novos modelos assistências de saúde para orientação e acompanhamento do cuidador familiar, com a finalidade de preservar sua saúde e garantir o adequado desempenho de sua função.

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral. Cuidador. Cuidado.

SUMÁRIO

<u>1 INTRODUÇÃO.....</u>	<u>5</u>
1.1 Justificativa	6
1.2 Objetivos	7
1.2.1 Objetivo geral	7
1.2.2 Objetivos específicos	7
<u>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</u>	<u>8</u>
2.1 Cuidado	8
2.2 Cuidador familiar	9
2.3 Acidente Vascular Cerebral - AVC.....	11
2.3.1 Classificação do AVC	11
2.3.2 Alterações neurológicas provocadas pelo AVC.....	13
<u>3 METODOLOGIA</u>	<u>15</u>
<u>4 RELATO DAS DISCUSSÕES.....</u>	<u>17</u>
<u>5 Considerações Finais</u>	<u>22</u>
<u>REFERÊNCIAS</u>	<u>23</u>
<u>APÊNDICE A.....</u>	<u>25</u>
<u>AVC Guia prático de Prevenção e Cuidados</u>	<u>25</u>
<u>APÊNDICE B.....</u>	<u>27</u>
<u>Autoalongamento.....</u>	<u>27</u>
<u>ANEXO A.....</u>	<u>30</u>
<u>Avaliação do estilo de vida: Pentáculo.....</u>	<u>30</u>
Fonte: Disponível em: < http://www.efdeportes.com/efd129/aplicabilidade-do-pentaculo-do-bem-estar.htm >, Acesso em: 20/10/2016.	30
<u>ANEXO B.....</u>	<u>31</u>
<u>Automassagem.....</u>	<u>31</u>
<u>ANEXO C</u>	<u>35</u>
<u>Cartilhas Hipertensão</u>	<u>35</u>
<u>ANEXO D</u>	<u>36</u>
<u>Cartilhas Hipertensão</u>	<u>36</u>
<u>ANEXO E.....</u>	<u>37</u>
<u>Cartilhas Hipertensão</u>	<u>37</u>
<u>ANEXO F.....</u>	<u>38</u>
<u>Cartilhas Hipertensão</u>	<u>38</u>

<u>ANEXO G</u>	<u>39</u>
<u>Diabetes</u>	<u>39</u>
<u>ANEXO H</u>	<u>42</u>
<u>Mal de Alzheimer</u>	<u>42</u>
<u>ANEXO I</u>	<u>43</u>
<u>Mobilidade: Quedas em casa.....</u>	<u>43</u>

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge para ressaltar o papel do cuidador familiar, aonde exerce a prática do cuidado no domicílio ao adulto crônico dependente, o qual necessita de um trabalho de reabilitação e cuidados intensivos de longa duração ou em alguns dos casos, permanente.

Estudos apontam para um aumento no surgimento de doenças crônicas degenerativas (OLIVEIRA et al., 2012). Decorrentes de fatores como o aumento da população idosa, o avanço da medicina, a melhoria nas condições de nutrição e saneamento. Aonde vem alterando a distribuição das enfermidades no mundo. (SILVA, 2012).

Estima-se que a nível global 650 milhões de pessoas, ou seja, 10% da população mundial vivem com uma deficiência ou incapacidades (SARAIVA, 2011). Dentre as doenças degenerativas, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é o que apresenta maior incidência de morbidades e incapacidades. (JUNIOR LIMA et al., 2012).

O AVC é a segunda maior causa de óbitos, cerca de 10% da mortalidade em escala mundial, sendo responsável por 5,7 milhões em um total de 58 milhões de mortes por ano no mundo (MONTEIRO, 2015).

Segundo pesquisas realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), indicam que até no ano 2020, o AVC seguirá sendo a segunda maior causa de morte, e estará entre as cinco principais causas de incapacidade, a nível mundial e no Brasil, o AVC corresponde a 30% dos óbitos. (TELES, 2012).

Entre as principais incapacidades estão o déficit no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, o que nesse sentido, gera grande impacto no cotidiano e desempenho nas atividades diárias (OLIVEIRA et al., 2012; JUNIOR LIMA et al., 2012).

No que diz respeito ao âmbito social familiar e econômico, é inevitável o aparecimento de consequências que atinjam não somente o indivíduo, mas também todos que convivam de maneira mais próxima. Normalmente a ajuda advém de membros da própria família (OLIVEIRA et al., 2012; SILVA, 2011).

Nessa perspectiva o cuidador familiar é quem geralmente assume a dependência funcional gerando impacto na vida dos cuidadores, implicando

em restrições e desafios diários. Ele passará a auxiliar nas tarefas que eram desenvolvidas pelo paciente de forma independente (SILVA, 2011).

Dessa forma, ocorre como consequência da sobrecarga do ato de cuidar, dificuldades sociais, stress biofísico e biopsíquico. Tais adversidades contribuem para a limitação na rotina deste cuidador, não lhe restando tempo suficiente para os cuidados pessoais necessários (SILVA, 2011).

De acordo com esse contexto, o comportamento do cuidador será influenciado, pelo grau de incapacidade e de dependência do indivíduo cuidado e da sua patologia, podendo determinar o tipo de assistência necessária, tornando-se desafio para o cuidador (SARAIVA, 2011).

1.1 Justificativa

Nas últimas décadas, o Brasil vem mudando o seu perfil de morbimortalidade, com as doenças crônicas não transmissíveis liderando as principais causas de morte e dependência de um indivíduo (TELES, 2012).

Da mesma forma, devido ao crescimento e o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde, tem-se criado possibilidades para a manutenção e a prevenção da saúde, aumentando a expectativa de vida das pessoas. Igualmente ocorre um aumento das pessoas dependentes e conseqüentemente a corresponsabilização da família na prestação dos cuidados (SARAIVA, 2011).

Entre as mais importantes doenças crônicas está o AVC, que é uma das principais causas de internações e mortalidades, causando na grande maioria dos pacientes, algum tipo de deficiência, seja parcial ou completa (ALMEIDA, 2012).

O AVC pode provocar sérios défices neurais e psicológicos, sendo necessário o tratamento multidisciplinar para minimizar possíveis sequelas. Em geral, as vítimas apresentam paralisia, confusão, desorientação e perda de memória. Ao nível físico manifestam frequentemente, fraqueza muscular, alterações do tônus muscular e padrões motores atípicos (MARQUES, 2013).

Do mesmo modo, após o AVC é comum as pessoas apresentarem alterações de comportamento, tornando-se incertos e inseguros apresentando

certa hesitação em realizar atividades diárias, além da depressão, distúrbios do sono e das funções sexuais (MARQUES, 2013).

É neste contexto que a dependência funcional gera impacto na vida dos cuidadores, uma vez que esses passarão a auxiliar nas tarefas que eram desenvolvidas pelo paciente de forma independente (SILVA, 2012).

Se faz necessário proporcionar condições adequadas para estimular a independência deste indivíduo, o que em parte está relacionado com os avanços científicos, tecnológicos e médicos (SARAIVA, 2011).

Em parte dos casos relacionados às incapacidades ocasionadas pelo AVC, há grande impacto familiar, gerando modificações na vida da pessoa dependente bem como na do cuidador principal. O cuidador torna-se o “porto seguro”, pois assume função indispensável no amparo e na responsabilidade de “cuidar dos seus” (SARAIVA, 2011).

Neste sentido, é imprescindível o papel da equipe de saúde em acolher o cuidador. E sendo assim, a enfermagem, como refere Torralba (2009), tem como essência e especificidade o cuidado do ser humano individual, familiar e da comunidade. Sendo assim, deve procurar desenvolver atividades de promoção da qualidade de vida, ajudar o cuidador indiretamente, o dependente e a família a viver da melhor forma a fase de vida em que se encontram.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Promover saúde ao cuidador familiar de um indivíduo acometido pelo AVC.

1.2.2 Objetivos específicos

- ❖ Dispor ao cuidador familiar informações sobre o AVC e suas implicações na vida diária;
- ❖ Ensinar técnicas de relaxamento e alongamento;

- ❖ Realizar orientações sobre estilo de vida abordando os temas como: controle do stress, nutrição, atividade física, relacionamento social, comportamento preventivo.
- ❖ Elaborar com o cuidador familiar, um quadro referente à rotina diária de cuidado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Cuidado

De acordo com BOFF (2014, p.37), “o ato de cuidar representa uma atitude de responsabilização, preocupação e envolvimento afetivo”.

O cuidado é tratado como uma ação e refere-se ao conjunto de ações, processos e decisões diretas ou indiretas diante das necessidades, problemas, enfrentados por um indivíduo. Faz parte do crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos que variam de uma cultura para outra e que estar presente durante milhões de anos (TORRALBA, 2009).

O cuidado é uma atitude que atravessa todas as dimensões da realidade humana. Como disse Helmut Kuhn, o animal cuida do corpo animado; o homem cuida de si próprio e de seus semelhantes através da cultura, que é fomento do humano e dos meios para cultivá-los. Os pais cuidam dos filhos, o político cuida da cidadania, e a divindade de todos. Mas esse movimento descendente encontra uma resposta na aceitação e no agradecimento. O filho maduro cuida de seus pais envelhecidos; o cidadão responsável preocupa-se com o destino da cidade cuida para que o estadista não utilize a máquina pública para interesses parciais; e o homem oferece a Deus seu culto. O cuidado comparece em todas as atitudes profundas e autênticas; é a preocupação primordial. (TORRALBA, 2009, p.120 a 121).

Portanto, cuidar é oferecer necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais à pessoa dependente, adotando-se uma visão holística, como um ser biopsicossocial (TORRALBA, 2009). Cuidar não é exclusivo de uma determinada profissão, mas um dever da humanidade e implica em vários aspectos que podem ser de natureza física (higiene, alimentação, vestuário, eliminação, mobilização, curativos, preventivos e além da vigilância, acompanhamento a consultas, gestão financeira, da medicação e do lar). Os

cuidados afetivos como, companheirismo, conforto, carinho, satisfação da vontade e das necessidades. Além dos sociais como convívio e estimulação social, comunicação e individuação dos cuidados (SARAIVA, 2011).

O ser humano necessita cuidar de outro ser humano para desenvolver sua humanidade, da mesma forma necessita de cuidados para ultrapassar as dificuldades da vida (TORRALBA, 2009).

“Precisamente por isso, a ação de cuidar revela algo muito próprio da humanidade do homem, revela sua íntima constituição” (TORRALBA, 2009, p.118).

2.2 Cuidador familiar

O cuidador familiar é a pessoa que tem a missão de realizar as tarefas que o indivíduo acometido por algum episódio mórbido deixa e de executar as atividades funcionais por um período de tempo ou definitiva (PEREIRA et al., 2013).

Existem dois tipos de cuidadores. O *cuidador informal* que é intitulado como cuidador familiar que pode ser um membro da família, como também um amigo, vizinho entre outro (PEREIRA et al., 2013).

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999), o cuidador é a pessoa, membro, ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente, ou dependente, no exercício de suas atividades diárias, tais como: alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano, como ida a bancos ou farmácias (LIMA JUNIOR, 2012, p.253-254).

O *cuidador formal* seria o profissional da saúde responsável pelo acompanhamento do paciente e o processo de reabilitação. Enquanto, o informal, seria aquele sujeito (familiar ou não) que destina horas de cuidado ao paciente (LIMA JUNIOR et al., 2012).

Estudos apontam quatro fatores para uma pessoa assumir o papel de cuidador principal: o grau de parentesco (cônjuge), gênero (feminino), proximidade física (convive na mesma casa) e proximidade afetiva como pais e filhos (JUNIOR LIMA et al., 2012).

Tais fatores podem ser decorrentes à razões e/ou motivações como amor, gratidão, noção de dever, moralidade, pressão social, solidariedade e vontade própria (SARAIVA, 2011).

[...] na sua maioria, a família/ cuidador principal são pessoas que não possuem formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados, nem estão emocionalmente preparados para assumir o cargo desta função acabando por pôr em risco o seu estado de saúde e bem-estar do doente. [De tal forma que] [...] se não existir uma adequada resposta na comunidade (...) a família/ cuidador principal sentir-se-á perdida (o) e sem saber a quem recorrer (FERREIRA, 2009, p.68 apud SARAIVA, 2011, p.12).

Mas quando esse cuidado não é um ato esporádico e sim uma atitude permanente pode tornar-se fardo. Aonde as prioridades e necessidades são as do outro e não as dele (SARAIVA, 2011).

Estudos destacam o papel da mulher como cuidadora na cultura brasileira, a mulher sempre foi responsável pelo cuidado, seja da casa ou dos filhos, enquanto o papel do homem era o provedor (PEREIRA et al., 2013).

São diversas as necessidades ou as dificuldades em que o cuidador se depara na sua atividade de cuidar, sendo elas de ordem física, social, emocional, econômica, espiritual e estão desde logo relacionadas com o tipo e grau de dependência da pessoa a ser cuidada (SARAIVA, 2011).

Há mudanças na rotina e no estilo de vida do cuidador, pois nem sempre acontece a divisão das tarefas com os demais familiares. Em grande parte dos casos, o cuidador é acompanhado de sentimentos negativos como medo, culpa, superproteção e ansiedade (JUNIOR LIMA et al., 2012). Sentimentos que levam o cuidador à exaustão e fazem com que deixe de exercer suas atividades pessoais e sociais para se dedicar a pessoa dependente (JUNIOR LIMA et al., 2012).

Em algumas situações, acabam recorrendo à fé que é citada por diversos autores como uma importante aliada no processo de aceitação da doença e das atividades impostas por ela. A fé possibilita subsídios para superar os obstáculos e manter a esperança (OLIVEIRA et al., 2012).

Segundo pesquisa realizada pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre, identificou-se que indivíduos religiosos detêm e um bem-estar psicológico e que, na presença de uma doença crônica, a fé influencia positivamente na qualidade de vida desse indivíduo e do seu cuidador (OLIVEIRA et al., 2012).

2.3 Acidente Vascular Cerebral - AVC

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) o AVC é uma “disfunção neurológica aguda de origem vascular, seguida da ocorrência súbita ou rápida de sinais e sintomas relacionados com o comprometimento de áreas focais no cérebro” (MARQUES, 2013, p.10). O AVC pode apresentar sequelas que interferem na mobilidade funcional, na independência e na qualidade de vida dos indivíduos, dependendo da área e extensão do tecido nervoso atingido (FIGUEIREDO, 2014).

O cérebro não consegue armazenar oxigênio e glicose por isso deve ser irrigada constantemente, pois somente através dessa nutrição as células nervosas se mantêm ativas para atividades funcionais em todas as áreas do encéfalo. A interrupção total do fluxo sanguíneo no encéfalo produz inconsciência ultrapassando três minutos poderão ocorrer alterações irreversíveis devido a hipóxia e possivelmente necrose das células, e quando inferiores a três minutos poderá ser reversível (CANCELA, 2008).

De acordo com Carvalho et al. (2015) o AVC é uma doença multifatorial, sendo que os fatores de risco são classificados em modificáveis e não modificáveis. *Modificáveis*: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), hiperlipidêmicas, fibrilação atrial, estenose carotídea assintomática, sobrepeso, tabagismo, sedentarismo. *Modificáveis*: hereditariedade, idade avançada, sexo, raça negra. Além de outros fatores como: excesso de álcool, processo inflamatório, infecção.

Pessoas do grupo de risco “não modificáveis” necessitam de uma atenção maior por parte da Unidade Básica Saúde, e enquanto o grupo dos “modificáveis” devem receber orientações e apoio em relação à busca por um estilo de vida saudável (CARVALHO et al., 2015).

2.3.1 Classificação do AVC

Sendo assim, o AVC (Acidente Vascular Cerebral) ocorre quando esses vasos sanguíneos cerebrais e/ou ramificações são bloqueados, causando Acidente vascular isquêmico (AVCI), ou Acidente Isquêmico Transitório (AIT), e quando as artérias se rompem causando o Acidente vascular hemorrágico (AVCH), (CANCELA, 2008).

No Brasil AVCI, representa 85% dos casos (LIMA, 2015).

No AVCI, a severidade da redução do fluxo sanguíneo cerebral depende do grau de oclusão arterial, se parcial ou total. Podem ser classificados, segundo o mecanismo etiológico envolvido, em: trombose cerebral, embolia cerebral, lacunares (CANCELA, 2008).

São frequentemente acometidos por coágulos de sangue ou trombo no interior das artérias cerebrais. O vaso é bloqueado por um rápido período de tempo, e em seguida o fluxo sanguíneo é liberado. Corresponde a necrose cerebral incompleta, relacionada a suprimento de rede colateral bem desenvolvida, ou a isquemias recorrentes na região de um infarto silencioso antigo. Esse indivíduo perde uma determinada função e recupera em menos de 24 horas. Faz-se necessário um acompanhamento para descobrir a causa e tratá-la para que não ocorra um definitivo (CANCELA, 2008).

No AVCH ocorre um extravasamento de sangue no tecido cerebral, gerando um hematoma ou coágulo. É um déficit neurológico focal súbito que progride em minutos ou horas, com rebaixamento do nível de consciência, acompanhado por cefaléia, náusea, vômitos e elevação da pressão arterial (MARQUES, 2013).

São responsáveis por 10% do AVCs. São mais frequentes as hemorragias subaracnóidea e mais agressivos que o AVCI (MONTEIRO, 2015).

As artérias cerebrais possuem paredes muito finas tornando-se mais vulnerável a hemorragias e tipicamente atingindo os núcleos da base, tálamo, ponte e cerebelo são áreas de infartos lacunares que ocorrem em ambos os tipos de AVCs. Segundo Monteiro (2015), está intimamente ligada a hipertensão arterial e ao tabagismo que aumentam a fragilidade das artérias cerebrais além do *aneurisma* que é uma dilatação anormal de uma artéria que irriga o cérebro levando a uma ruptura um ponto fraco ou fino da parede da artéria; da *ruptura de uma parede arterial* provocada pela arteriosclerose, que leva ao espessamento e ao endurecimento de suas paredes perdendo a elasticidade, tornando-se rígidas levando ao rompimento.

2.3.2 Alterações neurológicas provocadas pelo AVC

Os feixes de fibras nervosas (axônios) dos lados esquerdo e direito da medula espinhal não passam respectivamente na mesma direção quando chegam ao encéfalo. Isso porque na região mais do tronco encefálico (medula oblonga), muitas das fibras cruzam para o lado oposto, dessa forma o lado direito do cérebro comanda lado esquerdo e vice-versa (GUYTON, 1998).

Lesões lado esquerdo podem levar dificuldades da linguagem oral e escrita, perda da percepção do lado direito do corpo e do ambiente que a rodeia. Enquanto do lado direito pode ocorrer perturbações na capacidade de julgar, ter sentido do que se vê, ouve (MARQUES, 2013).

O AVC pode provocar sérios défices neurais e psicológicos, sendo necessário um tratamento multidisciplinar para minimizar as sequelas. Em geral, as vítimas apresentam paralisia, confusão, desorientação e perda de memória. Ao nível físico manifestam frequentemente, fraqueza muscular, alterações do tônus muscular e padrões motores atípicos (MARQUES, 2013).

Podem apresentar ainda alterações de comportamento, tornando-se incertos e inseguros e tendo hesitação em realizar atividades diárias além da depressão, distúrbios do sono e das funções sexuais são também bastante comuns após AVC (MARQUES, 2013).

Após um acidente vascular cerebral (AVC), o indivíduo com lesão neurológica torna-se suscetível às complicações secundárias. Devido ao seu estado clínico, interferindo no desempenho funcional, desenvolvimento das atividades de vida diária. De acordo com Cancela (2008), podem surgir complicações como:

- Pneumonia;
- Infecção trato respiratório;
- Tromboembolismo pulmonar;
- Disfagia;
- Trombose venosa profunda;
- Incontinência urinária;
- Constipação intestinal;

- Síndrome ombro doloroso;
- Subluxação do ombro;
- Edema mão.

É neste sentido que a dependência funcional gera impacto na vida dos cuidadores, uma vez que esses passarão a auxiliar nas tarefas que eram desenvolvidas pelo paciente de forma independente (SILVA, 2012).

A reabilitação pós-AVC, tem como finalidade reduzir os efeitos das incapacidades geradas pela lesão. Aonde pode ser possível à recuperação das funções comprometidas, através da recuperação espontânea, compensação do funcionamento físico, psicológicos e intelectuais (CANCELA 2008).

Tais mudanças organizacionais dependem das áreas lesadas e íntegras pré-existentes e da localização da lesão nos hemisférios cerebrais.

A recuperação se deve a enorme capacidade do cérebro de reconexão de circuitos neurais lesados. Quando células de outras áreas do cérebro que não foram afetadas podem assumir determinadas funções, obtendo uma recuperação autônoma, referindo-se a neuroplasticidade (CANCELA 2008).

O cérebro apresenta essa capacidade a partir do comportamento, emoções e o funcionamento do individuo como um todo.

Sendo assim faz-se necessária a estimulação, para que o individuo possa recuperar as funções perdidas. Quanto mais estimulação melhor será o nível de funcionamento (CANCELA 2008).

Esses estímulos se dão através de programas desenvolvidos pelos profissionais da área da saúde como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos. Dessa forma prestando um atendimento holístico visando à recuperação do paciente na sua integralidade (CANCELA 2008).

A família também desempenha um papel muito importante no plano de cuidados e de reabilitação. Tratando-se da parte social e emocional que interfere enormemente na recuperação desse individuo, procurando oferecer um ambiente esperançoso e acolhedor (MARQUES, 2013).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de ação em saúde o qual existiu uma relação participativa entre os pesquisadores e o público escolhido. O desenvolvimento do trabalho deu-se por meio de visitas orientativas ocorridas na própria residência do cuidador. As considerações e as observações foram registradas em um diário de campo. Como público alvo foi escolhido uma cuidadora familiar, esposa de um indivíduo acometido pelo AVCI.

Obteve-se o contato dessa cuidadora através da enfermeira da UBSF (Unidade Básica Saúde da Família) Willy Schosslund instalada na Rua: Kurt Alvino Monich, s/nº-Costa e Silva, Joinville – SC. A escolha da cuidadora se deu por parte da enfermeira da UBSF que forneceu o contato da cuidadora o que possibilitou o agendamento prévio das visitas orientativas, intermediada por uma agente comunitária de saúde. Os encontros foram realizados na própria residência da cuidadora no período de julho a agosto de 2016, totalizando seis visitas orientativas, com duração em média de duas horas em cada visita.

Durante as visitas foram realizadas anotações em um diário de campo, registrando-se expressões, sentimentos, a maneira com que se desenvolveram as orientações e a disposição e aceitação pelos participantes.

Quadro 1 – Cronograma de Visitas

Nº VISITAS	OBJETIVO DAS VISITAS	DIA DA VISITA	HORÁRIO DA VISITA
1ª Visita Orientativa	- Tivemos acompanhamento da agente comunitária de saúde da UBSF (Unidade Básica Saúde da Família) Willy Schosslund. No primeiro momento conhecemos o ambiente dessa cuidadora, sua família, bem como o indivíduo na qual presta o cuidado. Realizando anotações no diário de campo, para um levantamento prévio de tais informações, para prosseguir com o desenvolvimento do projeto;	22/07/16	14h00hs Às 16:00hs
2ª Visita Orientativa	- Presenciamos a rotina de atividades diária da cuidadora, bem como seu conhecimento sobre a patologia, necessidades e implicações que a pessoa cuidada apresenta;	29/07/16	14h00hs Às 15:30hs
3ª Visita Orientativa	- Diante das informações colhidas e vivenciadas nas duas visitas anteriores, serão dispostas na forma de cartilha ilustrativa informações e cuidados sobre o AVC dispostas no (APENDICE A). DCNT (doenças crônicas não transmissíveis), como Diabetes, (ANEXO D), Hipertensão (ANEXO C), e também a respeito do Alzheimer (ANEXO E), Risco de quedas (ANEXO F). Tais informações foram apresentadas em forma de material impresso.	03/08/16	18h00hs Às 19:30hs
4ª Visita Orientativa	- Disponibilizamos a cuidadora um investimento no autocuidado, na manutenção da integração social, com momentos de busca de satisfação pessoal, através de técnicas de autoalongamentos (APENDICE B) e automassagem (ANEXO B);	09/08/16	18h00hs Às 20:10hs
5ª Visita Orientativa	- Realizamos orientações sobre estilo de vida, abordando os temas como: controle de stress nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social através da Avaliação Estilo de vida – Pentáculo, disposto (ANEXO A).	17/08/16	18h00hs Às 20:40hs
6ª Visita Orientativa	- Foi desenvolvimento de um quadro de rotinas diárias junto ao cuidador, reorganizando estratégias mais eficientes, promovendo a qualidade do cuidador, a otimização de seu tempo desta forma amenizando a sobrecarga e o estresse, garantindo melhor qualidade de relacionamento e cuidado.	31/08/16	18h00hs Às 21:00hs

Fonte: autores

Os participantes foram designados através de nomes fictícios para manter o anonimato de sua pessoa como nomes de Sr.^a Rosa (cuidadora) e Sr. Cravo (esposo e a pessoa acometida pelo AVC), os nomes fictícios significam a história de cumplicidade e amor entre o casal.

4 RELATO DAS DISCUSSÕES

Realizaram-se visitas orientativas com uma cuidadora de 66 anos. Essa cuidadora prestava cuidados diários ao seu esposo (65 anos), acometido por AVCI há cinco anos e com outras patologias como HAS, Diabetes, Alzheimer e Depressão. O casal possui três filhos (duas mulheres e um homem), e sete netos, que moram em Joinville, as duas filhas em bairros diferentes e o filho mora na mesma rua. Porém a cuidadora e seu esposo moram sozinhos.

A primeira visita aconteceu no dia 22/07/2016, sendo previamente agendada para às 13h30min pela agente comunitária de saúde da UBSF Willy Schosslund.

1ª VISITA: estavam presentes na primeira visita três integrantes do grupo, junto com a agente comunitária saúde (ACS). A chegada foi por voltas das 13h45min, onde ela já estava à espera e se apresentou receptiva. Seu esposo Sr. Cravo estava no quarto descansando. A ACS então deu início às apresentações da equipe, explicou o motivo da visita e passou a palavra à equipe. Foi falado sobre o projeto e do convite à participarem e foi aceito sem nenhuma resistência, deixando a equipe motivada. Conversou-se um pouco sobre o Sr. Cravo, e por diversas vezes a Sr.^a Rosa mostrou-se preocupada de que ele estivesse escutando a conversa, pois ele não tem conhecimento sobre o diagnóstico de Alzheimer. Após um tempo o Sr. Cravo apareceu na sala e a Sr.^a Rosa apresentou a equipe explicando o motivo da visita. O Sr. Cravo logo entrou na conversa e contou um pouco sobre o AVC que sofreu mostrando-se frustrado em alguns momentos pelos acontecimentos decorrentes desde então. A Sr.^a Rosa também comentou que têm acontecido com frequência alguns episódios de queda. Questionou-se sobre uso de um apoio, a cuidadora falou que utiliza bengala com frequência. A Sr.^a Rosa também relatou que Sr. Cravo teve um cuidador por três semanas, mas que depois desse período ele decidiu dispensá-lo. Ele segue com atendimento de uma fisioterapeuta todas as sextas-feiras à noite. Houve momentos de distração, em que foram dadas boas risadas com o Sr. Cravo e a Sr.^a Rosa. Então foi entregue o cronograma explicativo a e visitas à Sr.^a Rosa, onde

junto com ela marcou-se as datas e horários para as próximas visitas. Finalizamos a visita por volta da 15h30min.

2ª VISITA: realizou-se no dia 29/07/2016 às 13h30min. Estavam presentes os quatro integrantes do grupo. Notamos que o Sr. Cravo estava fazendo uso de uma bengala de quatro pés, na qual uma integrante da equipe havia indicado. Conversou-se um pouco sobre a semana deles e deu-se início ao objetivo da visita. Ela acomodou Sr. Cravo no quarto e reuniu-se com a equipe na sala de jantar. Como já sabia da proposta da segunda visita, começou falando sobre seu dia a dia, horário que acorda, horário das refeições, horário das medicações que os dois fazem uso. Contou um pouco sobre os cuidados prestados ao esposo e as dificuldades diárias, sendo uma delas, a queda. Tem a ajuda de uma diarista a cada 15 dias, porém diariamente realiza os afazeres domésticos e cuidados ao esposo. Pode-se perceber a sobrecarga da Sr.^a Rosa e da dedicação integral que tem ao Sr. Cravo. Informou que normalmente os filhos estão presentes nos finais de semana, entretanto quando precisam sair de casa durante a semana, um dos filhos se disponibiliza a levá-los ou se não for possível chamam um táxi em que o motorista já é conhecido da família. A Sr.^a Rosa contou que mesmo antes do AVC do esposo ela dirigia, e que chegou a levar o Sr. Cravo duas vezes por dia na fisioterapia. Mas após um episódio ficou com medo de dirigir e a partir daí nunca mais conseguiu. Venderam o carro e por isso agora dependem de alguém para levá-los onde precisam, como consultas médicas, banco, farmácia e supermercado. Por várias vezes ela comentou que quase não saem de casa, pois ele se sente mal, então só sai quando extremamente necessário. Segundo a Sr.^a Rosa o Sr. Cravo sempre teve muito gosto por música e que quando jovem, ele teve até uma banda. Mostrou inclusive uma foto dele com os colegas da banda. Ele tocava guitarra, teclado. Após o AVC os filhos compraram um teclado para ele, para passar o tempo e ajudar na função motora de sua mão esquerda (lado acometido pelo AVC), porém Sr. Cravo perdeu a vontade, por isso quase não usa o teclado. A Sr.^a Rosa também informou que após o AVC ele ficou muito emotivo e apresenta choro fácil, algumas vezes assistindo TV ou escutando música. Ela também relatou que Sr. Cravo já era dependente dela há uns 20 anos, por conta do alcoolismo e por diversas vezes sofreu acidentes de carro. Em um desses

acidentes ficou hospitalizado por muito tempo, inclusive na UTI. Após conhecer um pouco da história do Sr. Cravo, foi perguntado a Sr.^a Rosa o que ela faz no tempo livre, se tem algum hobby, ou se tem algo que gostava de fazer e hoje não faz mais. De início ela disse que não tinha nada que gostasse de fazer e que não tinha muito tempo pra ela. Até que falou que antes gostava de cultivar flores, mas que não havia mais realizado essa atividade. Já estava próximo de acabar o horário da visita, finalizando por volta das 15h15min.

3ª VISITA: Realizada no dia 03/08/2016 as 18h00min. Estavam presentes os quatro integrantes da equipe. A proposta da terceira visita era explicar e sanar possíveis dúvidas de forma clara à cuidadora sobre as patologias com o qual ela convive, tanto dela quanto dele, levando material e deixando disponível pra ela. Chegamos a sua casa um pouco antes do horário combinado, era cerca de 17h40min. O casal estava tomando café na cozinha localizada aos fundos da casa, local onde a cuidadora refere passar algumas horas do dia. A Sr.^a Rosa levou a equipe até a sala de jantar e retornou a cozinha dos fundos para buscar Sr. Cravo. Conversou-se um pouco sobre a semana deles, e verificou-se que novamente havia acontecido algumas quedas do Sr. Cravo. Levamos ao casal um jogo cognitivo e de fácil entendimento, de início orientou-se sobre o jogo, pedindo para que o Sr. Cravo usasse a mão afetada pelo AVC. A Sr.^a Rosa também começou a jogar com o esposo e daí por diante as orientações programadas para aquela visita foi ocorrendo, a equipe dividiu-se em duplas e dirigiram-se à sala de estar com a cuidadora, para assim conversar mais reservadamente, sendo que uma dupla ficou com ela a outra continuavam o jogo com o Sr. Cravo. Iniciaram-se as orientações falando sobre AVC e Alzheimer, depois houve a troca das duplas, abordando os temas de HAS, Diabetes e também sobre quedas. A Sr.^a Rosa mostrou-se interessada pelos assuntos, porém sem muitos questionamentos. Reduzimos a fala sobre Alzheimer, pois Sr. Cravo não sabe do diagnóstico e ela tem medo que ele ouça qualquer coisa sobre isso. Em seguida iniciou-se uma conversa sobre a história do casal o Sr. Cravo mostrou-se bem empolgado e conversou bastante. Toda essa história foi bem descontraída com muitas risadas. Depois que as orientações terminaram, foram deixados folhetos

explicativos com a Sr.^a Rosa. Percebeu-se que o casal é muito unido e não fica muito tempo um longe do outro, como também a superproteção demonstrada pela cuidadora. Foi deixado o jogo com o casal para que durante a semana pudessem aproveitar distraíndo-se e estimulando a coordenação da mão esquerda do Sr. Cravo. Finalizou-se a visita por volta das 19h30min.

4ª VISITA: Realizada dia 09/08/2016 as 18h00min. Estavam presentes os quatro integrantes do grupo. Havíamos proposto para esta visita algumas técnicas de relaxamento, automassagem e alongamento. Ao chegarmos a Sr.^a Rosa já estava a espera, animada e com roupa confortável, conforme sugerido na última visita. O Sr. Cravo também estava a nossa espera na sala estar com teclado ligado em música automática, mostrou rapidamente algumas funções do teclado, parecia estar feliz em receber a visita. Deu-se início aos alongamentos ali na sala de estar mesmo, instruídos por uma integrante da equipe. Todos participaram inclusive Sr. Cravo que deixou impressionada toda equipe com sua força de vontade em acompanhar os exercícios, mesmo com tantas limitações. Foi um momento de grande descontração e risadas. A Sr.^a Rosa gostou bastante, porém não tem o hábito de fazer nenhuma atividade física, e por isso em um determinado momento sentiu câimbra nas pernas. Após os alongamentos era a hora da automassagem e relaxamento. A equipe dirigiu-se até o quarto do casal para que pudessem ficar mais confortáveis para as manobras de massagens e pela limitação dos movimentos do Sr. Cravo. De início sentado, para aprender algumas técnicas de automassagem, depois chegou a hora do relaxamento, foi realizada massagem no Sr. Cravo e na Sr.^a Rosa, nas regiões da cabeça, ombro, costas e pés. O Sr. Cravo sentiu-se muito bem e por algum tempo chegou a cochilar, a Sr.^a Rosa também ficou relaxada. Por último foi demonstrado à Sr.^a Rosa uma técnica de massagem nas mãos, foi um momento muito agradável ao lado deles. Foi gratificante ver como estavam se sentindo bem e alegres. Finalizou-se a visita às 20h10min.

5ª VISITA: Realizada dia 17/08/2016 as 18h00min. Estavam presentes os quatro integrantes do grupo. Programou-se para a quinta visita orientações sobre estilo de vida, nível de stress, etc. Chegando para a visita, o casal já estava aguardando, recebeu a equipe na sala de jantar, onde na mesa estava

o jogo que foi deixado com eles e uma pasta cor de rosa escrito “Cuidando do Cuidador”, ali estava todo material que foi deixado nas visitas anteriores, toda equipe ficou surpresa com a organização e verificou-se que realmente Sr.^a Rosa estava gostando das visitas e orientações. A Sr.^a Rosa contou que na noite da última visita depois das massagens dormiram muito bem, e também que Sr. Cravo estava gostando muito do jogo, que inclusive jogaram várias vezes, até aos fins de semana com os netos. E então iniciou-se com a cuidadora uma dinâmica, que avalia controle de stress, nutrição, qualidade de vida e relacionamento social. Ao fim da dinâmica, percebeu-se o nível de sobrecarga da cuidadora, devido a dependência do Sr. Cravo com ela. Em alguns momentos ela relatou que quase não tem vida social, pouco conhece os vizinhos, saí de casa somente quando necessário e quando sai, sempre com Sr. Cravo junto, não participa de nenhuma atividade na comunidade. Na casa dos filhos também não costuma ir, pois Sr. Cravo não se sente bem fora de casa. A Sr.^a Rosa demonstrava estar um pouco tensa durante a dinâmica, o que pareceu um pouco estranho. Mas na verdade tinha um motivo pra isso, o casal havia preparado uma surpresa com duas pizzas, entregues em sua casa. Naquele momento a equipe ficou um tanto sem graça, pois foi algo inesperado e ao mesmo tempo felizes em saber que aquilo era uma forma de agradecimento. Durante o jantar conversamos bastante, o casal, compartilhou algumas histórias engraçadas vividas por eles. Foi um momento muito agradável, que deixou todos muito felizes. Finalizando a visita cerca de 20h40min.

6^a VISITA: Realizado dia 31/08/2016 as 18h00min. Estavam presentes os quatro integrantes do grupo e a Professora Orientadora. Essa visita foi programada para encerramento das orientações com uma confraternização em homenagem a cuidadora. A Sr.^a Rosa contou sobre a última queda sofrida pelo Sr. Cravo em que ele caiu no quintal, batendo a boca em uma pedra, chegou a perder um dos dentes o Sr. Cravo não quis que chamasse socorro, ela mesma prestou os cuidados. Conversando um pouco mais começamos a entregar os presentes que foram comprados para eles. Primeiro para o Sr. Cravo que foi um jogo igual ao deixado pela equipe em visitas anteriores e outro jogo de Damas e Trilhas, o qual ele havia dito que gostava. Ele ficou

muito feliz com os presentes. Depois foi entregue à Sr.^a Rosa, um aromatizador elétrico de cerâmica com um óleo essencial de tangerina, dois DVD's do gosto musical da Sr.^a Rosa e três vasos de flores (kalanchoe) para incentivá-la a cultivar plantas no seu jardim onde falou em visitas anteriores que gostava mas que perdeu o hábito. E por último a entrega de um cartão assinado por toda a equipe e o principal, o quadro de rotinas, que foi um quadro branco onde foi elaborado junto da cuidadora as rotinas diárias, dentro dos seus afazeres habituais, incluindo tempo livre, para alongamento, cultivar o jardim, jogar com o Sr. Cravo ou algo que ela queira fazer. Livre para ela fazer qualquer alteração necessária. Foi deixada uma mensagem escrita no quadro com o nome de cada um da nossa equipe, logo após foi realizado um lanche. Após o lanche foi tirada algumas fotos. E foi entregue ao casal um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLEC), para uso da imagem que foi aceito e assinado, autorizando o uso das imagens. Logo após a professora Orientadora teve de se ausentar. Ao fim da visita eles surpreenderam a equipe novamente, com um presente, uma caneta linda, personalizada com o nome de cada um. Onde a equipe sentiu-se honrada e agradecida ao casal por terem acolhido e aberto às portas de sua casa. O casal também foi grato por tantos momentos bons. Disseram que as portas de sua casa estarão sempre abertas. Foi encerrada a visita às 21h00min.

5 Considerações Finais

Neste estudo identificaram-se problemas enfrentados pela cuidadora, devido à sobrecarga de atividades diárias. Em relação aos cuidados com o esposo devido às consequências diretas da lesão como alterações motoras, cognitivas e psicológicas (depressão e desânimo), além dos afazeres domésticos e problemas de saúde relativos ao seu envelhecimento como desgaste físico, diminuição da força, diabetes e hipertensão. Desta forma, comprometendo o seu bem estar, não tendo tempo para o lazer e descanso pessoal, levando-a ao estresse emocional, ansiedade e depressão.

Constatou-se ainda a importância de implementar um cuidado de forma holística ao cuidador familiar visando as condições físicas, psíquicas e emocionais, como também um processo educativo para com o cuidador sendo uma das principais intervenções, revendo alguns aspectos importantes no que diz respeito à sequela da doença e a real situação em que o indivíduo se encontra. Sentindo-se assim mais preparada para lidar com as situações que se apresentam. Pois nesse processo o cuidador é tão importante quanto o paciente, pois implica em determinar resultados positivos durante a reabilitação proporcionando condições para estimular a independência deste indivíduo, obtendo motivação para superação diária no enfrentamento da doença, oferecendo uma assistência adequada. Pois normalmente o suporte é voltado na maior parte ao paciente, levando aos cuidadores a se sentirem abandonados. Portanto um suporte psicossocial aos cuidadores familiares é essencial, faz-se necessário implementar novos modelos assistências de saúde para orientação e acompanhamento do cuidador familiar, com a finalidade de preservar sua saúde e garantir o adequado desempenho de sua função.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. R. M. Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil. **Rev Neurocienc** nº 20, 4, p 481-482, 2012.

BRASIL. **Municipal de Saúde. Manual para cuidadores informais de Idosos:**

guia prático. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/saude/FOO8.pdf>>. Acesso em maio de 2016.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 20 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

CANCELA, D. M. G. **O Acidente Vascular Cerebral-Classificação, Principais Consequências e Reabilitação.** 2008. Dissertação (Licenciatura em Psicologia) - Universidade Lusíada do Porto, Portugal.

CARVALHO, M. A. et. al. **Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos atendidos por meio do serviço de atendimento móvel de urgência.** *Rev. Enferm. UFPE.* Recife, PE, v.9, n3, p. 1015-1021, mar, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/7189-68765-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/7189-68765-1-PB%20(3).pdf)>, acesso em: 12 jul. 2016.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Editora, 1998.

JUNIOR, F. A. V. L. et al. **O impacto do acidente vascular cerebral no cotidiano de cuidadores familiares.** *Estud. interdiscipl. envelhec.*, Porto Alegre, RS, v. 17, n. 2, p. 251-264, 2012.

LIMA, C. M. G et al. Características epidemiológicas e clínicas dos pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. *J Health Sci Inst*, Rio Branco, AC, v 33, n.1, p 45-49 , 2015. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/01_jan-mar/V33_n1_2015_p45a49.pdf >, acesso em: 12 jun. 2016.

MARQUES, J. A. A. **Relação entre Memória e Qualidade de Vida em Vitimas de AVC.** 2013. Dissertação (Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia Especialização em Neuropsicologia)- Universidade do Algarve Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Portugal. Disponível em: <http://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/6764/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20final.pdf> >. Acesso em: 15 jul. 2016

MONTEIRO, S. P. **Acidente Vascular Cerebral (AVC): os desafios de enfermagem no atendimento de urgência.** 2015. TCC (Curso de Licenciatura em Enfermagem) - Universidade do Mindelo Escola Superior de Saúde, Mindelo, São Vicente, Cabo Verde. Disponível em: <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/handle/10961/4686>>, acesso em: 25 jul. 2016.

NOGUEIRA, D. R. **Cuidado Integral: um caminho para a resiliência.** 2015. 108 f.. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí. Centro de Ciências da Saúde, Itajaí, SC.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Rev. Ciênc. Cuidado Saúde**, Marialva, PR, v.11, n1, p. 129-137, Jan-Mar 2012.

PEREIRA, R.A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v.47, n.1, p 185-92, 2013.

SARAIVA, D. M. F. **O olhar dos e pelos cuidadores**: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador. 2011. 135 f... Tese (Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo) - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e à Faculdade de Economia, Coimbra, Portugal.

SILVA, A. A. **Impacto do AVC na vida familiar**: Uma contribuição da psicoeducação. 2011. 304 f... Tese (Grau de Doutor em Educação) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Instituto de Educação, Lisboa, Portugal.

TELES, A. R. **Razões de Torque dos Músculos do Tornozelo de Indivíduos Espásticos Decorrente de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico**. 2012. Dissertação (Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde)-PUC- Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, RS. Disponível em: <repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4440>, acesso em: jul. 2016.

TORRALBA, F.R. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

APÊNDICE A

AVC Guia prático de Prevenção e Cuidados

<p>Caminhar</p>  <p>Der suporte ao braço envolvido e estimular o controle e transferência do peso na perna envolvida.</p> <p>Passagem para de pé</p>  <p>O cuidador e o paciente realizam o movimento de levantar na mesma direção.</p> <p>Higiene</p>  <p>Procure integrar o lado envolvido na hora da higiene pessoal.</p> 	<p>Vestuário</p>  <p>Inicie a colocação da roupa pelo lado envolvido</p>  <p>Alimentação</p>  <p>Incentive o paciente a comer sentado, sem ajuda e devagar; mantendo a cabeça ereta e permanecer nesta posição durante 30 min. Após a alimentação deve se realizar a higiene oral de forma</p>  <p>Profª Orientadora: Debora Rinaldi Nogueira</p> <p>Editores: Amanda Elísia Bries Ana Paula Bressan Heitor Guimarães Janaina Lima Merino</p> <p>Referencia Bibliográfica: Cartilha AVC (Derrame) Hospital Municipal São José</p>	 <p>Guia Prático de</p> <p>Prevenção e Cuidados</p>
--	--	--

LADO A

Fonte:

Disponível

em:

<fisioterapiamanual.com.br>, <media.rtp.pt>, <www.redebrasilavc.org.br>, <www.abavc.org.br>, <www.gruposaoalucas.com.br>, <www.misericordia-amadora.pt>, Acesso em: 21/07/2016.

O que é AVC ?

O AVC (acidente vascular cerebral) é popularmente conhecido como "Derrame". Isso 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 mesmo durante o sono.

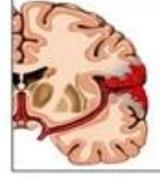
Quais são os tipos ?

AVC isquêmico



Um coágulo bloqueia o fluxo sanguíneo para uma área do cérebro

AVC hemorrágico



O sangramento ocorre dentro ou ao redor do cérebro

Fonte: Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares

O que é "Ameaça de Derrame" ?

Ocorre quando um vaso é bloqueado por um período e depois o fluxo sanguíneo volta ao normal. Acontecendo isso o indivíduo perde a função neurológica e depois a recupera em menos de 24 horas (geralmente em 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 maior chance de ter um AVC ?



O que fazer na suspeita de AVC ?

Dirigir-se **imediatamente** a um serviço de emergência Hospitalar.

Por quê internar ?

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

Onde internar ?

Em unidades especiais compostas por profissionais especializados, como a **Unidade de AVC do HMSJ**.

Quais sintomas indicam a ocorrência ?



O quarto e a posição do paciente ?

Todos os estímulos devem vir pelo lado do corpo que ficou comprometido, portanto, a cama deve ficar de maneira que o hemisfério envolvido não fique para o lado da parede.



Deitado sobre o lado envolvido.



Permite que o paciente realize o movimento, se necessário ofereça suporte.

LADO B

Fonte: Disponível em:

<fisioterapiamanual.com.br>, <media.rtp.pt>, <www.redebrasilavcorg.br>, <www.abavc.org.br>, <www.gruposao Lucas.com.br>, <www.misericordia-amadora.pt >, Acesso em: 21/07/2016.

APÊNDICE B

Autoalongamento

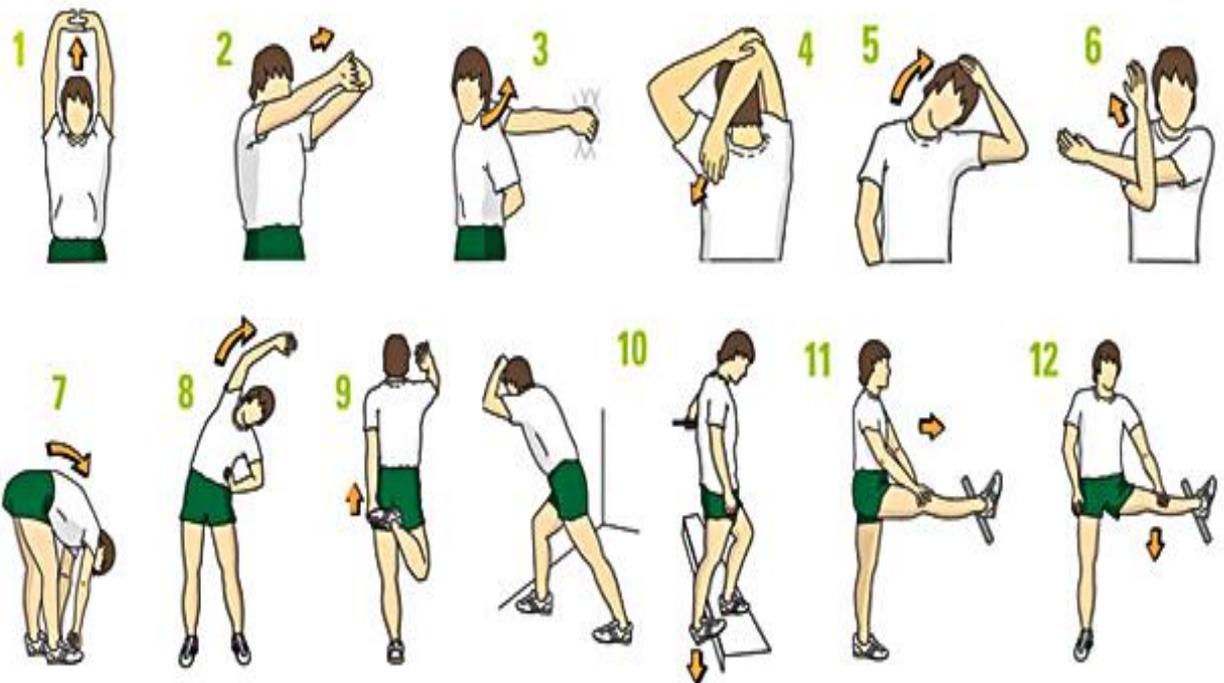
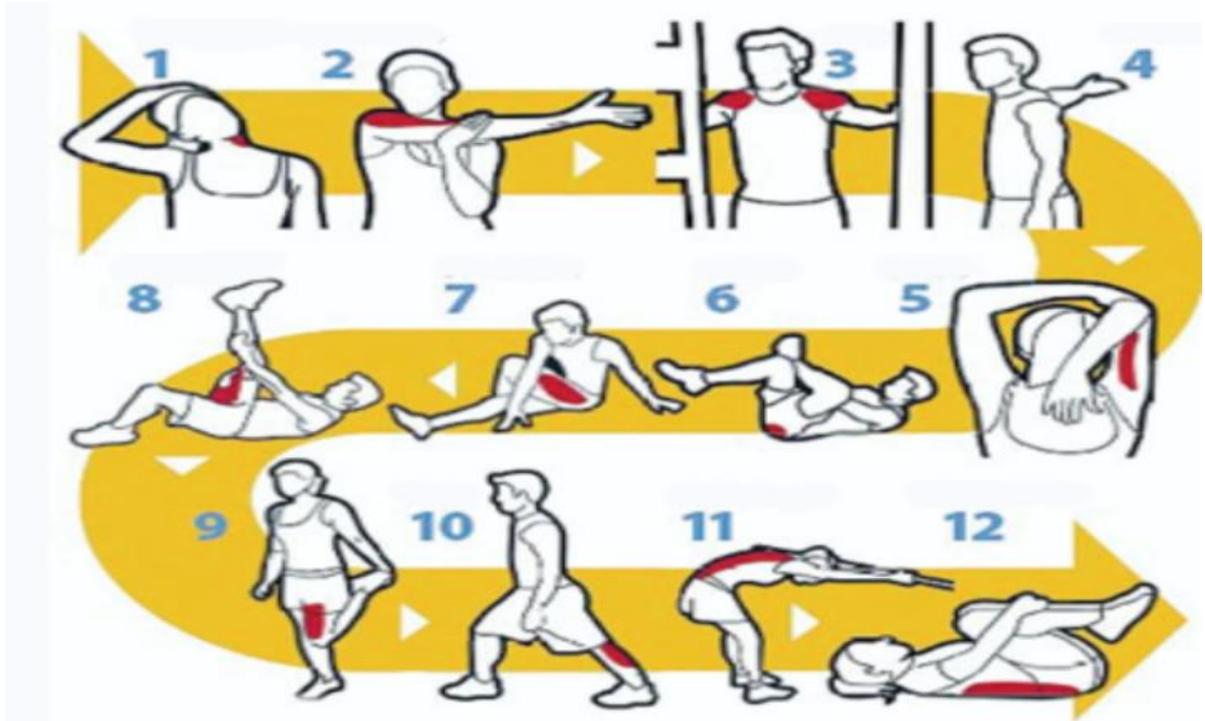
BENEFÍCIOS DO ALONGAMENTO

- 1- *Alongar melhora e prolonga sua flexibilidade, seu movimento nas articulações e evita lesões nesses locais;*
- 2- *Aumentam o arco de amplitude muscular; Previnem as lesões;*
- 3- *Por aumentar o fluxo sanguíneo nos músculos, melhora a circulação;*
- 4- *Melhora a postura;*
- 5- *Alivia o Stress, pois relaxam os músculos tensos;*
- 6- *Melhora a coordenação motora, promove o melhor equilíbrio e a mobilidade.*

Veja a seguir as dicas para um alongamento eficiente

- 1- *Alongar-se enquanto os músculos estão frios aumenta o risco de lesão. O ideal é fazer um pequeno aquecimento, para que os músculos se tornem mais receptivos;*
- 2- *Faça cada alongamento por pelo menos 30 segundos, os tecidos precisam de tempo para se alongar com segurança. Nos músculos mais tensos, procure manter por pelo menos 60 segundos;*
- 3- *Não exagere. Respeite seus limites. Forçar o músculo pode trazer dores, rigidez e tensão;*
- 4- *Caso sinta dores, recue um pouco, não é saudável;*
- 5- *Relaxe e respire normalmente, não é necessário prender a respiração durante a atividade;*
- 6- *Alongue igualmente os dois lados do corpo. Faça de leve antes e mais forte após a realização dos exercícios;*
- 7- *Além de alongar os principais músculos do corpo, faça também naqueles que você mais repete a utilização durante o trabalho, ajuda a evitar Lesões por Esforço Repetitivo;*
- 8- *Se só tem tempo para alongar uma vez durante o treino, melhor que seja feito depois, quando os músculos estão mais aquecidos e receptivos;*
- 9- *Não alongue se tiver lesionado, a menos que seja por orientação médica ou de algum profissional de fisioterapia.*

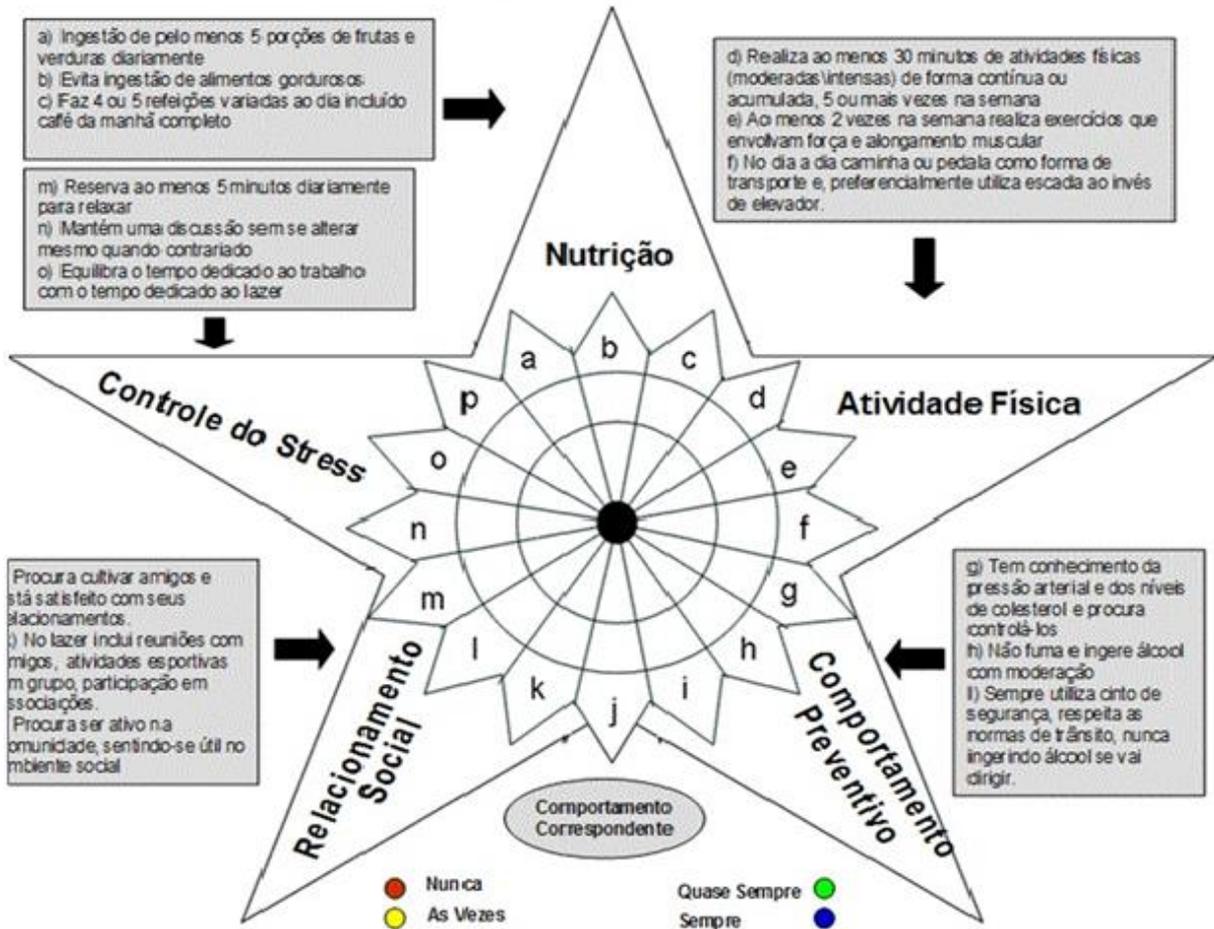
ALONGAMENTOS



Fonte: Disponível em: <://blog.sossego.com.br/15-minutos-de-alongamento-podem-mudar-sua-, <://saudeprvida.com.br/atividade-fisica-a-importancia-do-alongame>, Acesso em: 18/06/2016.

ANEXO A

Avaliação do estilo de vida: Pentáculo



Fonte: Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd129/aplicabilidade-do-pentaculo-do-bem-estar.htm>>, Acesso em: 20/10/2016.

ANEXO B

Automassagem

Seqüência completa de automassagem

Os exercícios descritos a seguir foram inspirados no livro Curso de Massagem Oriental, de Armando S. B. Austregésilo e podem ser feitos em casa, de manhã ou à tardinha. Para quem está cansado, a intensidade da massagem deve ser leve, com pressões e palmadas superficiais. Já quem anda sedentário e tem se alimentado em excesso se beneficiará com uma pressão mais forte.

1. Sente-se confortavelmente, com as costas eretas. Respire calmamente procurando focar sua atenção em si mesmo. Esfregue as mãos e toque o rosto massageando a mandíbula.



2. Com os dedos indicadores, acompanhe o desenho interno das orelhas, tampando os ouvidos no final (por cerca de 10 segundos).



3. Deslize os oito dedos (exceto os polegares) pela testa, quatro de cada lado finalizando o movimento com uma fricção circular na região das têmporas



4. Pressione o canto interno dos olhos.



5. Em seguida, pressione o canto externo da órbita ocular.



6. Faça a mesma pressão no ponto entre as sobrancelhas.



7. Agora, pressione os cantos externos das sobrancelhas. Para terminar o movimento, feche os olhos e massageie suavemente os globos oculares, exercendo uma pressão leve sobre as pálpebras.



8. Deslize as mãos pelas laterais do nariz saindo pela maçã do rosto.



9. No topo da cabeça, com a polpa dos dedos, fricção o couro cabeludo.



10. Como se estivesse tocando piano, dê pequenas batidinhas com as pontas dos dedos no couro cabeludo.



11. Use os polegares para pressionar os pontos logo abaixo da caixa craniana, acima dos músculos que ladeiam a coluna vertebral



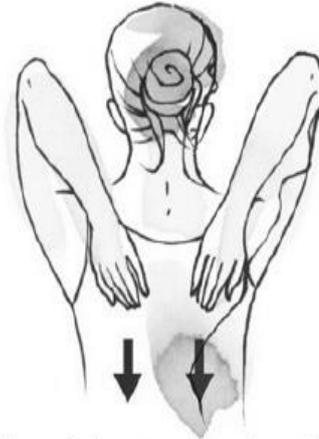
12. Atente para a nuca e ombros: prenda os músculos da nuca como se suas mãos fossem duas pinças descendo da cabeça para baixo e para os lados até chegar aos ombros.



13. Com a mão direita, pince o ombro esquerdo enquanto gira o ombro 360 graus. Repita do outro lado da mesma forma.



14. Para as costas e a coluna: eleve os braços e dobre-os para trás, caminhando com as mãos para baixo (partindo dos ombros) em direção à cintura.



15. Una as mãos às costas, posicionando uma das mãos por baixo e a outra por cima. Flexione o tronco para frente expirando. Repita o exercício trocando a posição das mãos.



AUTOMASSAGEM

Cuidar de si é o primeiro passo para se amar!

Com a automassagem você conecta seu corpo e mente, transformando o cansaço do dia-a-dia em um maravilhoso exercício de autoconhecimento e relaxamento.

*Os exercícios descritos a seguir foram inspirados no livro *Curso de Massagem Oriental*, de Armando S. B. Austregésilo e podem ser feitos em casa, de manhã ou à tardinha. Para quem está cansada a intensidade da massagem deve ser leve, com pressões e palmadas superficiais.*

Benefícios tanto físicos quanto emocionais para o praticante:

- Ativação da circulação sanguínea: melhora da oxigenação do corpo e da eliminação de impurezas;*
- Diminuição das dores musculares: com a aplicação da automassagem ocorre o relaxamento da musculatura e a consequente redução das dores e dos sintomas do cansaço (fadiga muscular);*
- Alívio das tensões emocionais: a prática diária da automassagem reduz as tensões ocasionadas pelos problemas diários.*

ANEXO C

Cartilhas Hipertensão



Fonte: Disponível em: <www.sbh.org.br/geral/cartilha.asp>, Acesso em: 21/06/2016.

ANEXO D

Cartilhas Hipertensão

CAUSAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL (PRESSÃO ALTA)



COMO TER UMA PRESSÃO 12 POR 8 (PRESSÃO NORMAL)



Fonte: Disponível em: <www.sbh.org.br/geral/cartilha.asp>, Acesso em: 21/06/2016.

ANEXO E

Cartilhas Hipertensão

10 MANDAMENTOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLE DA PRESSÃO ALTA

01. MEÇA A PRESSÃO PELO MENOS UMA VEZ POR ANO;
02. PRATIQUE ATIVIDADES FÍSICAS TODOS OS DIAS;
03. MANTENHA O PESO IDEAL, EVITE A OBESIDADE;
04. ADOTE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: POUCO SAL, SEM FRITURAS E MAIS FRUTAS, VERDURAS E LEGUMES;
05. REDUZA O CONSUMO DE ÁLCOOL. SE POSSÍVEL, NÃO BEBA;
06. ABANDONE O CIGARRO;
07. NUNCA PARE O TRATAMENTO. É PARA A VIDA TODA;
08. SIGA AS ORIENTAÇÕES DO SEU MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE;
09. EVITE O ESTRESSE. TENHA TEMPO PARA A FAMÍLIA, OS AMIGOS E O LAZER;
10. AME E SEJA AMADO.

ORGANIZAÇÃO



APOIO



PATROCÍNIO



Fonte: Disponível em: <www.sbh.org.br/geral/cartilha.asp>, Acesso em: 21/06/2016.

ANEXO F

Cartilhas Hipertensão



Fonte: Disponível em: <www.sbh.org.br/geral/cartilha.asp>, Acesso em: 21/06/2016.

ANEXO G

Diabetes

O QUE É DIABETES?

Diabetes é uma doença crônica na qual o corpo não produz insulina ou não consegue empregar adequadamente a insulina que produz. Mas o que é insulina? É um hormônio que controla a quantidade de glicose no sangue. O corpo precisa desse hormônio para utilizar a glicose, que obtemos por meio dos alimentos, como fonte de energia. Quando a pessoa tem diabetes, no entanto, o organismo não fabrica insulina e não consegue utilizar a glicose adequadamente. O nível de glicose no sangue fica alto - a famosa hiperglicemia. Se esse quadro permanecer por longos períodos, poderá haver danos em órgãos, vasos sanguíneos e nervos.

QUAIS SÃO OS SINAIS?

Os sintomas não são específicos e podem ser confundidos com outras doenças, mas os mais comuns são inchaço, perda de sono, falta de apetite, dor de estômago, fraqueza e dificuldade de concentração. Geralmente, no entanto, os sinais só aparecem quando o quadro está mais grave. A recomendação é que toda pessoa com diabetes, Tipo 1 e Tipo 2, deve fazer um exame que pesquisa a microalbuminúria pelo menos uma vez por ano. Se for detectada alguma alteração, o exame deve ser repetido. Se a condição for confirmada, o paciente deve receber tratamento adequado. É fundamental consultar um médico regularmente.

MITO: DIABETES NÃO É UMA DOENÇA TÃO SÉRIA

Qual é a verdade? Se você controlar o diabetes adequadamente, você pode prevenir ou adiar as complicações. De acordo com uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, as condições associadas ao diabetes causam mais mortes do que o câncer de mama e a Aids, juntas. Duas em cada três pessoas com diabetes morrem em função de problemas cardiovasculares ou derrame.

MITO: SE VOCÊ TEM DIABETES, SÓ DEVE COMER PEQUENAS QUANTIDADES DE ALIMENTOS RICOS EM AMIDO, COMO PÃO, BATATA E MASSAS

Qual é a verdade? Depende. Alimentos ricos em amido podem fazer parte do planejamento de uma alimentação saudável, mas o tamanho da porção é a chave. Pães integrais, cereais, massa, arroz e vegetais como batatas, inhame, ervilha e milho podem ser incluídos nas refeições e petiscos. Você está se perguntando quanto de carboidrato pode comer? Isso vai depender do controle que você faz – dependendo de como estão seus níveis de glicose no sangue, você precisará comer mais ou menos carboidratos. Como a ajuda da equipe multidisciplinar e do Manual de Contagem de Carboidratos da Sociedade Brasileira de Diabetes, essa tarefa se torna muito mais fácil e natural.

MITO: COMER MUITO AÇÚCAR CAUSA DIABETES

Qual é a verdade? A resposta não é tão simples. Diabetes Tipo 1 é causada por fatores genéticos e outras causas ainda desconhecidas. Diabetes Tipo 2 é causada por fatores genéticos e estilo de vida.

Estar acima do peso contribui para o risco de desenvolvimento do Tipo 2, e uma dieta hipercalórica, não importando a fonte das calorias, favorece o ganho dos 'quilos a mais'. Algumas pesquisas mostraram que o consumo de bebidas açucaradas, como sucos industrializados e refrigerantes, pode ter vínculo com o desenvolvimento de Diabetes Tipo 2.

Uma das medidas para prevenir Diabetes Tipo 2 é reduzir o consumo de bebidas açucaradas, como refrigerantes, bebidas com suco de frutas, sucos e chás industrializados e bebidas energéticas, por exemplo.

Em uma garrafinha de 600 ml de refrigerante, há entre 60 e 70g de açúcar. Isso equivale a 13 pacotinhos de açúcar desses que a gente vê nas mesas de restaurante, ou a um terço de um corpo de 200 ml. É muito açúcar.

MITO: PESSOAS COM DIABETES NÃO PODEM COMER DOCES OU CHOCOLATE

Qual é a verdade? Doces e chocolates podem ser consumidos por pessoas com diabetes, Se estiverem dentro de um planejamento alimentar combinado com exercícios físicos. Há algum tempo, eles deixaram de ser proibidos. O ‘pulo do gato’ em relação aos doces e chocolates é que eles devem ser consumidos em pequenas porções e em ocasiões especiais, ou seja, nesses dias você poderá focar as refeições em opções mais saudáveis, permitindo a ingestão de doces. Outra dica importante é evitar pular refeições.

MITO: PESSOAS COM DIABETES DEVEM COMER ALIMENTOS ESPECIAIS PARA DIABÉTICOS

Qual é a verdade? Uma refeição saudável significa, geralmente, a mesma coisa para uma pessoa com diabetes e uma pessoa sem diabetes. Com pouca gordura, principalmente saturada e trans; moderada em sal e açúcar; privilegiando cereais integrais, vegetais e frutas. Comida ‘dietética’ quase sempre não oferece benefícios extras. Alguns desses produtos ainda contribuem para aumentar os níveis de glicose, geralmente são mais caros e podem até ter efeito laxante. A alimentação saudável é aquela indicada pela equipe multidisciplinar, formada por médicos, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, cardiologistas, podólogos e enfermeiros.

Fonte: Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf>. Acesso em: 26/07/16; <http://www.diabetes.org.br/attachments/246_manual_oficial_contagem_carboidratos_2009.pdf>. Acesso em: 26/07/16; <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf>. Acesso em: 26/07/16.

ANEXO H

Mal de Alzheimer

A doença de **Alzheimer**

Espaço Ser com Ser

FASE INICIAL	INTERMEDIÁRIA	GRAVE
 <p>Lapsos na memória recente</p>	 <p>A perda de memória se intensifica</p>	 <p>Dependência física total: os comandos cerebrais já foram destruídos</p>
 <p>Mudanças de comportamento: o introvertido fica falante, ou vice-versa</p>	 <p>Repetição infinita de informações</p>	 <p>Não anda e quase não fala</p>
 <p>Senso de direção comprometido. O doente se perde</p>	 <p>Estranhamento constante da própria casa e dos pertences</p>	 <p>Não reconhece ninguém, nem a si mesmo</p>
 <p>Atitude mais agressiva que normal, às vezes sem justificativa aparente</p>	 <p>Alternância de momentos de lucidez e confusão mental</p>	 <p>Aparecimento de infecções, especialmente urinária e pneumonia</p>
 <p>Dificuldade em fixar informações novas</p>	 <p>Estresse psicológico e depressão</p>	 <p>A deglutição fica prejudicada</p>
 <p>Teimosia O doente insiste em dizer que não há nada errado com ele</p>	 <p>Agressividade quando é contrariado</p>	 <p>Surgimento de feridas e problemas de circulação, por passar longos períodos sentado ou deitado</p>
	 <p>Começa a dependência física: algumas atividades se tornam penosas e outras perigosas</p>	
	 <p>Vocabulário O doente esquece palavras óbvias</p>	



Fonte: Disponível em: <saudefloripa33pj.wordpress.com/tag/mal-de-alzheimer/>, Acesso em: 28/06/16.

ANEXO I

Mobilidade: Quedas em casa

Como pode preveni-las?

As quedas são o acidente mais frequente. Muitas delas são evitáveis se deixar de lado algumas práticas incorretas e adaptar o ambiente às necessidades da pessoa dependente.

Conselhos gerais

- Prescinda dos tapetes ou coloque uma rede antideslizante ou fita de dupla face para evitar tropeções e escorregadelas.
- Evite os pavimentos muito polidos ou encerados.
- Não deixe obstáculos nas zonas de passagem. Os cabos deixados no chão ou os móveis fora do sítio podem provocar quedas.
- Assegure-se de que os corrimãos e as pegas estão bem fixos na parede, nos ladrilhos ou nos azulejos.
- Instale corrimãos para que a pessoa se possa deslocar pela casa ou subir as escadas com segurança.
- Mantenha as zonas de passagem bem iluminadas.
- Se a pessoa de quem cuida tem dificuldades em andar, incentive-a a utilizar uma bengala ou um andarilho e ensine-a a utilizá-los corretamente.
- Incentive-a, pelo menos de hora a hora, a levantar-se e andar um pouco. Se não se puder levantar, estimule-a a mexer os tornozelos, os joelhos e as ancas a partir do assento.

Prevenção de quedas e acidentes na casa de banho

A maioria das quedas em casa tem lugar na casa de banho. As adaptações e ajudas técnicas que lhe apresentamos a seguir podem facilitar a prestação de cuidados e diminuir o risco de acidentes. Avalie as possibilidades reais que tem de efetuar algumas das mudanças que lhe propomos a seguir.

Adaptações e conselhos gerais

- Se puder, substitua a banheira por um chuveiro sem bordas.
- As extremidades e arestas das superfícies (móveis, cadeiras, louças sanitárias...) devem ser arredondadas, sem saliências ou bordos cortantes e fáceis de limpar.
- Instale barras de apoio e pegas adaptadas à pessoa que as vai usar.
- Se a pessoa de quem cuida tem dificuldade visual utilize cores contrastantes para diferenciar os elementos que constituem a banheira ou duche (divisórias, apoios, prateleiras, torneiras, etc.).
- É preferível que a porta abra para fora e deixe um espaço de 80cm.
- Substitua as maçanetas das portas por manípulos ou puxadores. São mais fáceis de usar e melhores para as articulações da mão.
- Se a porta possui um trinco, deve poder abrir-se por fora (tipo botão) para os casos de emergência.
- Coloque antideslizantes ou autocolantes na base da banheira ou do duche para evitar o risco de escorregamento.
- Utilize tapetes para os pés quando sair do banho ou do chuveiro.
- Verifique a temperatura da água antes de aplicá-la em qualquer parte do corpo.
- Verifique a segurança dos pequenos eletrodomésticos (secador, máquina de barbear, etc.). Desligue-os depois de utilizar.

Fonte: Disponível em: <http://docplayer.com.br/15854213-A-cuidar-consigo-conteudo-desenvolvido-com-a-colaboracao-da-segg-sociedade-espanhola-de-geriatria-e-gerontologia-d-e-g-e-riat-ria.html>, Acesso em: 15/06/16.