

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA APARECIDA VIEIRA SANTANA**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONHECIMENTO DOS  
FAMILIARES DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA APARECIDA VIEIRA SANTANA**

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONHECIMENTO DOS  
FAMILIARES DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – em Urgência e Emergência - do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms.Lillian Dias Castilho Siqueira

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONHECIMENTO DOS FAMILIARES DE PESSOAS COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL** de autoria da aluna **MARIA APARECIDA VIEIRA SANTANA** foi examinada e avaliada pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Prof<sup>ª</sup> Ms. Lillian Dias Castilho Siqueira**

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

**FLORIANÓPOLIS (SC)**  
**2014**

## DEDICATÓRIA

*A Deus, pelo dom da criação, da vida e da sabedoria.*

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente à Deus... Pela presença constante em nossas vidas, pela força e sabedoria em todos os momentos e principalmente durante a realização deste trabalho.*

*A família... Pelo apoio e amor incondicional, que mesmo distante estivera sempre presente para ouvir, acolher e consolar nos momentos difíceis e que vibra com minha vitória.*

## SUMÁRIO

RESUMO .....	
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO .....	11
3. MÉTODO .....	14
3.1 CARTILHA EDUCATIVA.....	16
REFERÊNCIAS .....	26

## RESUMO

O acidente vascular cerebral é um déficit neurológico resultante da ruptura do suprimento sanguíneo para uma parte do cérebro, durando pelo menos vinte e quatro horas e resultantes de lesões cerebrais. É uma doença com alta taxa de morbimortalidade e gastos assistenciais com saúde no Brasil. Salienta-se a importância da família como colaboradora do autocuidado do paciente portador de AVC, não só no período de hospitalização, mas também em seu domicílio. Nesse contexto, o enfermeiro apresenta um espaço vasto para desempenhar atividades de educador em saúde juntamente com o paciente e seus familiares. Esse estudo é um projeto e tem como objetivo realizar uma intervenção educativa, composta por várias estratégias recomendadas na literatura, em pacientes e cuidadores principais de pessoas incapacitadas por AVC, incluindo orientações sobre os fatores de risco, prevenção e assistência no domicílio. Metodologia: para demonstrar como a concepção de cuidar pode ser apropriada na implementação da prática de enfermagem, utilizou-se a Teoria de Orem. A intervenção educativa será realizada no Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), localizado na cidade de Aracajú (SE), no mês de maio de 2014. Serão utilizadas diferentes estratégias como orientações e fornecimento de um guia impresso. Para isso foi elaborado um manual educativo a fim de favorecer o processo educativo das famílias no ambiente hospitalar.

Palavras-chaves: Cuidados de enfermagem; Acidente Vascular Cerebral

## 1. INTRODUÇÃO

A escolha do presente tema se deu pela vivência profissional no pronto socorro de um hospital de urgência e emergência, onde se observa a frequência de determinadas patologias, sendo as doenças crônicas não transmissíveis as mais recorrentes e, dentre elas, as cerebrovasculares. Percebe-se a ausência de adesão por parte da população aos programas de saúde, além de desconhecem, na maioria das vezes, os fatores de risco destas doenças. Há falta de corresponsabilidade com a saúde e coexiste ainda uma cultura hospitalocêntrica que aumenta a procura e superlota os serviços de urgência e emergência dos hospitais públicos.

Na ambiência do pronto socorro deste estudo, diariamente ocorrem novos casos de pacientes acometidos por Acidente Vascular Cerebral (AVC), assim como recidiva dos sobreviventes. Observam-se os questionamentos dos familiares quanto às características da doença. Desconhecem e possuem baixa adesão ao tratamento e redução dos fatores de riscos. Diante desta realidade cotidiana escolhi trabalhar com educação em saúde para reduzir as dificuldades do paciente e seus familiares e promover orientações de autocuidado relacionadas ao AVC.

O acidente vascular cerebral ou “ataque cerebral” é um déficit neurológico resultante da ruptura do suprimento sanguíneo para uma parte do cérebro, durando pelo menos vinte e quatro horas e resultantes de lesões cerebrais. O termo ataque cerebral está sendo usado para sugerir aos profissionais de saúde e ao público que um acidente vascular cerebral é uma questão urgente de saúde similar ao ataque cardíaco. Os acidentes vasculares cerebrais podem ser divididos em duas categorias principais: isquêmicos, nos quais ocorrem a oclusão vascular e uma hipoperfusão significativa, e os hemorrágicos, nos quais existe o extravasamento de sangue para dentro do cérebro ou para o espaço subaracnóideo (BRUNNER et al., 2010).

Segundo Rosamond et al. (apud BRUNNER, 2010; p.1899), o acidente vascular cerebral é o principal distúrbio neurológico nos EUA, sendo a terceira causa principal de morte após a doença cardíaca e o câncer. Aproximadamente 780.000 pessoas sofrem um acidente vascular cerebral a cada ano nos EUA, sendo 600.000 destes são novos casos e 180.000 são recorrentes. Ainda, cerca de 5,6 milhões de sobreviventes de acidente vascular cerebral não-institucionalizados estão vivos atualmente, e é a causa principal de incapacidade grave a longo prazo nos EUA (BRUNNER et al., 2010).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, o número de mortes pelo AVC chega a quase 100 mil pessoas. Em 2000 houve 84.713 óbitos, subindo para 99.726 em 2010. Tendo por base a crescente incidência de novos casos de AVC foi instituída em 2012 uma linha de cuidado do acidente vascular cerebral que dispõe de centros de atendimento de urgência para portador de AVC no âmbito sistema único de saúde (SUS) estabelecida pela Portaria n 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012.

O AVC é uma doença com alta taxa de morbimortalidade e gastos assistenciais com saúde no Brasil, com tendência crescente e grande impacto na área de saúde pública no país. No âmbito do SUS, o Ministério da Saúde normatizou a Portaria 4.279/2010, que institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A prevenção primária do AVC continua sendo a melhor abordagem. Levar um estilo de vida saudável, que inclui não fumar, manter o peso adequado, seguir uma dieta balanceada e exercícios diários podem reduzir o risco de sofrer um AVC em cerca de 50%. Com isso, é importante que pacientes, juntamente com seus familiares, sejam instruídos quanto aos fatores de risco não modificáveis como: sexo, idade e raça, assim como os fatores de risco modificáveis que incluem hipertensão, hiperlipidemia, obesidade, tabagismo e diabetes (BRUNNER et al. 2010 ).

Comiotto e Martins (2006) ressaltam que “a educação é um contínuo movimento de percepção, reflexão, ação, direcionada por um projeto histórico e político e seus momentos de conscientização, organização e capacitação para a transformação da realidade”.

A família deve ser vista como parte responsável pela saúde de seus membros, necessitando ser ouvida, valorizada e estimulada a participar em todo o processo de cuidar. Os cuidados oferecidos aos pacientes acometidos por uma doença crônica e progressiva diferem da assistência a pacientes com possibilidade de recuperação. A importância da equipe de saúde, principalmente o enfermeiro em promover intervenção para reduzir os fatores de risco modificáveis é destacado por Chagas e Monteiro (2004), que:

“O enfermeiro encontra campo propício junto aos familiares de pacientes acometidos por AVC para desenvolver o seu papel de educador em saúde. Ele é a pessoa da equipe mais habilitada a esclarecer a família no que for preciso e converter os seus membros em agentes de cuidado ao paciente. O enfermeiro pode atuar estabelecendo uma relação de confiança e de parceria com a família e trabalhar

para informá-la acerca da doença, suas causas, consequências, e, o mais importante, a forma de enfrentá-la”.

O indivíduo que é acometido por um AVC, requer cuidados e intervenções imediatas. É a principal causa de internações hospitalares, morbimortalidade e inabilidade destes pacientes, que necessitarão de assistência em suas necessidades básicas e intervenção de uma equipe multiprofissional para seu tratamento, recuperação e reabilitação. Além de um aparato profissional, é primordial que a família saiba como cuidar desse paciente com déficit de autocuidado. Quando a família se depara com uma situação de patologia em um de seus membros, vivencia transtorno no seu cotidiano, causando disparidade e conflito entre os seus entes (BRITO e RABINOVICH, 2008).

Silva (2000, p. 41) afirma que o AVC é um evento admoesto de afrontamento da família, porque a doença atinge um membro, mas compromete todos os seus elementos. Os pacientes afetados por AVC apresentam uma grande diversidade de déficits neurológicos que amplia a dificuldade da família que enfrenta essa doença (CHAGAS e MONTEIRO, 2004). Os déficits sensoriais, cognitivos, motores e visuais são complicações apresentadas nos quadros clínicos de AVC que afetam os sobreviventes com graus variados de incapacidades (CHARLES, 2006). Ainda, Silva (apud PERLINE, 2005) ressalta que essas sequelas podem modificar a rotina da família.

Perline e Faro (2005) afirmam ser consenso para alguns autores que os cuidadores ou familiares adquirem pouca informação por parte dos profissionais de saúde referente aos cuidados domiciliares para os portadores de AVC. E, por falta de orientações adequadas eles tratam de forma empírica, com base em suas experiências, bem como pela troca de informações com amigos e vizinhos. Dessa forma, o enfermeiro apresenta, dentro de seu contexto assistencial, um espaço vasto para desempenhar atividades de educador em saúde juntamente com o paciente e seus familiares (CHAGAS e MONTEIRO, 2004).

O indivíduo com uma doença crônica necessita vencer alguns obstáculos referentes à sua doença. O conhecimento das causas e os fatores de risco que desencadeiam o quadro clínico agudizado contribui para o paciente evitar ação nociva à sua saúde, e torna-se mais sensível nos cuidados de si mesmo. Concordamos com Comiotto e Martins (2006) que a educação é um mecanismo permanente de reflexão e ação, que proporciona conscientização e transformação da realidade dos indivíduos envolvidos. A enfermagem tem a capacidade de intervir em conjunto com o paciente, instigar e desenvolver seus potenciais para a prática do autocuidado.

Vale salientar a importância da família como colaboradora do autocuidado do paciente portador de AVC, não só no período de hospitalização, mas também em seu domicílio, já que é ela a responsável pela recuperação e/ou reabilitação do paciente acometido por um AVC.

A participação da família e da população, não só nas atividades preventivas, mas também no cuidado com seu familiar com uma doença crônica, é uma atitude diferente da tradicional que é direcionada apenas para a patologia. Assim, integrando a família do paciente nessas ações preventivas, o enfermeiro possui condições de observar desempenho desta no domicílio, local onde ocorre a continuidade da prestação do cuidado ao indivíduo (DIÓGENES e PAGLIUCA, 2003).

Diante desse contexto, esse estudo tem como objetivo realizar uma intervenção educativa, composta por várias estratégias recomendadas na literatura, em pacientes e cuidadores principais de pessoas incapacitadas por AVC, incluindo orientações sobre os fatores de risco, prevenção e assistência no domicílio.

## 2. MARCO TEÓRICO MÉTODOLÓGICO

### Teoria do Autocuidado de Orem

Para demonstrar como a concepção de cuidar pode ser apropriada na implementação da prática de enfermagem, utilizou-se a Teoria de Orem. A Teoria de Orem é adequada a toda pessoa que necessita de autocuidado, podendo perfeitamente ser direcionada para a prevenção de problemas de saúde em clientes de risco. O enfermeiro tendo como seu objeto de trabalho o cuidado de enfermagem visto sob a forma de autocuidado leva o cliente a participar desse cuidado na medida de sua capacidade e de seu estado de saúde, transformando-a em um agente de autocuidado (DIÓGENES e PAGLIUCA, 2003).

A teoria de enfermagem do déficit de autocuidado (teoria geral de enfermagem de Orem) é composta de três teorias inter-relacionadas, ou seja, a do autocuidado, do déficit de autocuidado e dos sistemas de enfermagem. Incorporados a essas três teorias, Orem preconiza seis conceitos centrais e um periférico. Os seis conceitos centrais são: autocuidado, ação de autocuidado, déficit de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, serviço de enfermagem e sistema de enfermagem. O conceito periférico a autora denominou fatores condicionantes básicos, que é relevante para a compreensão de sua teoria geral de enfermagem (FOSTER e BENETT, 2000).

**A teoria do autocuidado:** para se entender a teoria do autocuidado é necessário definir os conceitos relacionados, como os de autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado. Autocuidado é a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Ação de autocuidado é a capacidade de o homem engajar-se no autocuidado. Fatores condicionantes básicos é idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural e os fatores do sistema de atendimento de saúde (FOSTER e BENETT, 2000).

Na teoria do autocuidado incorpora-se o conceito dos requisitos de autocuidado: universal, desenvolvimental e desvio de saúde. Os requisitos universais são comuns aos seres humanos, auxiliando-os em seu funcionamento, estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. O requisito desenvolvimental ocorre quando há a necessidade de adaptação às mudanças que surjam na vida do indivíduo. Os requisitos por desvio de saúde acontecem quando o indivíduo em

estado patológico necessita adaptar-se a tal situação. (OREM, apud FOSTER e BENETT, 2000, p.85).

Os requisitos para o autocuidado por desvio de saúde são: busca e garantia de assistência médica adequada; conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; execução de medidas prescritas pelo médico e conscientização de efeitos desagradáveis dessas medidas; modificação do autoconceito (e da autoimagem) na aceitação de si como estando num estado especial de saúde; aprendizado da vida associado aos efeitos de condições e estados patológicos, bem como de efeitos de medidas de diagnósticos e tratamentos médicos, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo (OREM, apud FOSTER e BENETT, 2000, p.85).

Os requisitos de autocuidado são: manutenção e ingestão suficiente de ar, água e alimento; a provisão de cuidados com eliminação e excreção; manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso, entre solidão e interação social; a prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo de ser normal (OREM, apud FOSTER e BENETT, 2000, p.85).

**A teoria do déficit de autocuidado:** o déficit de autocuidado ocorre quando o ser humano se acha limitado para prover autocuidado sistemático, necessitando de ajuda de enfermagem. Constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, pois possibilita apontar a necessidade de enfermagem (OREM, apud FOSTER e BENETT, 2000,86). Justifica-se quando o indivíduo acha-se incapacitado ou limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz. A teórica identifica cinco métodos de ajuda, no déficit de autocuidado: Agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação, ensinar o outro.

**A teoria de sistemas de enfermagem:** dividida em sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e a enfermeira o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele. Sistema parcialmente compensatório, quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado. O sistema de apoio-educação é quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento (OREM, apud FOSTER e BENETT, 2000, p.87). A enfermeira é uma profissional treinada e experiente que pode proporcionar cuidados de enfermagem para pessoas que necessitam de cuidados especiais, beneficiando-as.

Os quatro principais conceitos dessa teoria são: ser humano, saúde, sociedade e enfermagem em seu trabalho. O ser humano se diferencia dos outros seres vivos porque tem a capacidade de refletir sobre si mesmo e o ambiente que o cerca (FOSTER e BENETT, 2000). Quanto ao conceito de saúde, sustenta a definição da Organização Mundial de Saúde, “como estado mental e social e não apenas a ausência de doença ou da enfermidade” (FOSTER e BENETT, 2000). A saúde tem por base a prevenção da saúde incluindo a promoção e manutenção da saúde, o tratamento da doença e prevenção de complicações. Ou seja, a prevenção primária, a secundária e terciária, respectivamente. No seu conceito de sociedade, destaca que atualmente acredita-se que as pessoas adultas sejam responsáveis por si e pelo bem estar de seus dependentes (FOSTER e BENETT, 2000).

A teoria geral de Orem proporciona a visão do fenômeno da enfermagem permitindo que o enfermeiro, juntamente com pacientes e familiares, programem ações de autocuidado adaptadas de acordo com as suas necessidades de maneira que a relação de ajuda se expresse no diálogo aberto e promova o exercício do autocuidado (DIÓGENES e PAGLIUCA, 2003).

### 3. MÉTODO

O Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), localizado na cidade de Aracajú (SE), foi inaugurado em sete de novembro de 1986, mas começou a funcionar quase três meses depois, no dia 2 de fevereiro do ano seguinte. No início, a equipe era composta por cerca de 500 profissionais, entre os quais 112 médicos, 30 enfermeiros, 96 auxiliares de enfermagem e 200 funcionários de apoio. Atualmente, é o maior hospital público do Estado e principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para os casos de alta complexidade, com aproximadamente 3,2 mil funcionários, dos quais 1722 estatutários e 1512 celetistas contratados por meio de concurso público após a implantação da Fundação Hospitalar de Saúde.

O HUSE atende uma média mensal de 15 mil pacientes, incluindo Urgência e Emergência e internações, além de consultas no Ambulatório Ontológico e de Radioterapia. Compreende 13 alas de internação e capacidade física instalada de 490 leitos. Possui ainda o maior complexo de urgência e emergência do Estado, definida pelas Áreas Azul, Verde, Amarela e Vermelha, inaugurada em 16 de dezembro de 2010. Dispõe também de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI adulto), Semi-Intensiva Adulto, Central de Tratamento Intensiva Pediátrica (CTI-PED), Centro Cirúrgico com nove salas cirúrgicas (seis delas operacionais) e uma Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA).

O hospital também dispõe da única Unidade de Tratamento de Queimados (UTQ) de Sergipe, inaugurada em junho de 2003, apresentando 14 leitos, sendo quatro infantis, quatro adultos, quatro leitos de UTIs e dois na unidade Semi-Intensiva, além de ambulatório e fisioterapia.

Este estudo será desenvolvido na área azul do pronto socorro do HUSE, espaço onde os pacientes aguardam as vagas para internação nas enfermarias e em alguns casos recebem alta hospitalar deste mesmo setor. Os participantes serão os familiares e os pacientes portadores de AVC com idade superior a 18 anos de ambos os sexos que estiverem hospitalizados na instituição no período da intervenção.

A intervenção educativa será realizada no mês de maio de 2014, e abordará os aspectos envolvendo as principais características do AVC, prevenção, tratamento e principais cuidados domiciliares. Serão utilizadas diferentes estratégias como orientações e fornecimento de um guia impresso.

O plano de trabalho será desenvolvido no momento da visita diária de cada paciente, conforme a necessidade apresentada por cada um durante a assistência. Para isso foi elaborado um manual ou cartilha educativa, a partir de revisões bibliográficas, buscando favorecer o processo educativo das famílias no ambiente hospitalar. A cartilha foi desenvolvida também em consonância com os planos de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022 do Ministério da Saúde e pelo manual de rotinas para atenção ao AVC do Ministério da Saúde.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

### 3.1 CARTILHA EDUCATIVA

## **CARTILHA EDUCATIVA SOBRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**

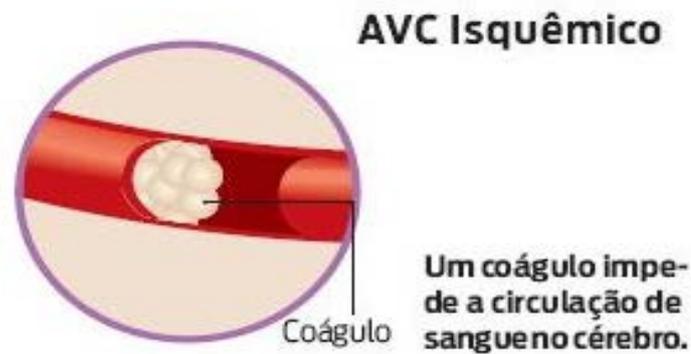


### **1. O QUE É AVC (DERRAME)?**

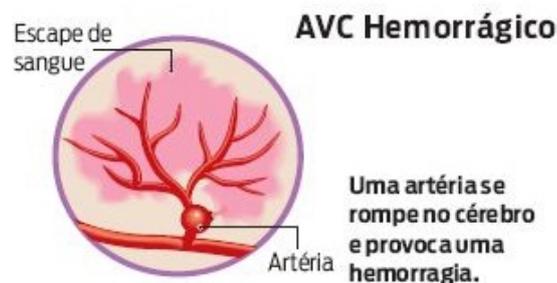
Acidente Vascular Cerebral, uma doença neurológica que ocorre quando há alteração do fluxo de sangue no cérebro. Faz parte das doenças vasculares, principal causa de morte no Brasil.

### **2. EXISTEM DOIS TIPOS DE AVC?**

**AVC ISQUÊMICO:** Também conhecido como trombose, é a dificuldade do sangue se movimentar no cérebro por causa da formação de pequenos coágulos de sangue irão obstruir um vaso.

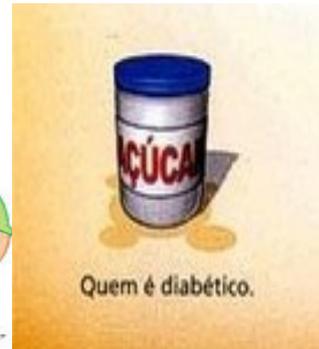


**AVC HEMORRÁGICO:** Acontece quando o vaso se rompe e o sangramento vai preencher o cérebro e os vasos, então o sangue não vai se movimentar como deveria. É comumente chamado de derrame.



### 3. QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO?

- Quem possui um parente que já apresentou o AVC
- Quem possui quantidade de açúcar no sangue alterada (diabetes)
- Quem possui pressão alta (hipertensão arterial sistêmica)
- Quem possui grande quantidade de gordura no sangue (colesterol alto)



Quem tem peso acima do normal  
Quem fuma  
Quem bebe



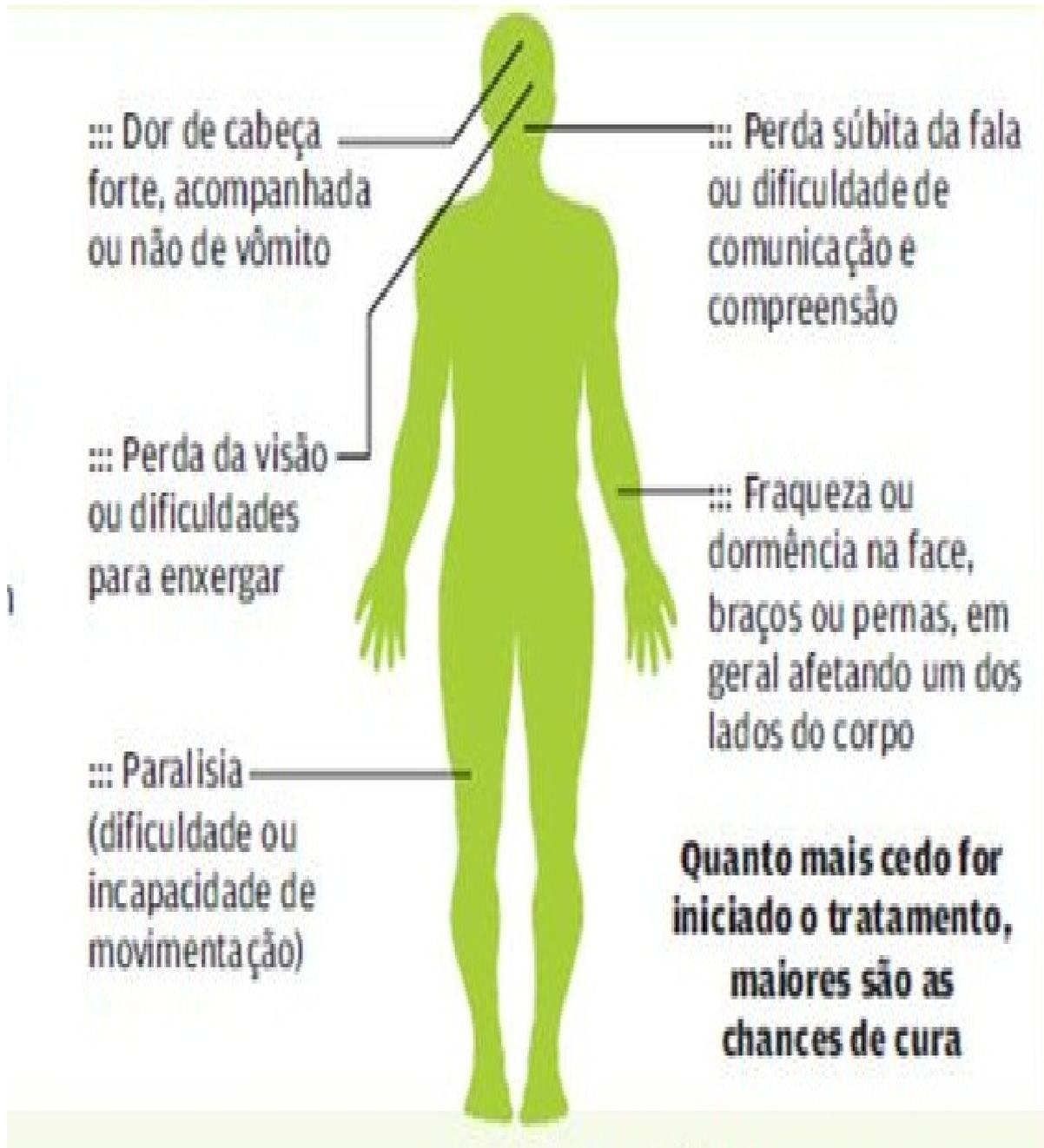
Quem tem problemas de coração  
Quem usa medicamentos para não ter filho (anticoncepcional)  
Quem vive aperreado (estressado)



## **4. O QUE O AVC PROVOCA**

- Dor de cabeça;
- Formigamento e dormência de partes do corpo;
- Partes do corpo podem não se movimentar, não se mexer (está paralisada);
  - Perda da memória;
- Não consegue prestar atenção às coisas como antes;
  - Mudança no jeito de falar;
  - Problemas de visão;
  - Dificuldades para engolir;
  - Tristeza, desesperança.

## 5. REGIÕES DO CORPO AFETADO



**AVC**  
**Aprenda os sinais**  
**eles iniciam**  
**repentinamente**  
**Aja rápido.**  
**Tempo perdido**  
**é cérebro perdido**



**Paralisia facial à esquerda - AVC**

Consegue franzir a testa e levantar ambas as sobrancelhas



Boca desviada para o lado direito com a perda da comissura labial

## 6. COMO É O TRATAMENTO

### FASE AGUDA:

- Inicia-se quando a pessoa tem o **AVC** e dura de 48 a 72 horas. Nessa hora, os primeiros cuidados são muito importantes e mais voltados para a manutenção da vida.

### FASE DE REABILITAÇÃO:

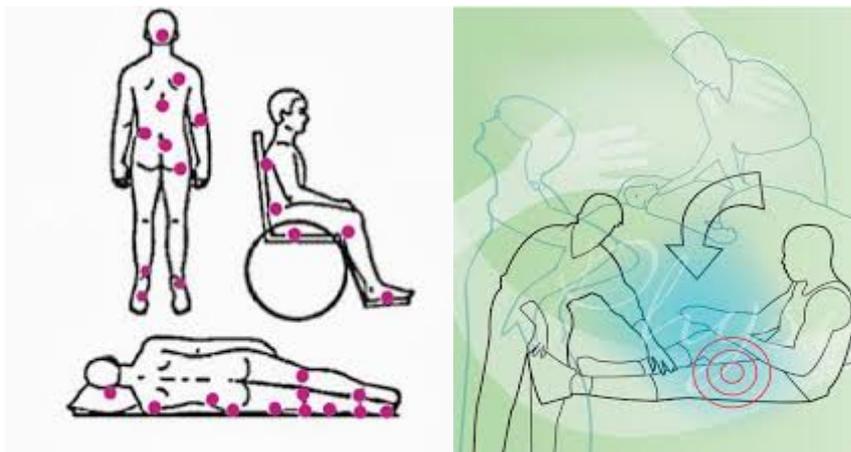
- Inicia-se juntamente com a fase aguda. A diferença é que continua depois das 72 horas e segue até a melhor recuperação que a pessoa puder ter. Durante essa fase, são realizados cuidados para prevenir complicações por causa do **AVC** e também para oferecer bem-estar para o indivíduo.

## 7. CUIDADOS IMPORTANTES

### EVITANDO QUEDAS E OUTRAS LESÕES:

- Deixar a pessoa descansando no leito logo depois do **AVC**;
- Tomar cuidado com sinais de confusão e agitação.

### PREVENINDO COMPLICAÇÕES POR NÃO ESTAR SE MOVIMENTANDO:



- Posicionar corretamente (tendo cuidado para o lençol ficar esticado e seco);
- Mudar de posição a cada 2 horas para evitar que apareçam feridas;
- Fazer exercícios nas partes do corpo afetadas (ajudará na recuperação de movimentos);
- Ajudar a caminhar

### MELHORANDO A MEMÓRIA E A ORIENTAÇÃO:



- Manter a pessoa sempre informada (onde está, o que está acontecendo, qual dia e hora)
- Estimular a visão com coisas conhecidas;
- Conversar sempre com a pessoa, principalmente se ela estiver triste.

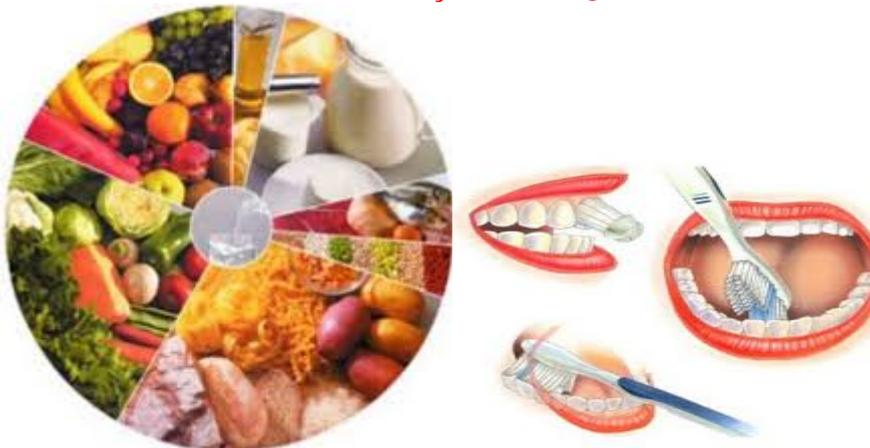
### FAVORECENDO A COMUNICAÇÃO:

- Falar lentamente e usar gestos;
- Repetir o que você fala sempre que necessário;
- Incentivar a pessoa quando responder corretamente

### FACILITANDO A INDEPENDÊNCIA:

- Auxiliar a pessoa na realização da limpeza do seu corpo;
- Arrumar a casa para que a pessoa se sinta confortável e não sofra algum acidente.

### PROPORCIONANDO NUTRIÇÃO ADEQUADA:



- Diminuir o número de coisas que possam tirar a atenção quando ela estiver comendo;
- Ensinar a mastigar e engolir com o lado que não tem problema;
- Realizar e estimular a limpeza da boca

**PROMOVENDO A AUTOESTIMA:**

- Ajudar para que a pessoa diga o que está sentindo;
- Estimular a prática de atividades de casa que costumava fazer;
- Parabenizar a pessoa pela sua melhora com o tratamento.

**ENFRENTANDO A SITUAÇÃO:**

- Envolver-se nos cuidados;
- Seja otimista e dê apoio físico e emocional

# ATENÇÃO!!!

- O **AVC** é uma doença grave, mas possui tratamento. A recuperação dependerá do tempo para ser socorrido e do tamanho da parte do cérebro afetada.
- O **AVC** não acontece somente em pessoas que têm pressão alta e problemas de coração. Uma pessoa que já teve **AVC** pode ter de novo a doença.
- A pessoa que já teve **AVC** **pode** voltar a fazer o que fazia antes da doença, **dependendo** do acompanhamento durante a fase de melhora do ataque, do quanto atingiu o cérebro e se as **sequelas** puderem ser tratadas.
- O **AVC** não é uma doença contagiosa, isto é, que passa de uma pessoa para outra
- O **AVC** é uma doença diferente da hidrocefalia e de outras doenças do cérebro.
- A pessoa com **AVC** não fica internada o tempo todo no hospital. Ela continua o tratamento em casa, com a ajuda da família.
- Falar em cura para o **AVC** é difícil, depende de muitas coisas: o que fez isso acontecer, a parte afetada no cérebro, o tempo para ser atendido, o atendimento nesse momento e como será cuidado na fase de recuperação (muitas vezes em casa). Então, o **MELHOR É PREVENIR!**



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria nº 4.279, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de 30 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 50 p.: il.

BRUNNER E SUDDARTH, tratado de enfermagem médico-cirúrgica/ Suzanne C. Smeltzer et al.; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

CHAGAS, N. R.; MONTEIRO, A. M. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá**, v. 26, no. 1, p. 193-204, 2004.

COMIOTTO, G.; MARTINS, A. R. M. Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de diabetes: da hospitalização ao domicílio. **Arquivos Catarinenses de Medicina** vol. 35, nº. 3, 2006.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS)2003 dez; 24 (3): 286-93.

FOSTER, P. C.; BENETT, A. M. Dorothea Elizabeth Orem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos a prática profissional** [tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell]. 4ª. Ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2000, 375 p. p.83-101.

GIRARDON-PERLINI, N. M. O. et al. Lidando com perdas: percepção de pessoas incapacitadas por AVC. REME- **Rev. Min. Enf.**; 11 (2): 149-154, abr./jun., 2007.

SCHMIDT, M. I. et al.

[http://www.fhs.se.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=78&Itemid=473](http://www.fhs.se.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=78&Itemid=473)