



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

O PACIENTE ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E OS  
ASPECTOS DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO

N.Cham. TCC UFSC ENF 0292

Autor: Dotto, Michele Pan

Título: O paciente acometido por acident



972492214 Ac. 241480

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

MICHELE PANOSSO DOTTO

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0292

Ex.1

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

O PACIENTE ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E OS  
ASPECTOS DE ENFERMAGEM EM REABILITAÇÃO

Relatório de Prática Assistencial Apresentado na  
Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada da  
VIII UC do Curso de Graduação em Enfermagem

ACADÊMICA

MICHELE PANOSSO DOTTO

ORIENTADORA

PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> MIRIAM SÜSSKIND BORENSTEIN

SUPERVISORAS

ENF<sup>a</sup> ANA MARIA PETTERS  
ENF<sup>a</sup> MARIA GLIOLANDA OLIVEIRA LIMA

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2001.

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que, de alguma maneira contribuíram com meu crescimento pessoal e profissional, em especial:

**Ao Ade**, pelo apoio, carinho, incentivo e dedicação de todos estes anos...

**À Minha Família**, pelo apoio nesta longa jornada...

**À Professora Dr<sup>a</sup> Miriam**, por guiar meus passos nesta conquista e ensinar-me que um vencedor exerce seu papel com paixão, combinado com a dedicação de um cientista, o empenho de um atleta e a criatividade de um artista...

**À Enfermeira Maria**, por iluminar meu caminho com sua experiência, afeto e amizade, pela confiança em mim depositada e por ensinar-me a ter serenidade para aceitar as coisas que não podem ser modificadas, coragem para modificar aquelas que podem e sabedoria para perceber a diferença...

**À Enfermeira Ana**, pela amizade, ensinamentos e confiança depositada na realização deste...

**À Professora Dr<sup>a</sup> Ângela**, pelas ricas sugestões e contribuições ao trabalho...

**Aos Funcionários e Amigos da CMM II-HU e da ASCR**, por ter me acolhido com alegria, entusiasmo, receptividade e apoio na conquista de meus objetivos...

**À Equipe de Neurologia do HU**, pela receptividade, atenção e valorização deste trabalho...

**À Nutricionista Marília**, pelo carinho e colaboração constantes...

**À Professora Dr<sup>a</sup> Denise,** por oportunizar meu aprendizado e contribuir com este trabalho...

**Às Alunas da 5<sup>a</sup> fase,** pela participação e amizade (a gente se encontra)...

**Aos Pacientes e suas Famílias,** por dividirem seus anseios, emoções, preocupações, experiências, expectativas,...por permitirem fazer parte de suas vidas...



## RESUMO

Este trabalho trata do relatório final do Projeto Assistencial da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, desenvolvido no período de 27 de março a 02 de junho de 2001, visando prestar Assistência de Enfermagem ao paciente acometido por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a sua Família em todas as fases do processo, ou seja, do curativo a reabilitação, com uma visão integral, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e no Conceito de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, tendo como cenários o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da UFSC e a Associação Santa Catarina de Reabilitação (ASCR) da Secretaria Estadual de Saúde, bem como o domicílio de alguns destes pacientes. Esta proposta assistencial foi desenvolvida em três etapas: 1º) Conhecendo os Serviços - realizei um período de observação com 45 horas de duração, sobre a dinâmica dos trabalhos desenvolvidos em ambas as instituições, com ênfase nos serviços prestados pela ASCR. Neste primeiro momento, fiz um estágio de reconhecimento simples sobre os campos, conhecendo as equipes, a infra-estrutura dos serviços e principalmente as atividades que vinham sendo realizadas. 2º) Instrumentalizando e Desenvolvendo - neste segundo momento, atuei junto à ASCR, com o intuito de conhecer mais profundamente a dinâmica dos trabalhos desenvolvidos pelos diversos setores no atendimento aos pacientes acometidos por AVC, adquirindo e desenvolvendo conhecimentos através de observação, discussão e questionamentos com demais profissionais. 3º) Aplicando, Desenvolvendo e Integrando - esta etapa se caracterizou pela prestação da assistência de enfermagem propriamente dita, onde passei a atuar nos dois serviços simultaneamente, sendo que dois dias por semana foram atendidos os pacientes da ASCR e três dias os pacientes internados na CMM II do HU; ou seja, esta foi a fase de implementação dos conhecimentos adquiridos, desenvolvimento de habilidades, integração com a equipe de saúde do HU e favorecimento de atividades de educação em serviço; também nesta etapa, promovi a integração entre os serviços HU-ASCR, a fim de beneficiar o paciente/família e equipes de saúde envolvidos no processo do cuidar.

Com a realização deste, pode-se perceber todo o trabalho que o enfermeiro desempenha no processo de reabilitação dos pacientes acometidos por AVC, nos seus vários níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2. OBJETIVOS</b>	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	15
3.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS E CONCEITOS RELACIONADOS	15
3.2 CONCEITO DE AUTOCUIDADO	20
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b>	24
4.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA NERVOSO	24
4.2 EXAME NEUROLÓGICO	41
4.3 FISIOPATOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	48
4.4 FATORES DE RISCO	50
4.5 PRINCIPAIS SEQÜELAS	51
4.6 TRATAMENTO	52
4.7 PROCESSO DE REABILITAÇÃO	53
<b>5. METODOLOGIA</b>	57
5.1 CONTEXTUALIZANDO OS CAMPOS DE ESTÁGIO	57
5.2 PÚBLICO ALVO	60
5.3 METODOLOGIA DE AÇÃO	61
5.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM	63
5.5 PLANEJAMENTO DE AÇÕES	66
5.6 CRONOGRAMAS DE ATIVIDADES	69

<b>6. DESCREVENDO OS RESULTADOS OBTIDOS NOS OBJETIVOS PROPOSTOS</b>	71
6.1 OBJETIVO Nº 1	74
6.2 OBJETIVO Nº 2	74
6.3 OBJETIVO Nº 3	92
6.4 OBJETIVO Nº 4	94
6.5 OUTROS OBJETIVOS ALCANÇADOS	96
6.6 RELATANDO UMA VISITA DOMICILIAR	101
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	106
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	109
<b>9. ANEXOS</b>	111

## **SUMÁRIO DAS FIGURAS**

<b>Fig.1</b> Áreas Funcionais dos Hemisférios Cerebrais	27
<b>Fig.2</b> Esquema da Divisão da Parte Central do Sistema Nervoso	29
<b>Fig.3</b> Face Medial do Cérebro, Diencefalo e Tronco do Encéfalo	30
<b>Fig.4</b> Círculo Arterioso do Cérebro	32
<b>Fig.5</b> Variedades do Círculo Arterioso do Cérebro e Artérias do Tronco do Encéfalo	33
<b>Fig.6</b> Trajeto dos Nervos Cranianos no espaço Subaracnóideo	34
<b>Fig.7</b> Representação Esquemática do Cérebro Mostrando os Locais Responsáveis por Movimentos Motores Corporais	35
<b>Fig.8</b> Anatomia do Sistema Nervoso Autônomo	37
<b>Fig.9</b> Encéfalo, Medula Espinhal e Nervos Espinhais	39
<b>Fig.10</b> Localização da Medula Após a Abertura do Canal Vertebral, dos Forames Vertebrais e do Saco Dural	40

<b>Fig.11</b> Técnicas para Obtenção dos Principais Reflexos	46
<b>Fig.12</b> Técnicas par Posicionamento Adequado para os Pacientes com AVC	83
<b>Fig.13</b> Treino de Transferências	84
<b>Fig.14</b> Exemplos de exercícios de movimentação passiva e ativa	88
<b>Fig.15</b> Registro Fotográfico da Subida ao Morro	102
<b>Fig.16</b> Registro da Primeira Visita Domiciliar	105

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse em trabalhar com pacientes acometidos por acidente vascular cerebral, ocorreu em decorrência de um estágio desenvolvido na disciplina de Enfermagem nas Intercorrências Clínicas, nos Hospital Universitário, quando então, percebi a gama de cuidados de enfermagem que aquele tipo de paciente necessitava, os quais abrangiam os aspectos bio-psico-sociais do indivíduo e de sua família. Busquei então amadurecer a idéia de desenvolver um projeto de conclusão de curso nesta área.

Sabe-se que doenças cerebrovasculares são anormalidades funcionais do sistema nervoso central (SNC), que ocorrem em virtude da deficiência ou interrupção do suprimento sanguíneo cerebral. A circulação cerebral pode comprometer-se como resultado de inúmeros fatores, tais como: oclusão parcial ou total de um vaso sanguíneo ou hemorragia por laceração da parede do vaso. “A doença vascular cerebral pode ser causada por arterioesclerose, alterações hipertensivas, malformações arteriovenosas, vasoespasmos, inflamação, arterite e embolia.” (Smeltzer e Bare, 2000, p.1472).

Para Charles André (1999) “o Ataque Vascular Cerebral (AVC) pode ser definido como um déficit neurológico focal súbito devido a uma lesão vascular. O termo evoluiu ao longo das últimas décadas para incluir lesões causadas por distúrbios hemodinâmicos e da coagulação, mesmo na ausência de alterações detectáveis nas artérias ou veias. Assim, a lesão ‘vascular’ deve ser entendida no contexto mais amplo das complexas interações entre vaso (endotélio), elementos figurados do sangue e variáveis hemodinâmicas.”

Este mesmo autor refere que as doenças cerebrovasculares (DCV) constituem a terceira causa de morte no mundo, seguindo atrás somente das cardiopatias em geral e o câncer, porém em seus estudos, constatou que o AVC mata mais entre nós, que a doença coronariana. Constatou ainda, que em geral, cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem um AVC poderão estar mortos após seis meses, sendo que maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas (seqüelas), o que faz do AVC a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental. A redução da incidência dos AVC através da prevenção de seus fatores de risco, pode ser um meio

eficaz de economizar recursos hoje utilizados no tratamento dos doentes ou perdidos em produtividade e principalmente um modo de manter os indivíduos sadios.

Deve-se considerar ainda, que o AVC é um acontecimento que abala o paciente e sua família, resultando em conseqüências emocionais, financeiras e sociais, muitas vezes graves. Tendo em vista o acometimento do indivíduo como um todo, a assistência a ser prestada na recuperação deste indivíduo deve se dar no mesmo sentido, ou seja, uma assistência integral e interdisciplinar a fim de atender todas as suas necessidades e conduzi-lo mais precocemente ao processo de reabilitação. Mas qual seria então o papel da enfermagem? Como deve ser a conduta do profissional enfermeiro?

Segundo Beyers e Dudas (1989, p.941) ficou demonstrado que em alguns hospitais gerais, a criação de entidades para o tratamento dos pacientes (com AVC) agudos, dotadas de pessoal capacitado, conseguiu diminuir significativamente a mortalidade e morbidade, bem como houve melhora nos resultados funcionais comprovando que os benefícios compensam os custos. Sugerem ainda as autoras, que muitos são os benefícios aos pacientes quando a enfermagem realiza um trabalho de qualidade, bem fundamentado e de reabilitação precoce, ou seja, ainda em âmbito hospitalar. Enfatizam que, “os principais objetivos na assistência aos pacientes após acidente vascular cerebral são os seguintes: manter a função neurológica normal e melhorar ou corrigir funções que estejam alteradas, manter ou melhorar a força de todas as extremidades, evitar que ocorram deformidades de contração ou haja atrofia de desuso, efetuar mobilização ótima e executar atividades de vida diária com modificações de acordo com as capacidades cognitivas e motoras remanescentes.” Ou seja, o papel do enfermeiro é muito amplo e permeia diversas etapas, que envolvem a prevenção, recuperação e promoção do seu bem estar bio-psico-social, através de um trabalho lento e gradativo (porém satisfatório), que envolve o enfermeiro a nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

Vale salientar que para nós estudantes e mesmo para muitos enfermeiros que estão atuando no âmbito hospitalar e ambulatorial, esta é uma área inovadora, que nos impõe muitos desafios, haja vista que durante nossa formação muito pouco é abordado sobre o trabalho com pacientes neurológicos, especialmente no que se refere à reabilitação.

Acreditando na tendência da formação de profissionais de saúde generalistas, concordamos com Das Graças (1984, p.233), quando esta afirma sobre a necessidade de “que os novos enfermeiros tenham uma formação que os torne capazes de atender desde os aspectos de promoção da saúde até os de reabilitação de deficiências de natureza biológica, psicológica e social, que afetam indivíduos, famílias e comunidades, podendo estes profissionais atuarem eficazmente nos três níveis de prevenção”.

Esta autora ainda traduz a realidade de que “nos conteúdos curriculares dos cursos de graduação não existem abordagens definidas

referentes a esta área. Não se nota uma integração de reabilitação nos conteúdos programáticos o que possibilitaria ao estudante aprender e aplicar estes conceitos ao prestar assistência ao cliente”.

A mesma autora pesquisou ainda, sobre as atividades de reabilitação desenvolvidas pela equipe de enfermagem junto a clientes acometidos de AVC, bem como aquelas que poderiam ser desenvolvidas ou ensinadas na assistência hospitalar desta clientela e ainda os motivos, apresentados pelos enfermeiros, considerados como fatores impeditivos à inclusão de atividades de reabilitação em seus campos de atuação. Considerando relevantes alguns desses resultados, como o fato de a maioria dos profissionais não ter experiências relacionadas à área de reabilitação, sendo isto, provavelmente resultante de não ter tido durante o curso de graduação, disciplinas curriculares, conteúdos pertinentes e aprofundados sobre o mesmo. Em decorrência, os enfermeiros apresentam-se pouco capacitados para atuarem neste sentido. Ainda segundo Das Graças, os profissionais que mais atuavam em âmbito hospitalar a nível de processo de reabilitação aos pacientes neurológicos, eram os fisioterapeutas, sendo que por parte da equipe de enfermagem, havia apenas a preocupação com relação a prevenção de escaras e deformidades. As atividades menos desenvolvidas ou ensinadas pela equipe de enfermagem estavam relacionadas com: o treinamento para o autocuidado, com relação ao cuidado com a aparência pessoal, com a alimentação (especialmente nos casos de paralisia facial) e com a mecânica corporal (especialmente nos casos de pacientes com hemiplegia, hemiparesia e hemiparestesia).

Têm-se observado que muitos pacientes ao chegarem ao serviço de reabilitação encontram-se em situações que poderiam ter sido evitadas se o cuidado hospitalar fosse efetivamente direcionado, conscientizando e estimulando o paciente e sua família o mais precocemente para o processo de reabilitação. Sendo assim, neste conjunto de reflexões encontramos um contexto carente de profissionais de enfermagem vinculados ao processo de reabilitação em especial aos pacientes acometidos por AVC. Baseada nesta problemática e necessidade, esta proposta de Projeto Assistencial desenvolvido, teve por objetivo: Prestar Assistência de Enfermagem ao Paciente com AVC e sua Família em qualquer etapa de sua doença, contemplando-o através de uma visão integral, baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta e no Conceito de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Prestar assistência de enfermagem integral aos pacientes acometidos por AVC e suas famílias, nas diferentes etapas do processo saúde-doença.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ☐ Conhecer as atividades desenvolvidas pela equipe interdisciplinar da Associação Santa Catarina de Reabilitação no tratamento dos pacientes acometidos por AVC e aplicar os conhecimentos adquiridos na prática assistencial.
- ☐ Prestar assistência de enfermagem integral aos pacientes com AVC a nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar, implementando o processo de enfermagem baseado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta e na Teoria do Autocuidado de Orem.
- ☐ Servir de elo terapêutico entre o paciente internado na Unidade de Clínica Médica Masculina II do H.U (CMM II/HU) e o serviço da Associação Santa Catarina de Reabilitação (ASCR), agregando equipes de saúde de ambas instituições, no sentido de reabilitar o paciente com AVC.
- ☐ Desenvolver atividades de educação em serviço.



### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

O marco teórico constitui um conjunto de princípios, categorias e conceitos dentro do qual fundamenta-se o trabalho do pesquisador e se conduz a prática assistencial. Sendo assim é de fundamental importância para a prática profissional ter um referencial teórico, que nos sirva de base para a execução da nossa proposta de atuação e também para o futuro exercício profissional. A estrutura teórica permite uma visão mais ampla do todo e torna possível o desenvolvimento de critérios para o levantamento, registro e avaliação do estado do cliente, desempenho da enfermagem e avaliação do programa assistencial.

Conforme Fraga et al (1998), pode-se dizer ainda que “a teoria ajuda na busca da sistematização das observações feitas na prática, clareando as situações-problema, possibilitando assim, conhecer a resposta para solucionar obstáculos”. Com este entendimento busquei um referencial teórico que servisse de alicerce para este projeto e que fosse ao encontro de minhas concepções do assistir em enfermagem. Utilizei basicamente o referencial de Wanda de Aguiar Horta e complementei com o Teoria do Autocuidado de Dorothea Elisabeth Orem, por entender ser imprescindível a assistência integral do paciente e o favorecimento da independência para o autocuidado, especialmente no caso do paciente em reabilitação após um Acidente Vascular Cerebral.

#### **3.1 TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS DE WANDA DE AGUIAR HORTA E CONCEITOS RELACIONADOS**

Segundo Leopardi (1999), Wanda de Aguiar Horta, nasceu em Belém do Pará no ano de 1926, graduou-se em Enfermagem pela USP em 1948 e construiu sua teoria nos EUA. Realizou licenciatura em História Natural pela Universidade do Paraná e também Pós Graduação em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Foi professora durante 20 anos da Escola de Enfermagem da USP; foi ainda

Professor Adjunto da Escola Ana Néri da Universidade Federal do Rio de Janeiro onde recebeu mais tarde o título de Doutora e Docente em Fundamentos de Enfermagem, tendo nesta disciplina introduzido o plano de cuidados. Em 1979, publicou o livro “Processo de Enfermagem”, onde traz a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e sua operacionalização. Participou de várias atividades ligadas ao ensino, pesquisa, extensão, administração, participação de bancas e orientação de teses.

Horta foi a primeira e mais importante teórica brasileira, pela construção de uma Teoria de Enfermagem que valoriza o ser humano. Sua concepção é a de ver o homem como um todo.

Horta baseou-se em Maslow e sua teoria da motivação. Este autor apontou grupos de necessidades, as quais foram agrupadas em cinco níveis, que compreendem: necessidades fisiológicas, de segurança, amor, estima e auto-realização; sendo que um indivíduo só passará a satisfazer a uma necessidade subsequente, se as anteriores tiverem sido minimamente satisfeitas. Maslow evidencia como inatingível a satisfação completa ou permanente de uma necessidade, caso contrário não existiria mais motivação individual.

Wanda Horta em sua teoria, propõe a denominação das necessidades, já classificadas por João Mohana, em necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais; observando que os dois primeiros níveis são comuns a todos os seres vivos dentro de sua complexidade, mas o terceiro (dentro do que se conhece atualmente) é exclusivo do homem. Para Horta estas necessidades estão intimamente interligadas, uma vez que fazem parte do ser humano, visto como um todo, dentro de um conceito holístico de homem.

A partir de sua Teoria, propõe uma metodologia para o Processo de Enfermagem, sustentado na busca da satisfação de necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Horta (1979) baseia-se em alguns princípios, premissas essenciais, para expor e explicar sua teoria de enfermagem:

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.
- A enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio.
- Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.
- A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e comunidade.
- A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante e ativo no seu autocuidado.

Segundo a teórica, as Necessidades Humanas Básicas “são estados de tensões conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes, surgindo com

maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do desequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolução, podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não” Horta (1979,p.39).

A autora nos coloca, que os problemas de enfermagem são as situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades do indivíduo, família e comunidade que exigem assistência profissional do enfermeiro. Refere que as necessidades são universais, ou seja, comuns a todos os seres humanos, variando apenas a sua manifestação e a maneira de como atendê-la ou satisfazê-la. Aponta também inúmeros fatores que interferem na manifestação e atendimento destas, tais como: individualidade, cultura, idade, sexo, crenças, fatores sócio-econômicos, ciclo saúde-doença e ambiente físico.

De sua teoria decorrem ainda inúmeros conceitos que fundamentam a ciência de enfermagem:

#### *SER HUMANO*

“É um todo, está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia; esta dinâmica provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio. Os desequilíbrios geram no ser humano necessidades que se caracterizam pelos estados de tensão conscientes ou inconscientes, que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”.

#### *AMBIENTE*

“São todas as condições de ecossistema que permitem ao indivíduo atender correta e completamente suas necessidades, tais como: ambiente físico, normas, regulamentos, grupo social, família e outras condições do ecossistema”.

#### *SAÚDE-DOENÇA*

“Saúde é o estado de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço, sendo a doença o estado de desequilíbrio”.

## *ENFERMAGEM*

“É a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torna-lo independente desta assistência, quando possível pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais”.

## *ENFERMEIRO*

“Ser humano com todas as suas dimensões, potencialidades, restrições, alegrias e frustrações, é aberto para o futuro, para a vida e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem [...] É gente que cuida de gente”.

## *ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM*

“É a aplicação, pelo enfermeiro, do processo de enfermagem, para prestar o conjunto de cuidados e medidas que visam atender as necessidades básicas do ser humano”.

## *CUIDADO DE ENFERMAGEM*

“É a ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano”.

## *OUTROS CONCEITOS RELACIONADOS*

### *FAMÍLIA*

Entendo a família como o principal grupo social no qual o ser humano interage constantemente, de forma efetiva e com responsabilidades, servindo de apoio em momentos de crise, atuando como suporte e interagindo com os serviços de saúde. Contudo, a família também precisa de cuidados, orientação e acompanhamento dos profissionais de saúde, devido a sua participação ativa no processo de cuidado e readaptação a uma nova condição, auxiliando na busca pela qualidade de vida no processo saúde-doença.

## *SER HUMANO ACOMETIDO POR AVC*

É aquele ser que encontra-se em estado de desequilíbrio no processo saúde-doença, experimentando estados de conflito de longa duração, mudanças significativas em seu estilo e qualidade de vida, necessitando satisfazer suas necessidades a fim de manter sua integridade pessoal, seu auto-conceito e restabelecer seus relacionamentos sociais, através do processo de reabilitação, aprendendo assim a conviver, juntamente com sua família, sob a ótica de uma outra realidade.

## *REABILITAÇÃO*

Entendida aqui como um processo que compreende todas as medidas destinadas a reduzir os efeitos das afecções que produzem incapacidades e permitir ao indivíduo o aproveitamento máximo de suas capacidades, desenvolvimento de outras capacidades e sua reintegração social, o qual envolve participação do paciente, família, amigos e equipe de saúde, em qualquer âmbito, seja hospitalar, ambulatorial ou domiciliar.

O ser humano que vive uma situação saúde-doença de AVC, enfrenta verdadeiros estados de desequilíbrios, conflitos, desajustes e perdas. O ambiente em que este ser social vive e convive apresenta-se como um verdadeiro desafio, dadas as dificuldades que muitas vezes acompanham seu estado físico e emocional.

Em um primeiro momento percebemos o desajuste psicobiológico onde muitas vezes se torna difícil satisfazer suas necessidades, seu corpo já “não lhe obedece como antes”. Sua imagem e auto-estima estão afetadas, fato que pude constatar na minha observação sobre o cotidiano destes pacientes, através de questionamentos feitos por eles, tais como: “Quem sou eu, que dependo dos outros para tudo ou quase tudo?” Posteriormente o desajuste psicossocial, onde a identidade, a profissão, o papel familiar se alteram. E ainda o desajuste psicoespiritual, onde os valores, crenças, a maneira de encarar a situação e o futuro tratamento são inevitáveis.

Com a participação familiar, com o apoio e a atuação da enfermagem através do seu agente cuidador (enfermeiro), ou seja, com o apoio de outros seres humanos que convivem no mesmo ambiente, este ser vai em busca da reabilitação, um processo lento, que requer paciência, apoio, persistência e envolve a todos (paciente, família, amigos, profissionais de saúde e comunidade), com o intuito de recuperar, manter e promover a saúde deste ser. Concordo com os ideais de Horta no que se refere ao ser humano como ser capaz, único, autêntico e com sua visão de enfermagem

enquanto arte e ciência do cuidar, do assistir o ser humano em suas necessidades, buscando torná-lo independente. Em sua teoria, Horta cita entre outros, o ensino do autocuidado para a independência da assistência de enfermagem, bem como seu conceito de assistir em enfermagem e o orientar ou ensinar como atividades da enfermagem. Porém a teórica não demonstrou em sua visão como fazê-lo. Sendo assim, optei por incorporar ao referencial por mim adotado, o conceito de autocuidado de Dorothea E. Orem.

### 3.2 CONCEITO DE AUTOCUIDADO DE OREM

A Teoria de Orem foi desenvolvida em 1956, trazendo como essência a “necessidade do homem para o autocuidado, sua provisão e manutenção numa base contínua para manter a vida e a saúde, recuperar-se de doenças ou traumatismos e lidar com seus efeitos”. Para Orem apud George (1993), a enfermagem tem como especial preocupação, a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, o oferecimento e o controle disto, numa base contínua para manter a vida e a saúde, recuperar-se de doenças ou ferimentos e ainda, compatibilizar-se com seus efeitos. Esta teoria é subdividida em três outras teorias: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

#### A teoria do Autocuidado

Segundo Orem apud George (1999,p.91), o autocuidado “é a prática do cuidado individual iniciada e executada pelo ser humano, diariamente, para manter seu próprio funcionamento e desenvolvimento visando manter sua vida, saúde e bem-estar. É uma habilidade humana que significa habilidade para engajar-se em auto-cuidado. Essas habilidades são influenciadas por diversos fatores como idade, estado de desenvolvimento, condições ambientais, estado de saúde e efeito de cuidados médicos. Quando realizados de forma efetiva, contribuem para manter a integridade estrutural, funcionamento e desenvolvimento do ser humano”.

O agente do autocuidado é a variedade de habilidades adquiridas de uma pessoa adulta, ou amadurecimento, de saber e conhecer suas

necessidades contínuas para uma ação deliberada e proposital, para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento.

### Teoria do Déficit de Autocuidado

É a essência da teoria geral de Orem, pois é quando indica a necessidade da enfermagem. A enfermagem passa a ser uma exigência quando um adulto não consegue fazer o autocuidado por ser incapaz ou por ter alguma limitação que o impeça de prover autocuidado eficaz e contínuo. Conforme Orem apud George (1999,p.92), “pode haver o oferecimento de cuidados de enfermagem, caso as ‘habilidades para cuidar sejam menores do que as exigidas para satisfazer uma exigência conhecida de autocuidado... ou habilidades de autocuidado ou cuidados dependentes excedam ou igualem às exigidas para satisfazer a demanda atual de autocuidado, embora uma relação futura de deficiência possa ser prevista, devido a diminuições previsíveis de habilidades de cuidados, diminuições qualitativas ou quantitativas na demanda de cuidado, ou ambos’; quando pessoas precisam ‘incorporar medidas recém-prescritas e complexas de autocuidado a seus sistemas de autocuidado, cuja performance requiera conhecimento e habilidades especializados, a serem adquiridos através do treinamento e experiência’; ou o indivíduo necessite de ajuda para ‘recuperar-se de enfermidade ou ferimento, ou para compatibilizar-se com seus efeitos’.”

Orem identifica cinco métodos de ajuda:

1. Agir ou fazer para o outro;
2. Guiar o outro;
3. Apoiar o outro (física ou emocionalmente);
4. Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação.
5. Ensinar o outro.

Utilizando-se de qualquer um destes métodos, o enfermeiro pode ajudar o indivíduo, de modo a assistir-lhe no autocuidado. Orem também descreve o território de enfermagem, que são as atividades desenvolvidas pela enfermagem para desenvolver o cuidado:

- Iniciação e manutenção das relações enfermeiro-paciente, com pessoas, famílias ou grupos, até que os pacientes realmente possam, realmente, ser dispensados da enfermagem;
- Determinação da possibilidade de os pacientes serem ajudados pela enfermagem e a maneira como isso pode se dar;
- Resposta às solicitações, desejos e necessidades dos pacientes, de contato e ajuda de profissionais de enfermagem;

- Prescrição, oferecimento e regularidade de ajuda direta a pacientes e seus outros importantes, sob a forma de serviços de enfermagem;
- Coordenação e integração dos serviços de enfermagem com a vida diária do paciente, com outros cuidados de saúde necessitados ou sendo recebidos e com outros serviços de caráter social ou educativo, necessários ou sendo recebidos.

O agente do autocuidado dependente é o desenvolvimento da capacidade da pessoa de saber, conhecer as demandas terapêuticas do autocuidado e praticar as atividades para aquelas pessoas dependentes ou exercitar a capacidade desta pessoa dependente a se autocuidar (sendo isto fundamental em um processo de reabilitação).

### Teoria dos Sistemas de Enfermagem

É a maneira como as necessidades de autocuidado do paciente são satisfeitas pelo enfermeiro, paciente, ou ambos. É um planejamento feito pelo profissional baseando-se nas necessidades de autocuidado e na capacidade do paciente para realizar as atividades para o autocuidado. Para isso, Orem elaborou três tipos de sistemas: sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e sistema de apoio e educação. O plano elementos do sistema de enfermagem, define, segundo Orem (1985) “a amplitude de responsabilidade do enfermeiro, em situações de cuidar em saúde; os papéis gerais e específicos de enfermeiros e pacientes, as razões para as relações dos enfermeiros com os pacientes e as espécies de ações a serem executadas, bem como padrões de execução e as ações de enfermeiros e pacientes na regularidade das atividades de autocuidado dos pacientes e na satisfação das suas exigências de autocuidado terapêutico”.

O sistema de enfermagem totalmente compensatório é aquele em que o indivíduo é completamente incapaz de realizar as atividades de autocuidado, sendo completamente dependente dos outros.

O sistema parcialmente compensatório é quando tanto o enfermeiro, quanto o paciente executam ações e medidas para o autocuidado, sendo que a execução do cuidado principal pode ser exercida tanto pelo paciente, quanto pelo enfermeiro.

O sistema de apoio e educação a pessoa consegue executar ou deve aprender medidas de autocuidado, externo ou interno, embora não consiga fazer isso sem auxílio.

É de grande importância salientar, que um ou mais sistemas podem ser associados a um único paciente.



Durante e assistência de enfermagem ao paciente com AVC se faz necessário estimular a prática do autocuidado (sempre que possível), a fim de que ele possa realizar as atividades de vida diária, favorecendo o processo de reabilitação, tornando-o mais efetivo, contribuindo para que a imagem e auto-estima do indivíduo sejam beneficiadas, garantindo a satisfação de suas necessidades humanas e a completa reabilitação. Portanto, ao utilizar os ideais de Horta e Orem em conjunto, percebemos sua íntima relação, quer seja pela visão integral do ser humano, quanto pela estimulação da independência do cuidado de enfermagem, através do favorecimento e treinamento para o autocuidado, e ainda por valorizar a satisfação das necessidades deste ser, durante todo o processo de cuidado e reabilitação. Orem vem ao encontro da Teoria de Horta, na medida em que possibilita uma visão de como realizar a educação para a saúde e autocuidado. Sendo assim, este referencial teórico, demonstra-se altamente coerente e executável, dentro dos objetivos propostos na implementação da assistência aos pacientes acometidos por AVC e suas famílias.

## **4. REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA NERVOSO**

O sistema nervoso é formado por três subsistemas principais, que são: 1. Um eixo sensorial, responsável pela transmissão de sinais das terminações nervosas sensoriais periféricas para quase todas as partes da medula espinhal, tronco cerebral, cerebelo, e córtex cerebral. 2. Um eixo motor, o qual conduz sinais neurais, com origem das áreas centrais do sistema nervoso para os músculos e glândulas de todo corpo. 3. Um sistema integrador, que analisa as informações sensoriais, armazena na memória para futura utilização e que, utiliza tanto a informação sensorial quanto a armazenada, na determinação das respostas apropriadas.

Muitas das reações neurais mais simples são integradas a nível de medula espinhal, incluindo efeitos como os de retirada de uma parte do corpo em contato com um campo que esteja provocando um estímulo doloroso, bem como reflexos que provocam o encurtamento dos músculos sempre que estiverem estirados em excesso, ou até mesmo, de sinais responsáveis por produzir os movimentos de marcha, sob condições adequadas. As reações mais complexas do sistema nervoso, tais como as de controle da postura e equilíbrio, bem como as responsáveis pelo controle da respiração e circulação, são integradas a nível de tronco cerebral. Outras ainda mais complexas, como os processos de pensamento, armazenamento de memória, determinação de atividades motoras complexas, entre outras, são todas integradas no cérebro. O cerebelo atua em íntima associação com todas as demais partes do sistema nervoso central (SNC), participando assim, na coordenação de todas as funções motoras seqüenciais.

Como nos explica Guyton (1998), temos como a unidade básica de controle do sistema nervoso a sinapse, onde os sinais passam das fibrilas terminais de um neurônio, para a célula neural seguinte. A sinapse é formada por um botão sináptico, situado na extremidade da fibra neural, e a membrana superficial do neurônio seguinte, onde encosta o botão sináptico. O botão sináptico, ao secretar uma substância transmissora, a qual atua sobre a membrana que pode ser excitatória, quanto inibitória, permite que os sinais que chegam possam produzir essa excitação ou inibição no neurônio

seguinte. Em geral, um neurônio só é excitado, pela descarga simultânea de um grande número de sinapses; ou seja, há uma soma dos sinais vindos de várias sinapses, antes que um potencial de ação seja produzido no neurônio estimulado. Caso este neurônio esteja sendo também inibido, serão necessários sinais excitatórios em maior quantidade para que haja reação.

Os neurônios do SNC são organizados em vários tipos de circuitos, sendo os mais importantes os seguintes:

1. Circuito divergente. O qual permite a estimulação de muitos neurônios por um único sinal que chega. Como exemplo temos a estimulação de um grande neurônio do córtex motor que pode, algumas vezes, fazer com que milhares de fibras de um músculo periférico se contraíam.
2. Circuito convergente, onde sinais de diversas origens cerebrais devem atuar, a um só tempo, sobre o mesmo neurônio, para que este entre em atividade.
3. Circuito reverberatório, formado por uma série de neurônios que transmitem sinais por via circular. Assim, enquanto o circuito reverbera, também emite sinais para outras partes do cérebro e para o sistema muscular, causando estimulação prolongada. Um exemplo seria o que acontece as contrações musculares que produzem a respiração (resultado complexo de reverberação no centro respiratório do tronco cerebral).

Podemos então, de modo simplificado, dizer que o sistema nervoso é compreendido pelo **encéfalo, medula espinhal e os nervos periféricos**, cujas estruturas são responsáveis por controlar e coordenar as atividades celulares de todo organismo, através da transmissão de impulsos elétricos. Sendo que estes impulsos, seguem através de fibras e vias nervosas diretas e contínuas.

Vejam agora, um breve resumo sobre cada uma destas estruturas, suas funções e algumas ilustrações.

## **ENCÉFALO**

O encéfalo é dividido em três partes principais, que são o **cérebro, tronco cerebral e cerebelo**. Encontra-se contido no crânio, cuja rigidez estrutural lhe confere proteção contra traumatismos. Por sob o crânio, o encéfalo e medula espinhal são recobertos por três membranas, denominadas meninges. As meninges por sua vez, são constituídas por tecido conjuntivo fibroso, cuja função é de proteger, sustentar e proporcionar certo aporte sanguíneo para o encéfalo. Vejam melhor as meninges:

*Dura-máter* ⇒ camada mais externa que recobre o encéfalo e a medula espinhal. Tem aspecto pesado, espesso, inelástico, fibroso e acinzentado. Existem duas extensões da dura-máter, a foice cerebral que separa os dois hemisférios num plano longitudinal e o tentório, que se desdobra da dura-máter formando uma espécie de prateleira membranosa, a qual sustenta e separa os hemisférios na parte inferior do encéfalo. Quando ocorre excesso de

pressão na cavidade craniana, o encéfalo pode ser comprimido contra o tentório, ou mesmo ser deslocado para baixo, ocorrendo o que se chama de herniação.

*Aracnóide* ⇒ é a membrana intermediária, constituída por uma camada delgada, que lembra uma teia de aranha, por isso a sua denominação. Sua coloração é esbranquiçada, pois não possui suprimento sangüíneo. A aracnóide contém o plexo coróide, o qual é responsável pela produção do líquido cefalorraquidiano (LCR). Um adulto normal, produz cerca de 500ml de LCR diários. A membrana aracnóide apresenta ainda, projeções digitiformes peculiares, chamadas vilos aracnóides, que absorvem o LCR (menos de 150ml). No entanto, quando ocorre a penetração de sangue no sistema (como por exemplo, em alguns casos de AVC), eles ficam obstruídos, podendo ocorrer hidrocefalia.

*Pia-máter* ⇒ é a camada mais interna, constituída por uma membrana delgada, transparente, que envolve intimamente toda superfície do encéfalo, estendendo-se por todos os sulcos da superfície encefálica.

### **Cérebro.**

Constituído por dois hemisférios (direito e esquerdo) e quatro lobos (frontal, parietal, temporal e occipital). A camada mais externa do cérebro é a substância cinzenta, sendo a substância branca a camada mais interna. A substância cinzenta é composta basicamente por corpos neurais, que estão concentrados no córtex cerebral, núcleo e gânglios basais. Já a substância branca é composta pelos prolongamentos dos neurônios, que podem formar tratos conectando diversas partes do encéfalo entre si. Os hemisférios cerebrais (telencéfalo), contêm a maior parte do tecido do SNC, sendo que nesta área, ocorre o controle da função motora superior, responsável pelo funcionamento e inteligência dos indivíduos.

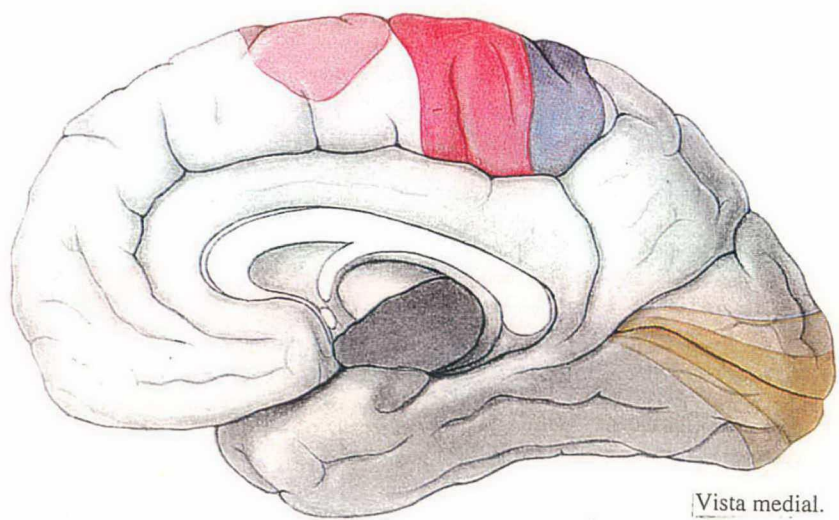
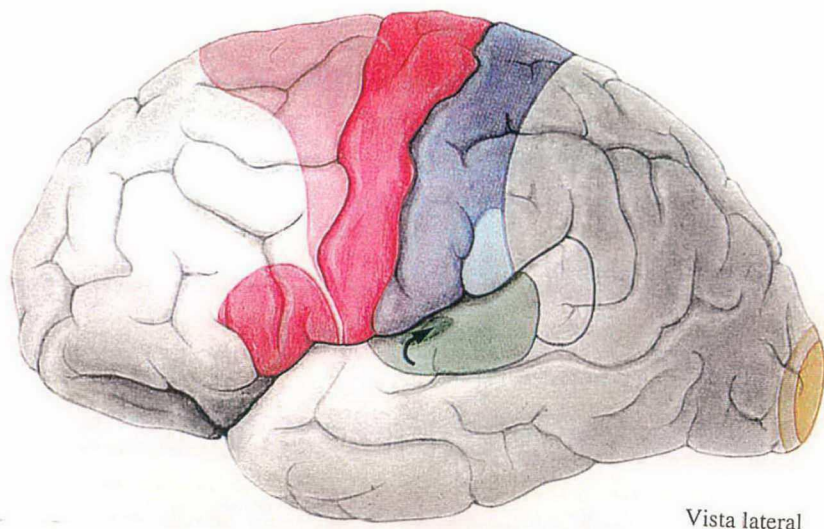
Vejam agora um pouco sobre cada lobo:

**Lobo Frontal** – é o maior lobo e localiza-se na fossa anterior. Nesta área encontra-se o controle do afeto, a personalidade, o raciocínio e as inibições os impulsos individuais.

**Lobo Parietal** – é o lobo puramente sensitivo. Esta área permite a interpretação das sensações. O único sentido que não interage neste lobo é o olfato. Esta área permite que o indivíduo se situe em relação com o esquema corporal; pacientes com lesão no lobo parietal costumam apresentar a chamada síndrome de heminegligência.

**Lobo Temporal** – integra sensações como paladar, olfato e audição, bem como a memória de curto prazo.

Lobo Occipital – é o lobo mais posterior, sendo responsável pela interpretação visual.



- |   |                               |   |                                |
|---|-------------------------------|---|--------------------------------|
|  | Campo de projeção motora      |  | Campo de projeção da audição   |
|  | Campo de associação motora    |  | Campo de associação da audição |
|  | Campo de projeção sensitiva   |  | Campo de projeção da visão     |
|  | Campo de associação sensitiva |  | Campo de associação da visão   |

**Fig. 1 Áreas funcionais dos hemisférios cerebrais (Sobotta, 1995, p.283).**



Existe ainda o corpo caloso, uma espessa coleção de fibras nervosas, que conecta os hemisférios cerebrais, sendo o mesmo, responsável pela transmissão das informações de um lado para outro do cérebro. As informações transferidas são de cunho sensorial, de memória e de discriminação aprendida. Pessoas destros e algumas canhotas, possuem dominância no lado esquerdo do cérebro para as funções verbais, de lingüística, cálculo e analítica. Sendo o hemisfério não-dominante responsável por funções geométricas, espaciais, visuais, de padrão e musicais. Já os gânglios basais (vários núcleos localizados profundamente nos hemisférios cerebrais), são responsáveis pelo controle motor subconsciente dos movimentos motores finos do corpo, incluindo as extremidades superiores e inferiores do corpo.

### **Diencéfalo.**

Fossa média que contém o tálamo, hipotálamo e glândula pituitária.

O tálamo está situado em ambos os lados do terceiro ventrículo e atua como uma estação simples para todos os sentidos, com exceção do olfato. Todos os impulsos como dor, memória e sensação passam por esta área.

O hipotálamo encontra-se localizado atrás e abaixo do tálamo. Sua função é de controlar e regular o sistema nervoso autônomo. Em conjunto com a hipófise, mantém a regulação hídrica, térmica, promove a vasoconstrição ou vasodilatação e influencia secreção hormonal da pituitária. O hipotálamo também é o local do centro da fome, estando dessa forma envolvido no controle do peso. Abriga ainda os centros que regulam o sono, a pressão arterial, comportamento (agressivo e sexual), além do centro de respostas emocionais.

A glândula pituitária (hipófise) é responsável pelo controle de inúmeros hormônios e funções, tais como: controlar as funções dos rins, córtex adrenal, pâncreas, tireóide, órgãos reprodutores, produção do hormônio do crescimento, entre outros.

### **Tronco cerebral.**

O tronco cerebral está localizado na fossa posterior e constitui-se por mesencéfalo, ponte e medula oblonga.

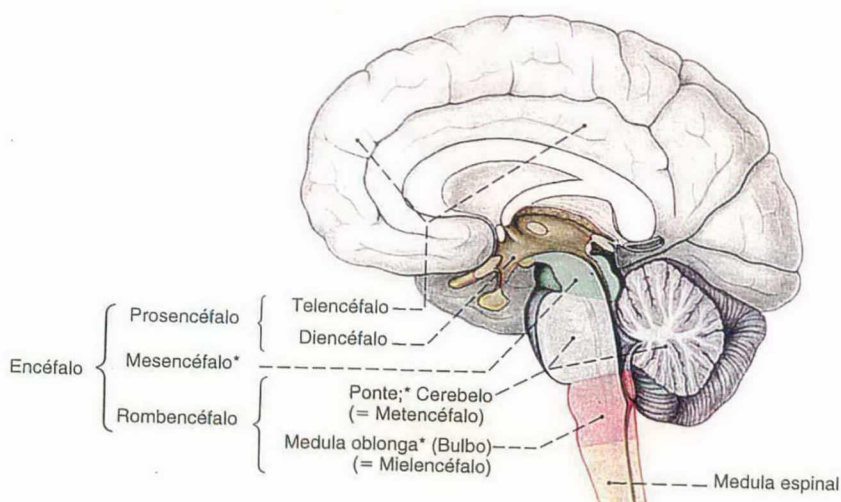
O mesencéfalo conecta a ponte e o cerebelo com os hemisférios cerebrais, abrigando as vias sensoriais e motoras, servindo de centro para reflexos auditivos e visuais.

A ponte situa-se anteriormente ao cerebelo, entre o mesencéfalo e a medula, sendo realmente a ponte entre as duas metades do cerebelo e também entre a medula e o cerebelo. A mesma contém vias motoras e sensoriais.

A medula oblonga transmite fibras motoras do encéfalo para a medula espinhal e fibras sensoriais da medula espinhal para o encéfalo, sendo que a maioria dessas fibras sofre cruzamento neste nível. Contém ainda, importantes centros controladores do coração, respiração e da pressão sanguínea, sendo o local de origem do quinto ao oitavo nervos cranianos.

### Cerebelo.

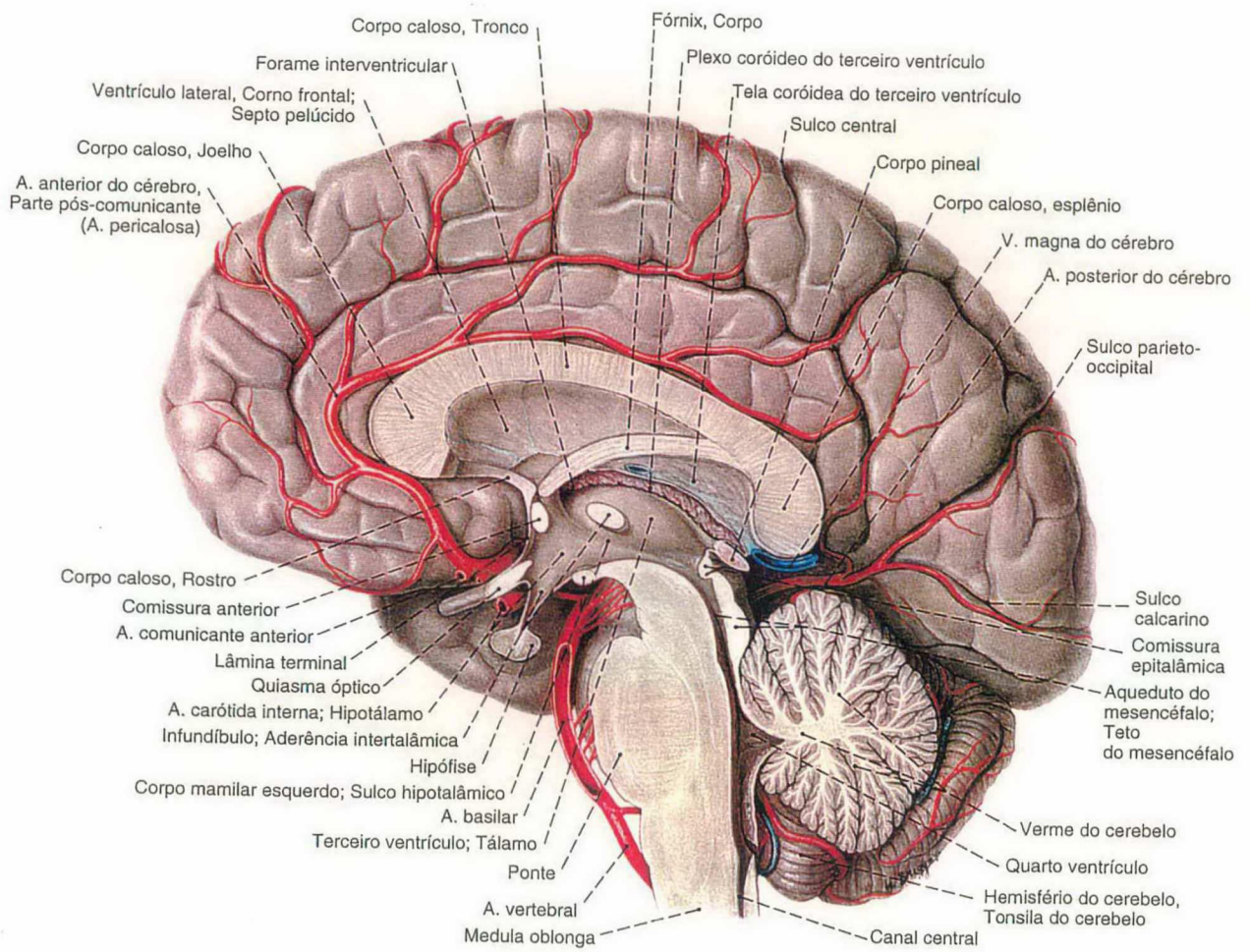
Encontra-se localizado na fossa posterior e é separado dos hemisférios cerebrais por uma dobra da dura-máter, o tentório do cerebelo. Sua função tem ações excitatórias e inibitórias, sendo responsável pela leveza e coordenação dos movimentos, ou seja, controla movimentos finos, equilíbrio, senso de posição e de integração dos dados sensoriais.



\*As partes do encéfalo marcadas com \* formam o tronco do encéfalo.

**Fig.2 Esquema da divisão da parte central do sistema nervoso. Corte mediano (Sobotta, 1995, p.275).**





**Fig.3 Face medial do cérebro, diencéfalo e tronco do encéfalo. Corte mediano, vista esquerda (Sobotta, 1995, p.275).**



## **Circulação cerebral.**

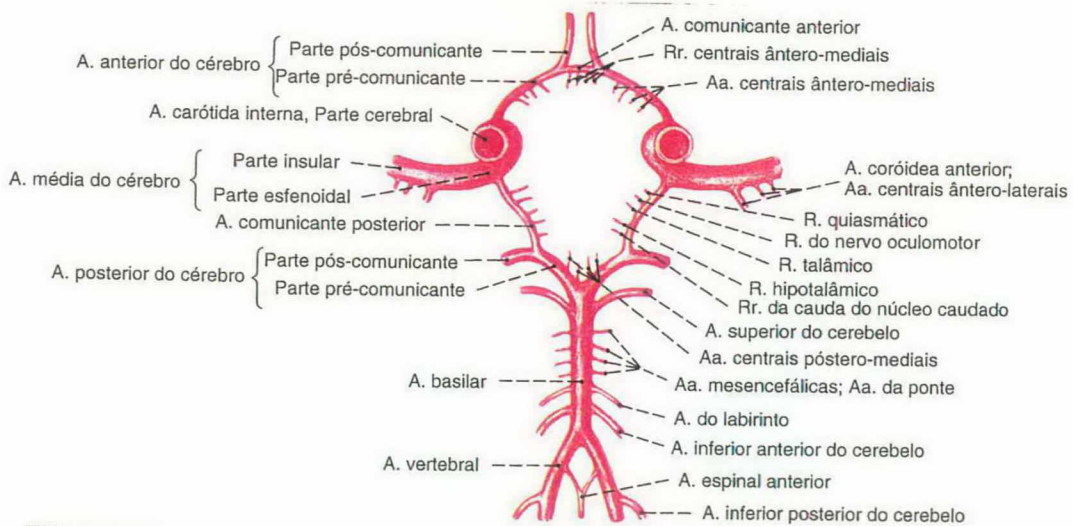
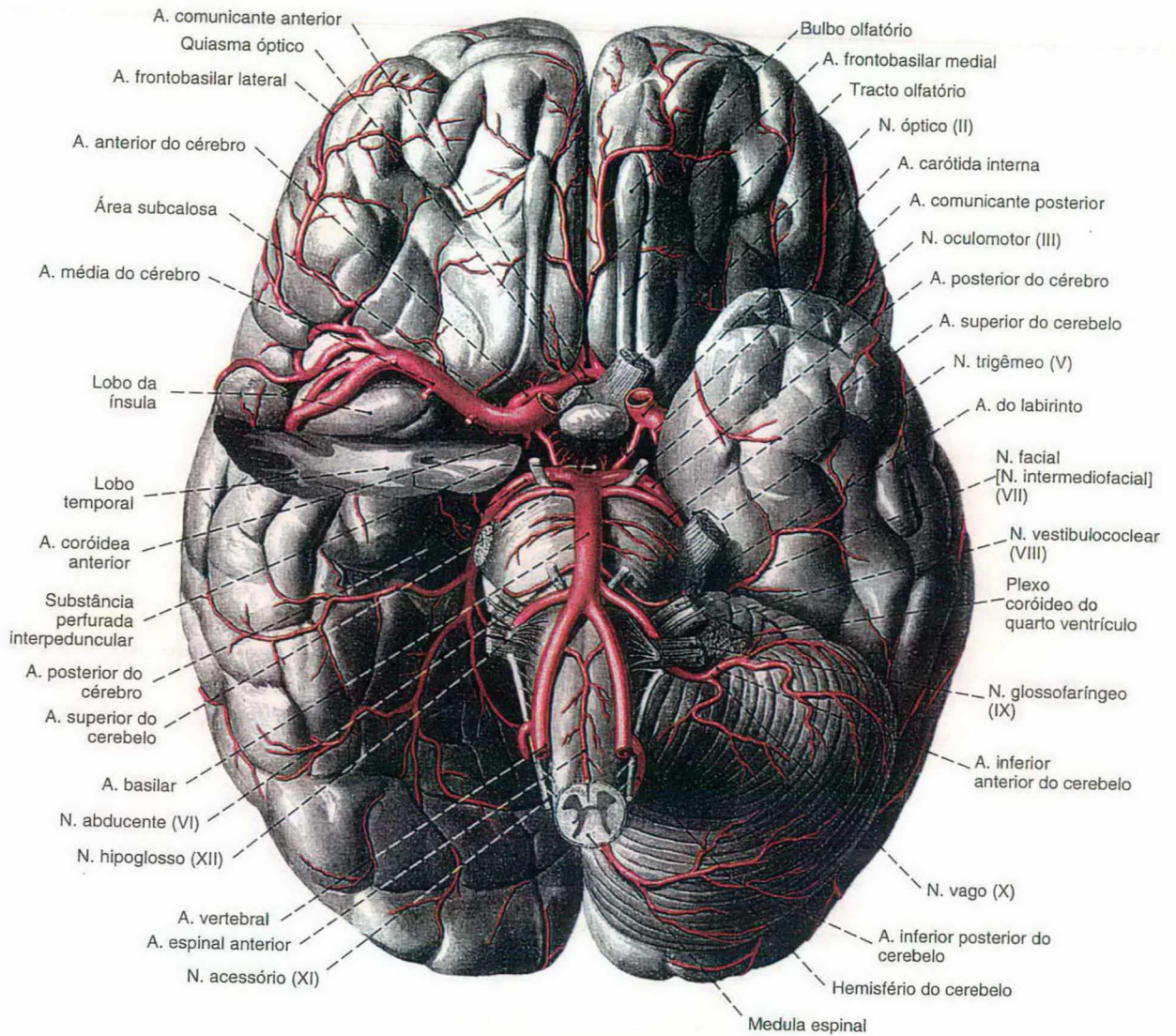
O cérebro recebe aproximadamente 20% do volume bombeado pelo coração; por não armazenar nutrientes e ter uma alta demanda metabólica, ele necessita de um alto fluxo sanguíneo. O caminho percorrido pelo sangue no cérebro é único, uma vez que flui com a gravidade; sendo assim, suas artérias são enchidas por baixo e as veias drenam por cima. Por não possuir circulação sanguínea colateral adicional, o mesmo não tolera reduções do fluido sanguíneo, podendo levar a lesões irreversíveis do tecido (Brunner e Suddarth, 1998).

O suprimento de sangue arterial é provido por duas artérias carótidas internas e duas artérias vertebrais e seu sistema de ramificações. As carótidas internas emergem da bifurcação da carótida comum e suprem a maior parte da circulação anterior do cérebro. Já as artérias vertebrais ramificam-se das artérias subclávias, fluindo para cima e para baixo em ambos os lados da vértebra cervical e penetram no crânio através do forame magno. As artérias vértebro-basilares, que se unem para formar a artéria basilar ao nível do tronco cerebral, são responsáveis pela maior parte da circulação posterior do cérebro. Por sua vez, a artéria basilar divide-se para formar os ramos das artérias cerebrais posteriores.

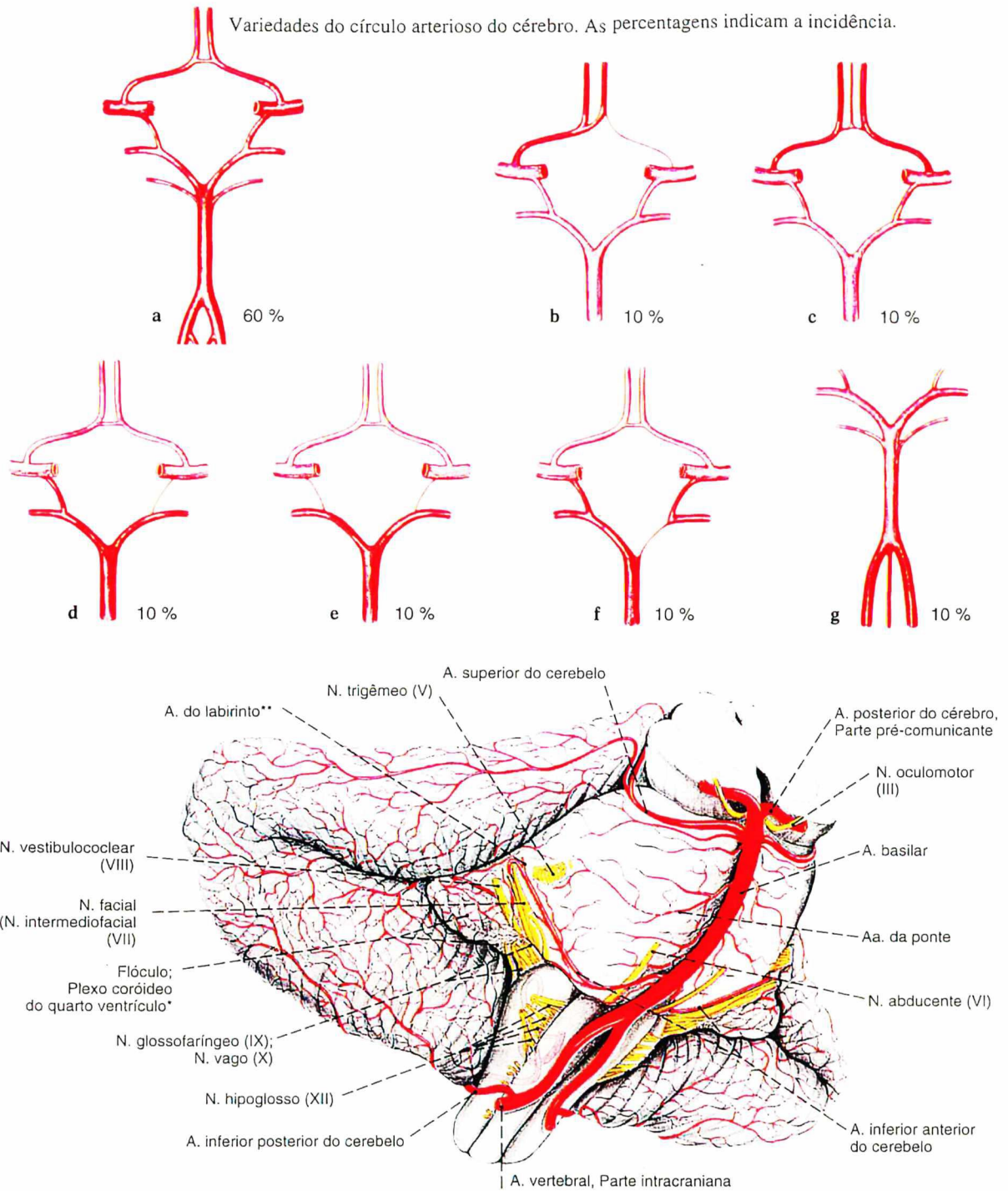
Existe ainda na base do cérebro, circundando a pituitária, um anel de artérias, constituído de ramificações das carótidas internas, anterior e cerebral média e artérias comunicantes anterior e posterior, o qual recebe o nome de círculo de Willis. Essas artérias provêm alternativas ao fluxo sanguíneo se alguma das artérias mais importantes que chegam até ele se tornarem ocluídas. Este também, um local freqüente para o aparecimento de aneurismas. Caso uma artéria se torne ocluída por vasoespasmos, tampão ou trombo, os neurônios distais da oclusão são privados do suprimento sanguíneo e as células morrem rapidamente e, o resultado, é um acidente vascular cerebral ou um infarto cerebral. Os efeitos da oclusão dependem dos vasos envolvidos e das áreas cerebrais suprida por eles.

Quanto a drenagem venosa encefálica, esta não acompanha a circulação arterial como no restante do organismo. Ao alcançarem a superfície, as veias cerebrais juntam-se a veias maiores; estas por sua vez, atravessam o espaço subaracnóide e esvaziam-se nos seios durais. A rede de seios carrega o fluxo venoso que sai do cérebro e esvazia-se na jugular interna de volta para o sistema circulatório central. Outra característica própria das veias cerebrais, é que elas não possuem válvulas para evitar que o sangue corra em sentido contrário (Brunner e Suddarth, 1998).





**Fig.4 Círculo Arterioso do Cérebro (Sobotta, 1995, p.272).**



Artérias do tronco do encéfalo após a remoção do mesencéfalo. Vista inferior direita. A artéria inferior anterior do cerebelo corre, na maioria dos casos, sobre o N. abducente (~80%); no lado esquerdo da figura, entretanto, ela corre abaixo do nervo.

\* Epônimo clínico: corbelha de BOCHDALEK.

\*\*Em cerca de 15% dos casos a artéria do labirinto sai diretamente da artéria basilar

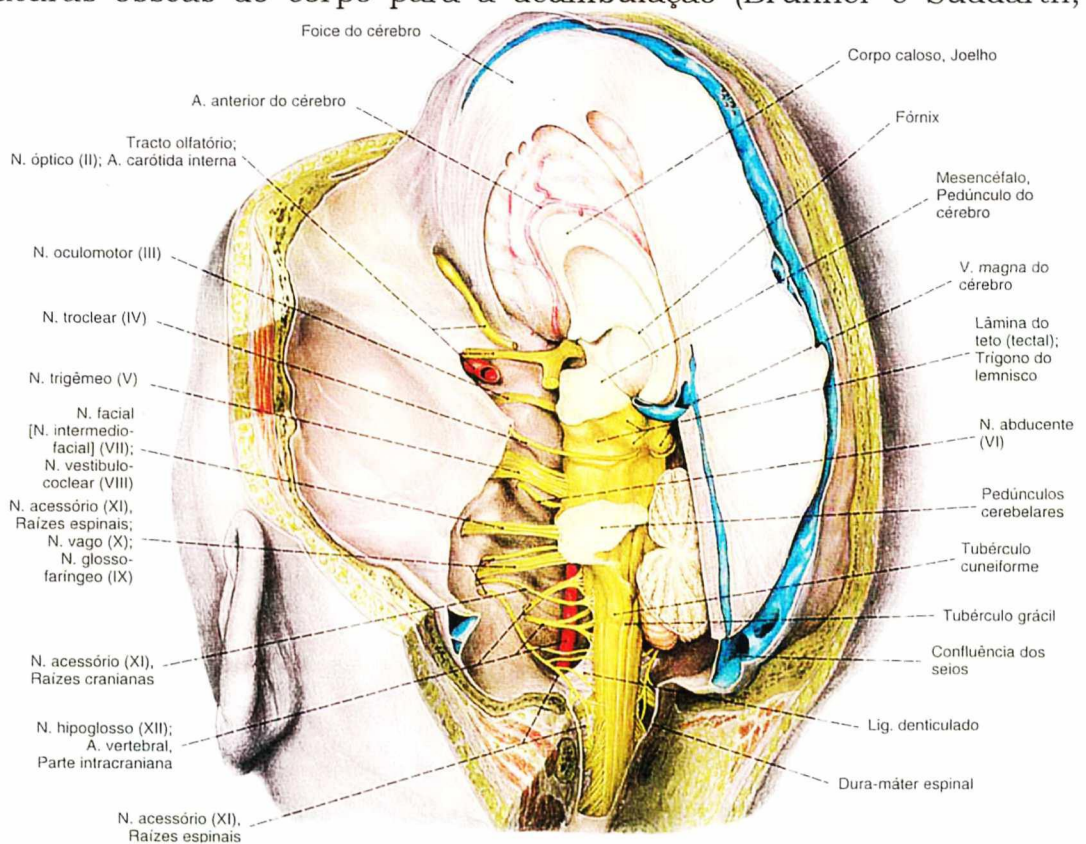
**Fig.5 Variedades do círculo arterioso do cérebro e artérias do tronco do encéfalo após a remoção do mesencéfalo (Sobotta, 1995, p.273).**



## MEDULA ESPINHAL E NERVOS PERIFÉRICOS

A medula espinhal e o tronco cerebral formam uma estrutura contínua se estende dos hemisférios cerebrais, servindo de elo de ligação entre o encéfalo e a periferia. Medindo aproximadamente 45cm de comprimento e largura de um dedo, estende-se do forame magno, até o nível da fosseta articular superior da segunda vértebra lombar, onde termina em um feixe fibroso denominado cone medular. Logo abaixo do segundo espaço lombar, encontramos as raízes dos nervos que se estendem além do cone, e que recebem o nome de cauda eqüina.

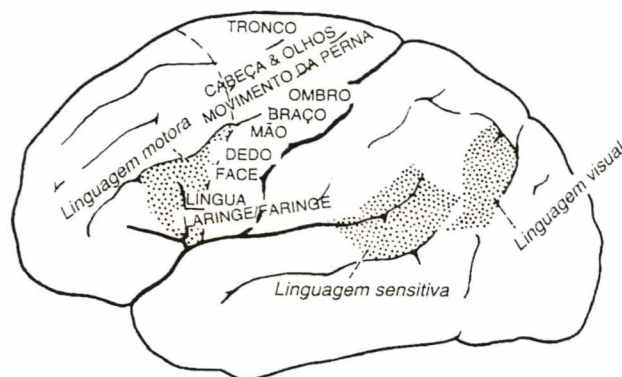
A medula espinhal é composta por trinta e três segmentos: sete cervicais, doze torácicos, cinco lombares, cinco sacrais e quatro a cinco coccígenos. Ela possui trinta e um pares de nervos espinhais, sendo que cada segmento tem um para cada lado do corpo. Constituída por substância cinzenta na porção central, rodeada por substância branca. A coluna vertebral é quem protege a medula espinhal e promove os movimentos da cabeça, membros e estabiliza as estruturas ósseas do corpo para a deambulação (Brunner e Suddarth, 1998).



**Fig.6 Trajeto dos nervos cranianos no espaço subaracnóideo, após a remoção dos hemisférios do cérebro, do cerebelo e do tentório do cerebelo (Sobotta, 1995, p.266).**

## O Sistema Motor

Em cada hemisfério cerebral existe uma faixa vertical do córtex que coordena os movimentos voluntários do organismo. Essa região chamada de córtex motor, pode ser localizada com precisão e, atualmente, já se conhece a localização cerebral da origem cortical dos movimentos voluntários de vários músculos, como os demonstrados na figura a seguir.



**Fig.7 Representação esquemática do cérebro mostrando locais responsáveis por movimentos motores de várias partes do corpo (Brunner e Suddarth, 1998,p.1439)**

O sistema motor é complexo e a função motora reflete a integração do trato corticoespinal, do sistema extrapiramidal e da função cerebelar. O impulso motor cruza esses dois neurônios.

Muitos tratos nervosos motores, estão contidos na medula espinal (além do corticoespinal); alguns representam vias do sistema extrapiramidal, estabelecendo conexões entre células do corno anterior e os centros de controle automático, localizados nos gânglios basais e cerebelo. Já outros, fazem parte do arco reflexo, formando conexões sinápticas entre as células do corno anterior e as fibras sensoriais que penetram em pontos adjacentes ou em segmentos circunvizinhos a medula espinal.

### *Neurônios Motores Altos e Baixos*

Cada fibra muscular está sob controle voluntário através da combinação de dois neurônios. Um localiza-se no córtex motor e seu axônio no trato piramidal (direto ou cruzado), e o outro situa-se no corno anterior da medula espinal, com seu axônio estendendo-se até o músculo. O primeiro recebe o nome de neurônio motor alto (NMA) e o



segundo designa-se de neurônio motor baixo (NMB). Todo nervo motor que serve a um músculo, é um feixe composto de vários NMB.

Assim sendo, as vias motoras do cérebro para a medula espinhal e as do cerebelo para o tronco cerebral, são formadas por NMA. Estes tem início no córtex do lado oposto do cérebro, descendo através da cápsula interna, cruzam o lado oposto do tronco cerebral, descem através do trato corticoespinhal e por fim, juntam-se aos NMB na medula. Os NMA, portanto estão totalmente contidos no SNC; contudo os NMB recebem o impulso na parte posterior da medula e corre para a junção mioneural (terminam em um músculo).

Quando ocorre lesão nos NMA, como em um AVC por exemplo, temos como resultados mais comuns a paralisia (plegia, perda dos movimentos voluntários), aumento do tônus muscular (pois os movimentos reflexos que são involuntários não podem ser inibidos devidos à lesão), espasticidade, ausência de atrofia muscular, reflexos hiperativos e anormais (resultantes de arco reflexo preservado junto à medula espinhal abaixo do local da lesão).

Quando a lesão ocorre nos NMB, há uma paralisia do músculo e a pessoa se torna incapaz de movê-lo. Os nervos não participam mais nos movimentos reflexos e como conseqüência, o músculo torna-se flácido e atrofiado pelo desuso. Caso o indivíduo tenha sofrido uma lesão no tronco espinhal, capaz de cicatrizar, é possível que o mesmo recupere o uso da musculatura conectada a este segmento da medula espinhal. Contudo, se as células do corno anterior forem destruídas, os nervos não podem regenerar-se e os músculos não serão mais utilizados (Brunner e Suddarth, 1998).

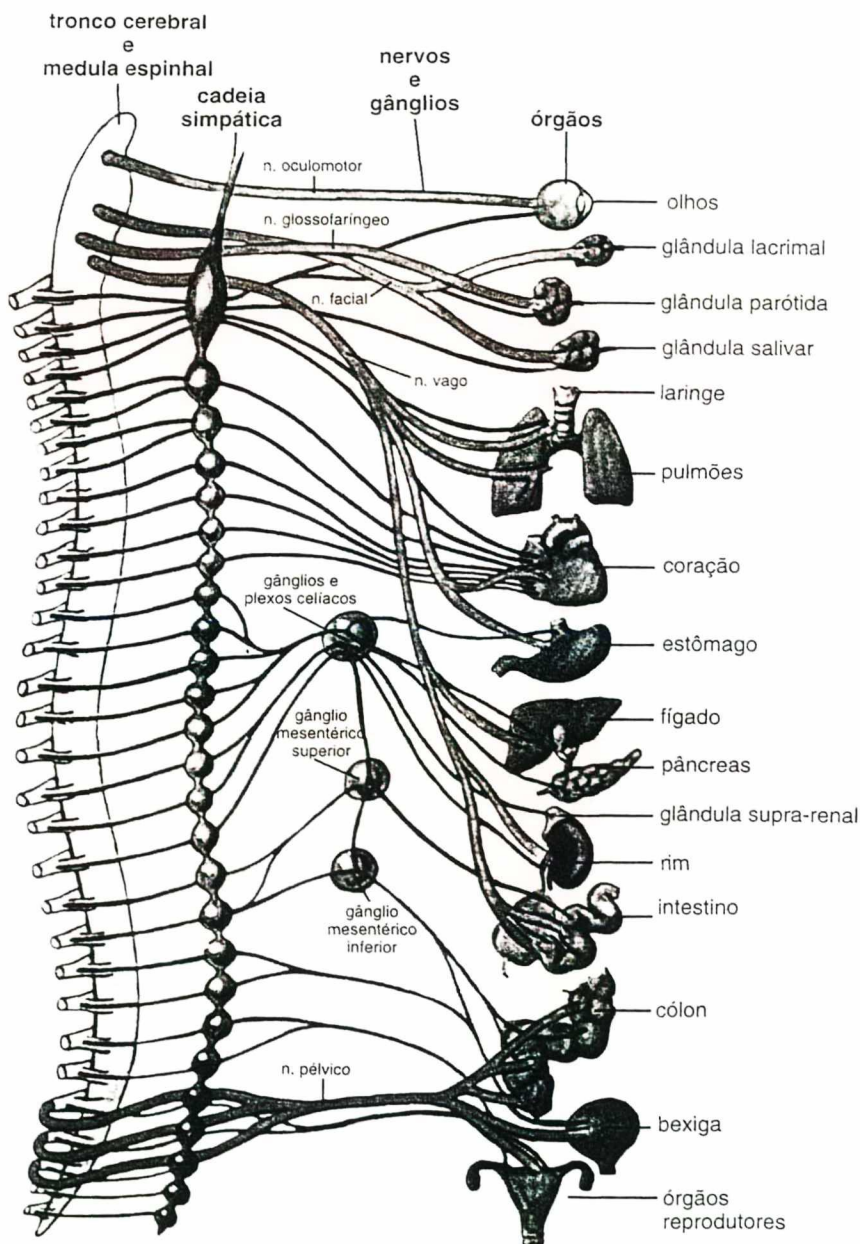
### *Sistema Nervoso Simpático e Parassimpático*

O sistema nervoso autônomo possui duas divisões distintas, que são o sistema nervoso simpático e o parassimpático, sendo que a maioria dos tecidos e órgãos sob controle autônomo é inervado por esses sistemas. Os impulsos simpáticos são mediados pela norepinefrina, enquanto os parassimpáticos pela acetilcolina; estes mediadores atuam de forma a produzirem efeitos opostos.

A função da divisão sináptica do sistema nervoso autônomo é de servir como um sistema de atendimento em situações de emergência, estresse, preparando o organismo para luta ou fuga, quando ameaçado e desencadeando uma série de reações no organismo (batimento cardíaco acelerado, aumento da frequência respiratória, dilatação das pupilas, entre outros).

Conforme melhor nos explicam Brunner e Suddarth (1998), “os neurônios simpáticos encontram-se localizados nos segmentos torácicos e lombares da medula espinhal; seus axônios conhecidos como fibras pré-ganglionares, surgem através das raízes anteriores do oitavo segmento

lombar ou primeiro segmento torácico para o segundo ou terceiro segmento lombar, inclusive. A uma pequena distância da medula, essas fibras divergem, formando uma cadeia de vinte e dois gânglios interligados, a qual se estende bilateralmente ao longo da coluna vertebral. Algumas dessas fibras, formam múltiplas sinapses com outras células nervosas dentro da cadeia. Outras fibras atravessam a cadeia sem estabelecer conexões, indo unir-se a grandes gânglios pré-vertebrais, no tórax, abdome, pélvis, ou a um gânglio terminal localizado nas vizinhanças de um órgão, como por exemplo, a bexiga”.



**Fig.8 Anatomia do Sistema nervoso Autônomo (Brunner e Suddarth, 1998, p.1442).**



As autoras explicam ainda, que as fibras pós-ganglionares originárias da cadeia simpática, unem-se aos nervos espinhais que suprem as extremidades, sendo distribuídas para os vasos sanguíneos, glândulas sudoríparas e musculatura lisa dérmica. Já as fibras pós ganglionares provenientes dos plexos pré-vertebrais suprem estruturas na cabeça e pescoço, tórax, abdome e pelve, respectivamente, juntando-se nos plexos por fibras provenientes da divisão parassimpática.

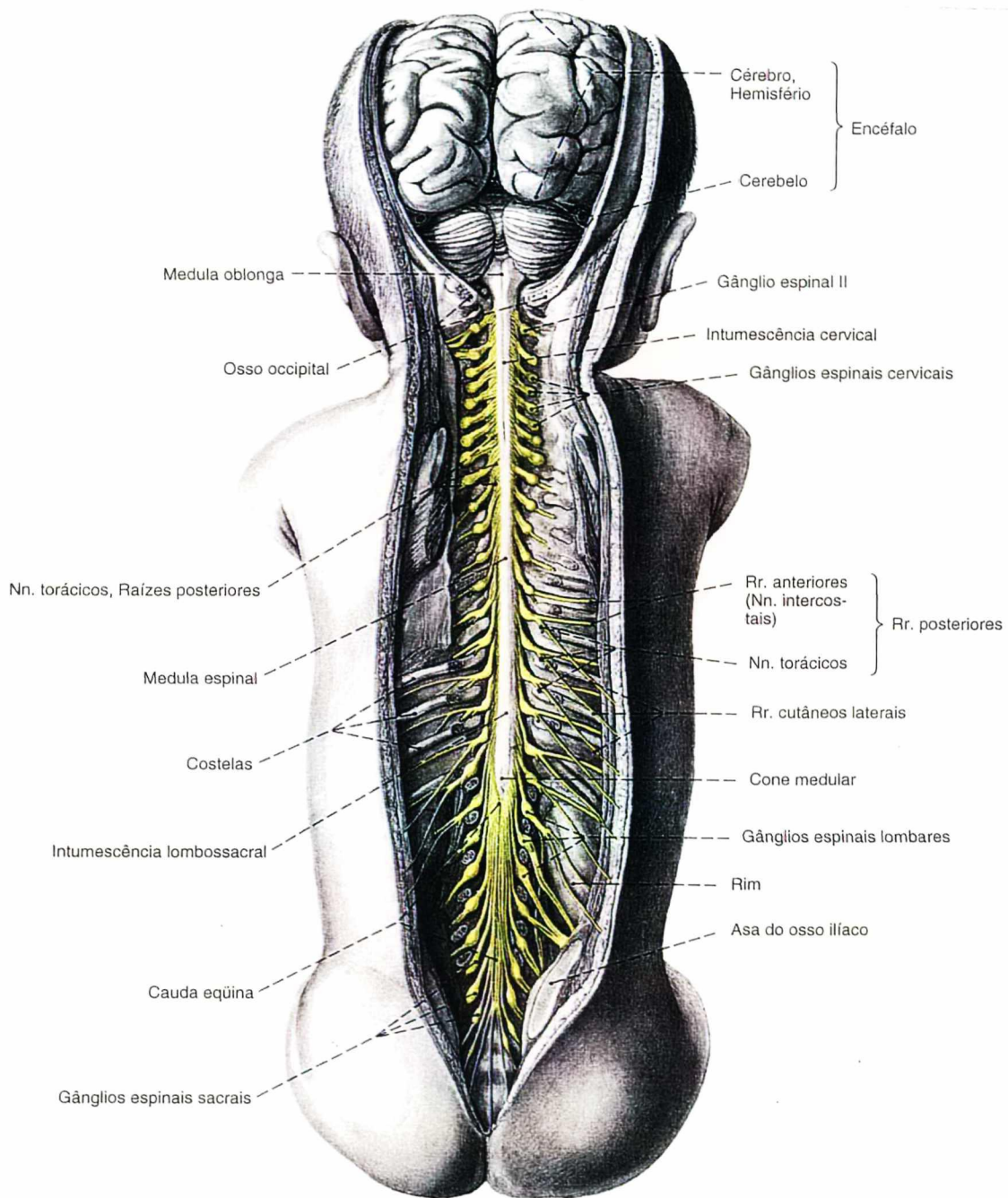
Destacam, que as glândulas supra-renais, fígado, baço, rins estômago e duodeno ficam sob o controle do plexo celíaco (plexo solar). Os componentes dos nervos simpáticos, são representados pelos três nervos esplâncnicos, formados de fibras pré-ganglionares oriundas de nove segmentos medulares (T4 a L1), unidos também pelo nervo vago, representando a divisão parassimpática. Já do plexo celíaco, fibras de ambas as divisões, seguem ao longo do curso dos vasos sanguíneos em direção aos seus órgãos-alvo.

Quanto ao sistema parassimpático, este funciona como o principal controlador da maioria dos efetores viscerais, na maior parte do tempo. Durante o repouso, os impulsos parassimpáticos colinérgicos predominam. As fibras do sistema nervoso parassimpático encontram-se em duas seções, uma no tronco cerebral e outra nos segmentos medulares abaixo de L2; devido a tal localização é também conhecido como divisão cranoissacral, em contraste a divisão toracolombar (simpática) do sistema nervoso autônomo.

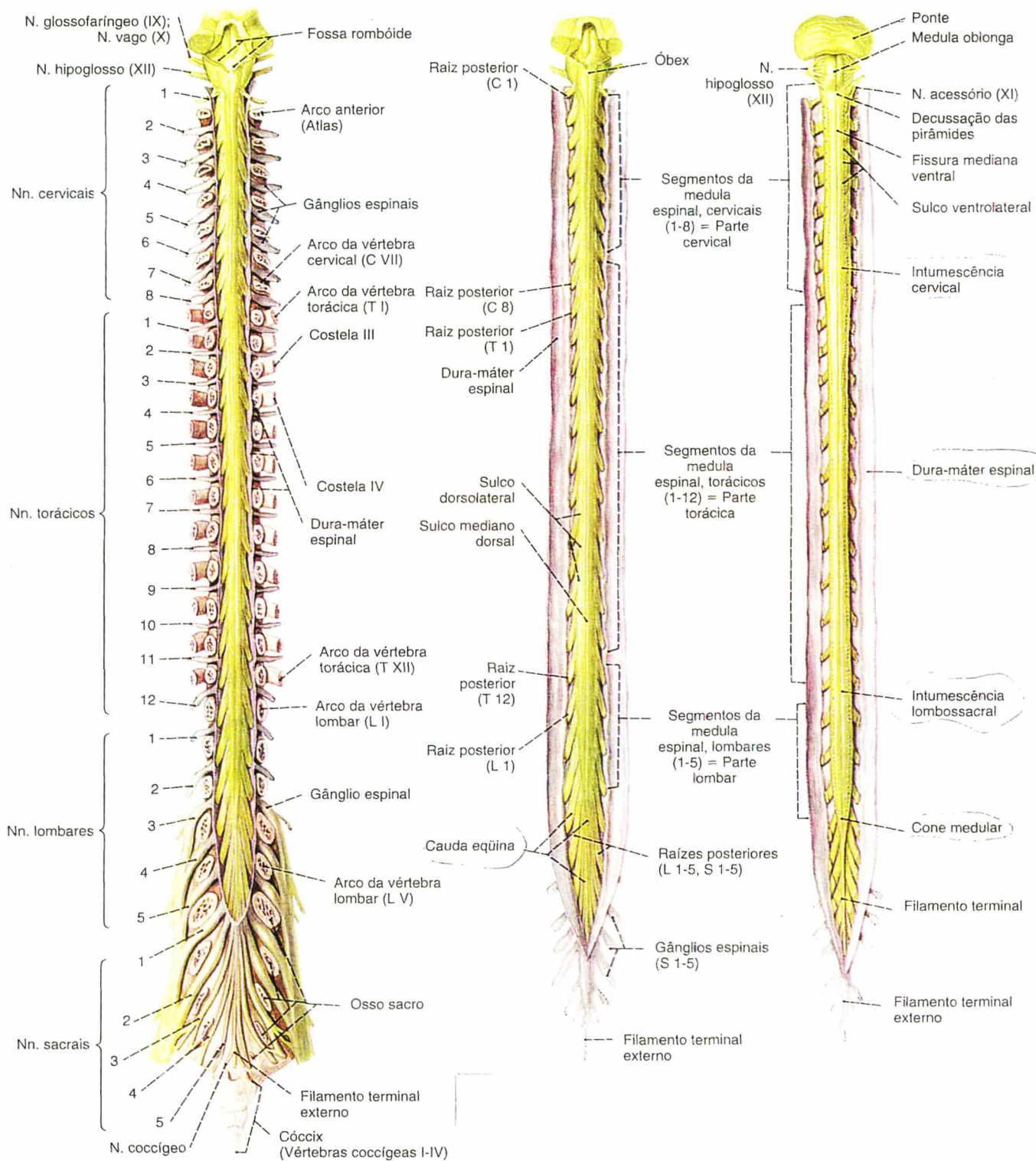
A parte craniana do sistema parassimpático, tem origem no mesencéfalo e medula oblonga, sendo que as fibras provenientes do mesencéfalo caminham em conjunto com o nervo oculomotor até os gânglios ciliares, onde as fibras pós-ganglionares dessa divisão se unem às do sistema simpático; estas, em vez de uma oposição controlada, promovem um equilíbrio mantido entre os dois durante todo o tempo (Brunner e Suddarth, 1998).

Vejamos a seguir algumas ilustrações desse delicado sistema:





**Fig.9 Encéfalo, medula espinal e nervos espinhais. Vista posterior (Sobotta, 1995, p. 327).**



**Fig. 10 Medula espinal e nervos espinais. Localização da medula após a abertura do canal vertebral, dos forames intervertebrais e do saco dural. Vistas posterior e anterior (Sobotta, 1995, p.328).**

## 4.2 EXAME NEUROLÓGICO

Esta etapa compreende um grande número de testes de funções específicas. Embora rotineiramente o exame neurológico seja limitado a uma simples triagem, se faz necessário que o examinador seja capaz de conduzir a avaliação neurológica, quando a anamnese e/ou achados físicos o indiquem. Durante esta etapa também é importante avaliar o potencial do indivíduo para a execução de atividades de vida diária e autocuidado, bem como, atentar para as posturas adotadas pelo mesmo, enquanto acamado ou fazendo uso de instrumentos de locomoção (cadeira de rodas, bengala, andador, etc).

Basicamente dividimos o exame neurológico em cinco componentes a serem observados:

1. Função Cerebral.
2. Avaliação dos Nervos Cranianos.
3. Sistema Motor.
4. Reflexos.
5. Sistema Sensorial.

### *Função Cerebral*

Esta função nos dá indicação de distúrbios da comunicação, função intelectual e padrões de comportamento emocional.

O que avaliar:

- Estado Mental – observar aparência geral, postura, gestos, expressões faciais, maneira de falar, nível de consciência, se a fala é coerente, se o paciente está alerta, responsivo, sonolento, torporoso.
- Função Intelectual – verificar se o paciente está orientado no tempo, espaço e em relação a si próprio. Pode-se perguntar: seu nome, dia, mês, ano, se sabe onde está, cidade em que mora, nome de alguém conhecido (por exemplo presidente do país),...Verifica-se também se a capacidade de memória recente está alterada: falar o nome de três objetos para o paciente e pedir que ele memorize, desviar o assunto e depois tornar a lhe perguntar quais as três palavras que se disse anteriormente (exemplo: caneta, livro, óculos).

- Conteúdo do Pensamento – observar se durante a entrevista ele é espontâneo, natural, claro, coerente, se o paciente apresenta alguma idéia fixa, ilusões, preocupações, alucinações. Se presentes alterações, deve ser melhor investigado.
- Estado Emocional – observar se o afeto é natural, se está irritável, ansioso, apático, eufórico, se o humor varia em extremos de alegria e tristeza, se o afeto é coerente com os pensamentos e palavras.
- Percepção – Envolve áreas específicas da função cortical elevada. Mais comum é Agnosia, que significa a incapacidade de interpretar ou reconhecer objetos através dos sentidos, ela pode ser auditiva, tátil ou visual. Para avaliar, pede-se ao paciente que identifique o objeto que você está lhe mostrando, pergunte a ele se sabe para que serve aquele objeto; paciente de olhos fechados colocar um objeto em sua mão e pedir que ele tente identificar este objeto, da mesma maneira, emitir um som e pedir que ele tente identificar de onde vem o mesmo.
- Habilidade Motora – o paciente deve ser capaz de realizar uma atividade para a qual ele tenha habilidade, como pegar uma toalha ou jogar um objeto. Ele deve tentar a atividade e fazer com sua força motora normal.
- Linguagem – paciente entende as perguntas feitas? Consegue ler uma frase e dizer o seu significado? Escreve o seu nome ou copia um desenho? Aqui é comum a Afasia (dificuldade ou incapacidade pa compreender as palavras, a linguagem escrita e/ou ainda, de se comunicar por estes meios) que pode ser receptiva, expressiva ou global.

#### Escala de Coma de Glasgow.

O nível de consciência/resposta deve ser regularmente avaliado, especialmente nos casos neurológicos mais graves, pois precede todas as outras alterações dos sinais vitais e neurológicos. Um modo prático de monitorizar o nível de consciência é a escala de coma de Glasgow, baseada em três aspectos do comportamento do paciente: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora a um comando verbal ou estímulo doloroso. Tais elementos são subdivididos em diferentes níveis de resposta, e as melhores respostas que o paciente exteriorizar a estímulos predeterminados são registrados de acordo com a seguinte tabela:

Abertura Ocular		Resposta Motora		Resposta verbal	
Espontânea	4	Obedece	6	Orientado	5
Ao chamado	3	Localiza a dor	5	Conversa confusa	4
Aos estímulos dolorosos	2	Afasta-se	4	Palavras inapropriadas	3
Não abre	1	Flexão anormal	3	Sons incompreensíveis	2
-		Extensão	2	Não emite sons	1
-		Nenhuma	1	-	

Cada resposta recebe um número, e a soma indica o grau de severidade do coma e a previsão do possível diagnóstico. O índice mais baixo é três (menos responsivo) e o mais elevado é quinze (máximo responsivo). Um índice de sete ou menor, geralmente, é considerado coma a exige intervenção de enfermagem.

Os sinais vitais, o tamanho e a reatividade das pupilas, bem como o movimento e força das extremidades proporcionam um amplo registro do estado neurológico do paciente em dado período de tempo.

Estes dados representam uma observação neurológica associada a escala de coma de Glasgow, que é recomendado para facilitar os cuidados e a comunicação entre os prestadores de cuidado ao paciente (geralmente é mais utilizada em Unidades de terapia Intensiva).

### **Exame dos Nervos Cranianos**

São em número de XII e emergem a partir da superfície inferior do encéfalo. São designados por números romanos de I a XII. São avaliados durante o exame completo de cabeça e pescoço.

- I- Olfatório  
Com os olhos fechados, o paciente deve tentar identificar odores familiares, sendo que as narinas devem ser testadas separadamente.
- II- Óptico (acuidade visual)  
Realização do teste de Snellen; abrangência do campo visual e exame oftalmoscópico. Solicitar ao paciente que acompanhe o trajeto de um objeto em movimento e tentar identificar se a pessoa deixa de segui-lo a partir de certo ponto. O paciente pode deixar de perceber alguns objetos que estejam próximos, ou mesmo queixar-se de dificuldade visual.
- III- Oculomotor (músculo elevador da pálpebra, constritor da pupila, ciliar, movimentos oculares).
- IV- Troclear (movimentos oculares).

Testam-se as rotações do globo ocular, os movimentos conjugados e a presença de nistagmo. Examinam-se ainda os reflexos pupilares e pesquisa-se a presença de ptose palpebral.

- V- Trigêmeo (sensação facial, reflexo palpebral, mastigação).  
Solicitar que o paciente mantenha-se de olhos fechados e a seguir, tocar vários pontos de sua face (fronte, queixo e lateral da face) com um objeto macio (algodão por exemplo), comparando a resposta em ambas as metades do rosto. Deve ser testada ainda a sensibilidade dolorosa, alternado o toque entre um objeto pontiagudo e outro obtuso, para que o paciente descreva a sensação (pontudo ou redondo). Caso o resultado seja insatisfatório testa-se ainda a sensibilidade térmica, alternando-se o contato de um objeto frio e outro morno.  
Para testar o reflexo palpebral, pede-se ao paciente que olhe para cima e em seguida, encosta-se um fiapo de algodão na superfície temporal de cada córnea; sendo a resposta esperada o piscar de olhos com lacrimejamento.  
Quanto ao teste da capacidade de mastigação, pede-se ao paciente que, de boca fechada, movimente a mandíbula de um lado para outro, enquanto palpamos seu masseter e sua musculatura temporal, pesquisando sua força e alterações do tônus.
- VI- Abducente (movimentos oculares).  
Testa-se juntamente com os pares III e IV.
- VII- Facial (movimento da musculatura facial, expressão facial, secreção salivar e lacrimal, paladar).  
Observa-se a simetria dos movimentos faciais enquanto o paciente realiza uma série de atividades como: sorrir, franzir as sobrancelhas, cerrar firmemente as pálpebras enquanto o examinador tenta abri-las, fazer um bico com os lábios, ...  
Pesquisar também a presença de paralisia flácida, quando não se visualizam as rugas de expressão facial.  
Pode-se testar ainda a sensação de paladar, pedindo que o paciente estenda a língua e tente discriminar entre o gosto doce e salgado de determinados alimentos.
- VIII- Vestibulococlear (audição e equilíbrio).  
Realizar o teste da voz cochichada ou o do tique-taque do relógio. Pode-se ainda proceder o teste de lateralização de Weber e Teste de condução óssea e aérea (com auxílio do diapasão).



- IX- Glossofaríngeo (paladar do terço posterior da língua).  
Avaliar a capacidade de discriminação entre o gosto doce e salgado no terço posterior da língua.
- X- Vago (contração da faringe/ reflexo de engasgamento, cordas vocais e palato mole, movimento intestinal e secreção das vísceras toraco-abdominais).  
Tocar a parte posterior da língua com um abaixador ou estimular a faringe posterior para desencadear o reflexo de engasgamento.  
Observar presença de rouquidão.  
Pedir para o paciente dizer “ah” e observar se há elevação simétrica da úvula e palato mole.
- XI- Espinhal acessório (movimento do esternocleidomastoídeo e trapézio).  
Palpar e observar a força e tônus do trapézio, bilateralmente, enquanto o paciente contrai seus ombros contra uma determinada resistência.  
Palpar e observar a força e tônus do esternocleidomastoídeo, bilateralmente, enquanto o paciente gira sua cabeça contra a resistência da mão do examinador.
- XII- Hipoglosso (movimento da língua).  
Observar desvios ou tremores da língua, enquanto o paciente a mantém protrusa. A força da língua é testada fazendo-se com que o paciente mova sua língua em diversas direções, contra um abaixador de língua.

### *Sistema Motor*

Avaliação do tamanho, tônus, força muscular, coordenação e equilíbrio.  
Atentar para atrofia, movimentos involuntários, tipo de marcha, tônus muscular (espasticidade, rigidez, flacidez), resistências e presença de edema.

### *Exame dos Reflexos*

Reflexos são contrações involuntárias de músculos ou grupo de músculos em resposta a um estiramento abrupto junto ao ponto de inserção do referido músculo. O teste dos reflexos permite avaliar os arcos reflexos involuntários presentes quando do sistema nervoso íntegro. Os mais comuns são: bicipital, do tríceps, braquioradial, patelar, de Aquiles, de contração abdominal, sinal de Babinski. Classificamos como presentes, ausentes ou diminuídos.



A Reflexo bicipital



B Reflexo do tríceps



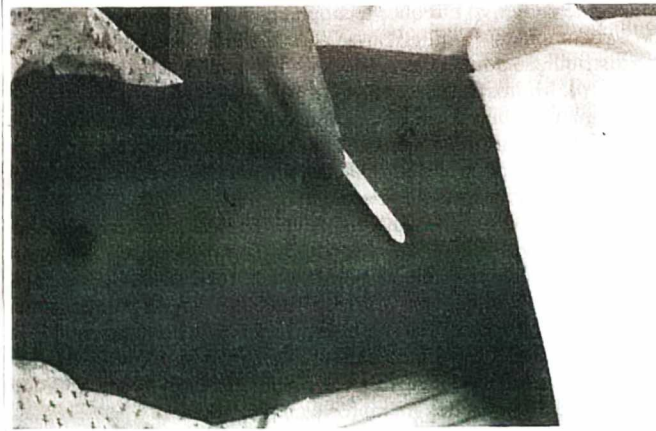
C Reflexo patelar



D Reflexo de Aquiles ou do tornozelo



Testando o sinal de Babinski



Testando os reflexos superficiais pela pressão da pele da parede abdominal.

**Fig.11 Técnicas para obtenção dos principais reflexos (Brunner e Suddarth, 1998,p.1447-1448).**



### *Exame Sensorial*

É subjetivo e requer cooperação do paciente. Inclui testes de:

- Sensação tátil
- Dolorosa e térmica
- Vibração e propriocepção
- Sensação de posição
- Integração de sensação.

Ao realizar o exame físico e mais especificamente o exame neurológico, é muito importante que o enfermeiro lembre-se de falar calmamente, com tom de voz suave, claro, e que seja objetivo, utilizando um comando de cada vez. Isto faz com que o paciente contribua com o exame neurológico, se sinta seguro e menos apreensivo caso não consiga cumprir a resposta motora desejada; sendo assim esta atividade torna-se menos frustrante para o paciente diante de tantas perdas resultantes de uma lesão neurológica.

É importante também, lembrar que os pacientes idosos tem um processo de envelhecimento fisiológico, com diminuição da acuidade visual, auditiva, da sensibilidade, do reflexo pupilar, do curso do pensamento, diminuição dos movimentos motores (resposta mais lenta) e que a depressão pode afetar a memória e a atenção, ou seja, as respostas neurológicas estão naturalmente desgastadas, o que não quer dizer necessariamente que uma lesão seja tão exacerbada quanto possa parecer.

### 4.3 FISIOPATOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Como já citado anteriormente, as doenças cerebrovasculares são anormalidades funcionais do sistema nervoso central (SNC), que ocorrem em virtude da deficiência ou interrupção do suprimento sanguíneo cerebral. A circulação cerebral pode comprometer-se como resultado de inúmeros fatores, tais como: oclusão parcial ou total de um vaso sanguíneo ou hemorragia por laceração da parede do vaso. “A doença vascular cerebral pode ser causada por arteriosclerose, alterações hipertensivas, malformações arteriovenosas, vasoespasmos, inflamação, arterite e embolia” (Smeltzer e Bare, 2000, p.1472). Se tivermos uma isquemia cerebral transitória, comumente o déficit neurológico não perdurará por muito tempo; já nos casos em que ocorre a oclusão de um grande vaso, certamente teremos um infarto cerebral. O vaso também pode romper-se e produzir hemorragia.

A presença de uma lesão cérebrovascular de caráter agudo é sugerido pelo início súbito de um ou mais sintomas neurológicos focais e perda de função. A evolução é que revelará se a natureza é de caráter transitório ou não.

A lesão tem instalação aguda, sua duração é variável, podendo ou não levar à morte, bem como incapacitar o indivíduo. As lesões do tipo embólica e hemorragia subaracnóidea, geralmente, tem esta instalação abrupta; já as hemorragias cerebrais e os infartos lacunares que se dão por oclusão de pequenos ramos penetrantes das artérias cerebrais, tendem a instalar-se ao longo de minutos ou poucas horas. Infartos por trombose de grandes artérias, sejam elas extra ou intracranianas, possuem instalação variável, e às vezes, sua evolução é em etapas, com agravamentos e oscilações ao longo das horas.

A gravidade inicial, depende fundamentalmente do tamanho do vaso afetado e da circulação colateral fornecida pelas áreas em volta da área afetada (nos casos de lesão isquêmica). Nos casos de hemorragia cerebral (HC), o local e o volume do sangramento no parênquima condicionam a apresentação e evolução do quadro. Uma característica das hemorragias subaracnóideas (HSA), é que o quadro clínico é dominado por cefaléia e perda da consciência. Muitos sinais focais locais podem somar-se, mas raramente, são dominantes após a rotura de um aneurisma cerebral.

Segundo Charles André (1999, p.4) “os infartos cerebrais constituem 70 a 80% dos casos de AVC. A maioria dos casos restantes se divide entre HC – cerca de 10 a 20% (maioria entre orientais e provavelmente entre nós, pelo pobre acesso a medicação hipotensora) e HSA – 5 a 10%. Mesmo em séries epidemiológicas recentes, o diagnóstico preciso de um pequeno percentual de casos permanece indeterminado, por carência de exames complementares ou estudos de necropsia.”

Conforme o mesmo autor, “os ataques isquêmicos transitórios (AIT) são déficits retinianos ou encefálicos (cerebrais, de tronco ou cerebelo), focais e temporários causados por doença vascular e que regredem inteiramente em até 24 horas. A grande maioria dos AIT tem duração bem menor, regredindo em menos de uma hora -  $\geq 85\%$ . A duração média dos AIT em território vetebrobasilar pode ser menor (8 minutos) que aquela afetando o território carotídeo (14 minutos). O início é súbito”. Vale lembrar que os sítios mais comuns de aterosclerose nas artérias extracranianas são na bifurcação da carótida comum e na origem das artérias vertebrais; já entre as artérias intracranianas, a cerebral média é o sítio mais comum de aterosclerose. Além da amaurose fugaz (cegueira temporária, ligada à comprometimento da carótida ou artéria oftálmica homolateral), outros sintomas comuns nos AIT são: a vertigem, diplopia, distúrbios de consciência, formigamento, fraqueza na mão ou perna e dificuldade para falar ou compreender a fala (relacionados com comprometimento do sistema vetebrobasilar).

### Conhecendo melhor as causas do AVC.

**Trombose Cerebral** – A principais causas de trombose cerebral (causa mais comum de AVC) são a arterioesclerose cerebral e a circulação cerebral lenta. Os sinais variam entre sonolência, alterações cognitivas e convulsões; alguns podem confundir-se com os de hemorragia cerebral e ou embolia cerebral. Em geral, há ocorrência de perda transitória da fala, hemiplegia ou hemiparestesia e início de uma paralisia grave por poucas horas ou dias.

**Embolia Cerebral** – Os sítios mais comuns de embolia são anormalidades patológicas do lado esquerdo do coração, infarto do miocárdio, infecções pulmonares, uso de próteses de valvas cardíacas. Outras causas possíveis ainda, são a insuficiência do marcapasso, fibrilação atrial e a cardioversão para fibrilação atrial. Há um início repentino de hemiparesia ou hemiplegia, com ou sem afasia ou perda da consciência.

**Isquemia Cerebral** – Deve-se principalmente à constrição ateromatosa das artérias que suprem o cérebro, sendo a manifestação mais comum o AIT.

Hemorragia Cerebral – Esta pode ocorrer :

- Externamente à dura-máter (hemorragia epidural), sendo uma emergência neurocirúrgica, ocorre comumente por fratura craniana com laceração da artéria média ou de artéria meníngea.
- Na área subjacente da dura-máter (hemorragia subdural), geralmente ligada à laceração de uma veia-ponte, também relacionada a traumatismo craniano.
- No espaço subaracnóide (hemorragia subaracnóide), pode ocorrer por trauma ou hipertensão, sendo muito comum devido a rotura de um aneurisma no círculo de Willis e malformações arteriovenosas congênicas do cérebro.
- Dentro da massa encefálica (hemorragia intracerebral), comum em pacientes com hipertensão e aterosclerose cerebral, associada à ruptura do vaso. Também pode se dar por malformações, hemangioblastomas, traumas, patologias arteriais, presença de tumores, uso de medicações e uso/abuso de drogas.

#### 4.4 FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doença vascular cerebral e, conseqüentemente AVC, são os seguintes:

- Hipertensão.
- Diabetes.
- Tabagismo.
- Etilismo.
- Dislipidemias (colesterol e triglicérides elevados no sangue).
- Obesidade.
- Doenças cardiovasculares, tais como doença coronariana, insuficiência cardíaca congestiva, hipertrofia ventricular esquerda, anormalidades rítmicas como a fibrilação atrial, cardiopatia chagásica e doença cardíaca reumática.
- Hematócrito elevado.
- Uso de contraceptivos orais, especialmente quando associado a hipertensão, fumo e altos níveis de estrogênio.
- Abuso de drogas, em especial o uso de cocaína.

#### 4.5 PRINCIPAIS SEQÜELAS

O acidente vascular cerebral, causa uma variedade de déficits neurológicos, dependendo da localização da lesão, do tamanho da área afetada e da quantidade de fluxo sanguíneo colateral. É de suma importância lembrar, que a função do cérebro lesado, não poderá ser completamente recuperada. Dentre as principais conseqüências deste evento destacam-se:

- a. Perda ou dificuldade motora, como por exemplo:
  - Hemiplegia : paralisia da face, braço e perna do lado afetado.
  - Hemiparesia: diminuição da força da face, braço e perna do lado afetado.
  - Perda do equilíbrio.
  - Dificuldades de coordenação motora.
  - Edema: “inchaço” do lado afetado.
  - Diminuição da vascularização: a pessoa fica com o lado afetado mais frio.
  - Sensação de peso.
  
- b. Distúrbio da linguagem, fala e deglutição, tais como:
  - Afasia: dificuldade de formar e expressar palavras compreensíveis e/ou incapacidade de compreender as palavras.
  - Disartria: dificuldade de formar palavras.
  - Disfagia: dificuldade de engolir os alimentos.
  
- c. Distúrbios perceptivos e de sensibilidade:
  - Hemiparestesia: diminuição da sensibilidade do lado afetado, formigamento e dormência do(s) membro(s).
  - Hemianopsia: perda ou diminuição do campo visual do lado afetado.
  - Agnosia: incapacidade de interpretar e reconhecer objetos vistos através de sentidos especiais, podendo ser tátil, auditiva e visual..
  - Distúrbios de sensação tátil, térmica e dolorosa, bem como das sensações de vibração, posição e integração.
  
- d. Comprometimento da função cognitiva e dos efeitos psicológicos
  - Labilidade emocional : choro sem causa.
  - Baixa auto-estima.
  - Desinteresse por atividades em grupo.
  - Vergonha frente a sua dependência e limitações.
  - Quadros depressivos.

- e. Disfunção vesical e fecal.
  - Dificuldade para manter controle voluntário das eliminações.
  
- f. Distúrbios sexuais.
  - Perda ou desinteresse sexual.
  
- g. Acometimento das funções e relações sociais.
  - Isolamento social.
  - Perda do papel e funções sociais anteriormente exercidas.
  - Conflitos familiares.
  - Abandono familiar.

Posteriormente, estes assuntos serão bordados sob o ponto de vista de intervenção da enfermagem no atendimento ao paciente com AVC e sua família, tendo em vista que este trabalho, objetivou como ponto forte o aprendizado sob a ótica da reabilitação destes pacientes.

#### 4.6 TRATAMENTO

O tratamento do indivíduo acometido por AVC, constitui-se de vários níveis e envolve equipe multidisciplinar, a seguir destacam-se algumas das principais metas de tratamento nos diferentes níveis:

##### Tratamento Hospitalar:

Sua principal função é de restabelecer e manter os padrões vitais desses indivíduos, através do atendimento e acompanhamento médico, de enfermagem, nutricional e garantia dos seus direitos sociais.

Nesta etapa, as principais metas são o tratamento medicamentoso, manutenção da vida e bem estar do paciente, bem como prevenção de deformidades e manutenção da integridade do indivíduo.

Deve a equipe ainda, promover a adaptação do indivíduo e família a esta nova situação física e emocional, preparando-os para a segunda etapa do processo que é a reabilitação do paciente e sua família.

### Tratamento em Centros de Reabilitação:

Nesta etapa, os objetivos concentram-se na busca da estimulação do potencial máximo do indivíduo, a fim de que ele possa retomar suas atividades, satisfazendo suas necessidades básicas enquanto ser humano e acima de tudo lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida dentro de suas possibilidades.

Mais adiante, veremos maiores detalhes o trabalho realizado por esta equipe.

### Tratamento e Acompanhamento nos Centros de Saúde:

Consiste no acompanhamento (atenção básica de saúde) ambulatorial e mesmo domiciliar, prestados pela equipe de saúde do bairro ou localidade onde se encontram estes indivíduos.

Consiste basicamente na garantia do acesso aos serviços de saúde e controle dos fatores de risco que levaram o paciente ao atual estado saúde-doença, com o intuito de prevenir eventuais danos e colaborando com a manutenção da saúde do indivíduo e sua família.

Uma vez assistido pela equipe de saúde do bairro, esta vem a reforçar os trabalhos realizados pela equipe de reabilitação e também proporciona ao indivíduo um maior contato com sua comunidade (ou seja, restabelecimento social).

## 4.7 PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Segundo Beland et al (1979), “a definição clássica de reabilitação implica em ajudar o paciente a atingir seu nível máximo de atividade [...] ou seja, o nível máximo de atividade é colocado em termos do que o paciente deseja ou do grau de independência que é capaz de atingir”. Neste sentido o processo de reabilitação, que é bastante lento, podendo durar meses ou até mesmo anos, requer participação, colaboração, aceitação, paciência e persistência de todos os envolvidos, quer seja paciente, família ou profissionais de saúde envolvidos neste.

A reabilitação implica na reaprendizagem de habilidades antigas, incluindo a redescoberta do próprio papel dentro da família, reformulação do autoconceito e auto-imagem, bem como reaprender a enfrentar os problemas cotidianos.

Normalmente as equipes que atuam na reabilitação destes pacientes são compostas por: enfermeiro, médico fisiatra, clínico geral, neurologista,

fisioterapeuta, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional.

Vejamos a seguir algumas das funções destes profissionais:

### Enfermeiro

Busca reintegrar o paciente ao seu ambiente familiar minimizando ou ensinando-lhe a conviver satisfatoriamente com suas limitações. Executa atividades como: consulta de enfermagem, cuidados e orientações de saúde (curativos, administração de medicamentos, sondagens, cuidados com relação à alimentação, realiza controle de pressão arterial, níveis de glicose sanguínea, entre outros), visitas domiciliares, palestras, seminários referentes à saúde pública.

### Fisioterapeuta

Presta assistência a pessoas amputadas, com distúrbios respiratórios e posturais, portadores de seqüelas neurológicas, traumato-ortopédicas e reumáticas. Objetiva melhorar e manter a amplitude dos movimentos, o tônus e o trofismo muscular, proporcionando a independência do paciente e visando aproximá-lo ao máximo possível do normal.

### Terapeuta Ocupacional

Este profissional, busca promover, desenvolver e melhorar a coordenação dos movimentos dos membros superiores, bem como melhoria da força muscular, das habilidades motoras finas e elaborar adaptações para uso dos pacientes. O mesmo procura obter dados através de avaliações detalhadas, a fim de elaborar um programa terapêutico, adequado às particularidades de cada paciente; assim ele pode chegar ao objetivo de proporcionar uma maior independência física do paciente, na execução das atividades de vida diária, integrando o indivíduo à sociedade.

### Psicólogo

Tem por objetivo promover a conscientização do indivíduo em relação ao seu diagnóstico, respeitando suas limitações. A família tem um papel, importante na recuperação da pessoa portadora de deficiência, por isso os familiares são orientados quanto ao manejo adequado na solução dos problemas de comportamento apresentados pelo paciente. Também auxilia na preparação psicológica para a alta do serviço de reabilitação.



## Fonoaudiólogo

Busca preservar, melhorar e ou reabilitar a capacidade de comunicação dos pacientes. Trabalha também com a melhoria das capacidades de sucção, mastigação, deglutição e respiração, que são condições básicas e necessárias para uma boa comunicação. O fonoaudiólogo tem como meta principal, dar condições a todos de explorar ao máximo suas habilidades a nível de comunicação. Para tal fim busca utilizar-se de todos os recursos possíveis para que o paciente possa fazer uso de sua forma oral de comunicação, e quando não for possível, do seu potencial a nível de escrita ou através de gestos.

## Assistente Social

Esta profissional busca, através de uma avaliação sócio-econômica do paciente, auxiliá-lo no atendimento e satisfação de recursos concretos (que compreendem auxílio no transporte, hospedagem, alimentação, acesso a medicamentos,...), prestação de atendimento individualizado (através de entrevista, visitas domiciliares, institucionais e encaminhamentos), elaboração de seminários, grupos de apoio e capacitação, bem como levantando e articulando recursos da comunidade que possam assistir a pessoa portadora de deficiência, segundo suas necessidades.

## Profissional de Educação Física

Busca melhorar as capacidades motoras e de coordenação dos pacientes, bem como realizar atividades grupais que possam auxiliar na reinserção social do indivíduo na comunidade. Permite ainda que, o paciente possa melhor explorar as atividades que envolvem mecânica corporal, corrigindo pequenas dificuldades relacionadas às seqüelas.

## Médico

Busca promover e manter a saúde do indivíduo como um todo, independente da área de atuação ou especialidade. Avalia o estado físico e emocional dos pacientes, prescrevendo tratamentos, medicações e encaminhando os mesmos para a realização de exames complementares e diagnósticos que venham a contribuir com a manutenção da saúde desses indivíduos. Este profissional também atua em vários níveis de atenção.

O objetivo final de um programa de reabilitação só poderá ser atingido se forem determinados e cumpridos objetivos a curto prazo. Além do programa planejado pela equipe de reabilitação, é preciso contar com a motivação do paciente e da família.

Nesta etapa de reabilitação, a participação do enfermeiro enquanto membro da equipe de saúde é fundamental, tendo em vista as ações de saúde preventivas, o acompanhamento ambulatorial, apoio emocional ao paciente e sua família. A enfermeira atua basicamente prestando orientações gerais sobre saúde, monitoramento das atividades orientadas, auxílio na reabilitação intestinal e vesical, orientações sobre prevenção de deformidades e surgimento de feridas por pressão, treino e execução das atividades de vida diárias, entre outros.

Contudo vale destacar o forte papel exercido pela enfermeira quanto ao estímulo a participação da família, que deve:

- Participar das atividades orientadas para o paciente.
- Observar o tratamento realizado pelos profissionais dos diversos setores.
- Aprender a realizar os exercício ou atividades, sob a supervisão e orientação desses profissionais.
- Dar continuidade do tratamento no domicílio.
- Prestar manutenção domiciliar das terapias orientadas e aprendidas, após a alta do paciente.
- Participar das entidades que representam os portadores de deficiência física.
- Promover ambiente familiar favorável ao restabelecimento do indivíduo.
- Evitar a exclusão social do indivíduo.

Durante este trabalho, serão abordadas várias atividades do enfermeiro, sob o ponto de vista da atuação junto aos pacientes em reabilitação após AVC, de maneira prática, podendo ser implementadas no cotidiano de cada profissional.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1 CONTEXTUALIZANDO OS CAMPOS DE ESTÁGIO**

Como dito anteriormente, o projeto teve como campos de atuação a Associação Santa Catarina de Reabilitação (ASCR) – Setores de Enfermagem e de Neurologia Adulto, e o Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (H.U.) – Unidade de Clínica Médica Masculina II (CMM II).

A escolha dos locais, deu-se em função de buscar aprofundar meus conhecimentos na área de reabilitação (ASCR) e a CMM II do HU, porque lá encontra-se um grande número de pacientes acometidos por AVC, que necessitam de um atendimento especializado. O estágio foi realizado no período compreendido entre 27 de março a 02 de junho de 2001, com uma carga total de trezentas e vinte horas; sendo que as horas que excederam a carga curricular, foram necessárias para a melhor integração com as equipes, pacientes, famílias, enfim, para melhor efetivação deste trabalho.

#### *ASSOCIAÇÃO SANTA CATARINA DE REABILITAÇÃO*

A Associação Santa Catarina de Reabilitação (ASCR), foi fundada em 28/10/1961, em Assembléia Geral, presidida pela Sr<sup>a</sup> Edith Gama Ramos (primeira dama do Estado naquela ocasião), no Palácio da Agrônômica. Foi criada como entidade filantrópica, com a finalidade de instituir e coordenar amplamente os serviços de assistência médica, pedagógica e social de crianças e adultos portadores de deficiência física, visando a reabilitação dos mesmos.

Atualmente, como unidade integrante do Sistema da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, procura manter o objetivo firmado na sua fundação. Para o atendimento do setor neurológico adulto, conta com uma equipe multiprofissional composta por: duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem, dois médicos fisiatras, um neurologista, um urologista, um médico acupunturista, quatro fisioterapeutas, duas

técnicas em fisioterapia, três auxiliares de fisioterapia, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional, um profissional de educação física responsável pela área de psicomotricidade, três assistentes sociais e uma pedagoga<sup>1</sup>.

O atendimento ao público, ocorre de segunda à sexta-feira no horário compreendido entre 07:00 e 19:00 horas. As consultas são agendadas pelo SAME, o qual recebe os pacientes advindos de todo Estado (vinculados ao Sistema Único de Saúde e alguns convênios particulares). Em geral a primeira avaliação é feita pelo médico, o qual define o tratamento ou encaminhamento, posteriormente é atendido pela enfermeira e serviço social, equipe de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia,... Salienta-se ainda que, todas as informações sobre o paciente são compartilhadas entre os profissionais, através dos dados registrados em impressos aplicados pelos mesmos, os quais compõe o prontuário do paciente. É feita uma reavaliação a cada dez sessões por cumprimento de norma legal e para acompanhamento da evolução do tratamento.

A ASCR, através de sua equipe multidisciplinar, desenvolve um trabalho dinâmico, obedecendo a um programa de atendimento integrado.

Segundo o Manual da ASCR – Serviços Prestados à Comunidade<sup>2</sup>, a “reabilitação é um processo de tratamento projetado para atender a pessoas portadoras de deficiência física. Este manual refere ainda, que o indivíduo deve ser respeitado dentro de suas limitações e que deve-se buscar a restituição máxima de suas potencialidades, levando em conta a realidade que o cerca, procurando desta forma desenvolver os aspectos: físico-psico-social e profissional. É a partir destes pressupostos, que se desenvolve e se fundamenta toda a atividade da equipe da reabilitação. Deve-se ter um compromisso com a prevenção na medida em que procura-se atender o paciente em sua totalidade, orientando, apoiando e facilitando sua posterior integração na sociedade”.

O atendimento na ASCR contempla a área de fisioterapia com patologias diversas, sejam elas com perda funcional definitiva ou temporária, principalmente em:

- Má-formação congênita: artrogripose, mielomeningocele, distrofia muscular;
- Patologias neurológicas: paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, traumatismo crânio-encefálico, paralisia facial, paraplegia e quadriplegia, seqüela de poliomielite, lesão do plexo braquial, parkinsonismo, acidente vascular cerebral;
- Patologias e dores dos sistemas ósteo-músculo ligamentar: artrose, artrite, seqüela de entorse, luxação, fratura, amputação;
- Patologias respiratórias: mucoviscidose, asma, bronquite;

---

<sup>1</sup> Embora alguns funcionários exerçam determinadas funções, os mesmos não constam adequadamente dentro do quadro de pessoal, como efetivos naquela função.

<sup>2</sup> Este manual está sendo reformulado, porém a essência da filosofia e os pressupostos continuam os mesmos.

- Distúrbios posturais: escoliose, cifose, lordose;
- Distúrbios hematológicos como hemofilia,
- Distúrbios cardiovasculares: pós-operatório cardíaco, pós-infarto, hipertensão arterial sistêmica;
- Ainda: hanseníase e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Além das consultas e atividades realizadas pela equipe, são desenvolvidos seminários de integração, atividades de socialização e educativas com pacientes e famílias. Também há um intercâmbio entre a ASCR e outras instituições tais como a Associação Beneficente de Reabilitação do Estado de Santa Catarina (ABRESC) e a Associação Florianopolitana de Deficientes Físicos (AFLODEF).

A ABRESC, realiza um trabalho paralelo à ASCR e tem, por objetivo, atender às pessoas carentes de recursos que necessitam de reabilitação, bem como auxiliá-los no exercício pleno da cidadania. A ABRESC, mantém-se com a contribuição dos sócios, de promoções sociais, doações recebidas e aluguéis de cadeiras de rodas, muletas e bengalas; promove ainda, campanha de doações de cadeira de rodas, bengalas, muletas e brinquedos pedagógicos para o atendimento das pessoas portadoras de deficiência física que freqüentam a ASCR,

A AFLODEF, que funciona nas instalações da ASCR, é uma entidade formada por portadores de deficiência física e que atua para a integração destes portadores na sociedade. Para isso, busca desenvolver trabalhos pelo acesso à educação, saúde, colocação no mercado de trabalho, adaptação do transporte coletivo e da estrutura física da cidade, à fim de eliminar as barreiras arquitetônicas, bem como, propicia atividades sociais e desportivas entre os associados. Todas estas atividades têm proporcionado aos portadores de deficiência física, levar uma vida saudável dentro de suas capacidades e limitações, além de estimular o desenvolvimento do potencial dos mesmos.

Todos estes dados foram coletados durante o período de estágio, baseados na documentação da entidade, nas informações fornecidas pelo setor de recursos humanos e nos prospectos informativos cedidos pela associação (anexos 1, 2 e 3).

### *HOSPITAL UNIVERSITÁRIO*

Criado em maio de 1980, é mantido pelo Governo Federal, tem como objetivo prestar atendimento a toda comunidade universitária e população advinda de todo Estado, nas diferentes etapas do processo saúde-doença (cuidados preventivos, curativos e de reabilitação). A finalidade primordial do H.U. é a assistência integral de saúde à comunidade com relevância para o ensino e a pesquisa, mas com funções que derivam do sistema assistencial. Sua estrutura organizacional compõe-se de várias diretorias, departamentos e unidades, os quais desenvolvem diferentes papéis, porém

formando um sistema único, voltado para os mesmos interesses e filosofia da instituição.

A Unidade de Clínica Médica Masculina II, onde se desenvolveu este projeto, atende a pacientes com intercorrências neurológicas (especialmente AVC), cardíacas, endócrinas, hematológicas, entre outros. Conta com equipe multidisciplinar composta por oito enfermeiros, dez técnicos em enfermagem, nove auxiliares de enfermagem, quatro auxiliares de saúde, um escriturário e corpo médico-clínico-especializado. Tem apoio ainda dos serviços de psicologia, nutrição, fisioterapia (profissional eventualmente cedida pela UTI), farmácia, e demais setores técnicos e administrativos. A unidade possui vinte e nove (29) leitos, sendo que em média seis (6) são reservados ao atendimento de pacientes neurológicos, cuja maioria das internações se dão em decorrência de AVC. Ao final deste trabalho, podemos encontrar nos anexos 4,5,6 e 7, organogramas sobre a estrutura das diretorias, setores, serviços e do número de leitos dos hospital, proporcionando assim, um melhor reconhecimento da instituição como um todo, especialmente sobre os setores envolvidos neste estágio.

Faz-se importante ressaltar, que a partir do mês de julho do presente ano, a unidade passará por modificações no que tange ao tipo de clientela atendida, em virtude de uma reformulação na distribuição das especialidades nas clínicas. A CMM II passará a atender pacientes masculinos e femininos nas áreas de neurologia e cardiologia (mantendo a assistência aos pacientes masculinos em clínica médica em geral, hematologia e endocrinologia). Tal fato deve ser considerado, pois, fica evidente a importância do cuidado de enfermagem ser direcionado a este tipo de clientela, ou seja, a necessidade de uma equipe engajada nos cuidados curativos, preventivos e de reabilitação dos pacientes neurológicos e suas famílias, para os quais este trabalho espera ter contribuído de alguma forma, seja na implementação de novos cuidados, seja no fomento a reflexão sobre a necessidade e importância da efetivação destes cuidados para o aprimoramento e qualidade dos serviços de enfermagem prestados.

## 5.2 PÚBLICO ALVO

A população alvo deste trabalho compreendeu pacientes adultos com intercorrências clínicas de AVC e suas famílias, em regime hospitalar, ambulatorial e domiciliar, internados no HU ou em tratamento na ASCR, durante o período de 27/03/2001 a 02/06/2001.

Foram atendidos mais de vinte pacientes a nível ambulatorial (ASCR). No hospital, mais de dez pacientes foram atendidos e no domicílio dois, sendo que com mais de uma visita cada. A assistência prestada foi dada de forma integral e com qualidade a todos os pacientes,



independentemente do local onde se deu esta assistência. Aplicou-se o processo de enfermagem proposto por Horta e complementado com o autocuidado proposto por Orem, a todos os pacientes atendidos.

## 5.1 METODOLOGIA DE AÇÃO

Partindo do pressuposto que para trabalhar com pacientes neurológicos em reabilitação, havia uma necessidade premente de instrumentalizar-me, haja vista que durante o curso de graduação esses conteúdos não foram suficientemente aprofundados, senti uma necessidade de buscar esses conhecimentos em serviço especializado. Para tanto, organizei a proposta em três etapas, que descrevo melhor a seguir:

### CONTEXTUALIZANDO

Realizei um período de observação com quarenta e cinco horas de duração (estágio compreendido entre o período de 19/02/01 a 07/03/01), sobre a dinâmica dos trabalhos desenvolvidos em ambas as instituições, com ênfase maior nos serviços prestados pela ASCR. Neste primeiro momento, fiz um estágio de reconhecimento simples sobre os campos, conhecendo as equipes, a infra-estrutura dos serviços e principalmente sobre as atividades que vinham sendo realizadas pelos diversos profissionais.

Esta etapa foi muito importante para que pudesse direcionar o planejamento de meu projeto, bem como começar a conquistar meu espaço junto às equipes e colher desde já, subsídios para a efetivação da prática assistencial.

### INSTRUMENTALIZANDO E DESENVOLVENDO

Neste segundo momento, atuei junto à Associação Santa Catarina de Reabilitação, com o intuito de conhecer a dinâmica dos trabalhos desenvolvidos pelos diversos setores no atendimento aos pacientes acometidos por AVC, adquirindo e desenvolvendo conhecimentos através de acompanhamento da enfermeira, observação, questionamentos com

demais profissionais, leituras e realização de consulta de enfermagem ao paciente com AVC.

A assistência de enfermagem propriamente dita, foi realizada no consultório de enfermagem da instituição, nas salas de espera e em outros setores de atendimento destes pacientes, tais como: sala de ginástica motora e consultórios de outros profissionais. Foi aplicado o processo de enfermagem proposto neste trabalho, uma vez que considerei estar de acordo com o modelo já desenvolvido pela equipe de saúde da ASCR e com a filosofia de atendimento da instituição.

Acompanhei também, o tratamento realizado pelo paciente com os demais profissionais, a fim de vivenciar o processo de reabilitação do mesmo, dando assim, continuidade a assistência de enfermagem ao mesmo tempo em que desenvolvia conhecimentos e interagia com a equipe. Neste momento me possibilitaram fazer questionamentos, observar e discutir sobre diversos temas relacionados aos seus campos de atuação.

Após esta etapa de maior conhecimento e da visão do processo de reabilitação na prática e da aplicação do processo de enfermagem, conforme proposto, passei para o terceiro momento.

## APLICANDO, DESENVOLVENDO E INTEGRANDO

Continuei prestando atendimento aos pacientes na ASCR durante dois dias por semana, desenvolvendo a consulta de enfermagem.

Neste momento passei a prestar assistência de Enfermagem integral ao paciente internado na CMM II do HU. Mantive integração com a equipe de saúde do HU e realizei atividades de educação em serviço; procurei ainda nesta etapa, promover a integração entre os serviços HU-ASCR, a fim de beneficiar o paciente/família e equipes de saúde envolvidos no processo do cuidar.

Realizei visitas domiciliares a pacientes anteriormente internados no HU e em acompanhamento na ASCR, prestando atendimento ao paciente e sua família, com ênfase para o autocuidado, segundo o proposto por Orem.

Foi implementado o processo de enfermagem proposto, efetivando-se a assistência de enfermagem durante a internação na unidade e domicílio, através da implementação de cuidados de enfermagem, atividades educativas e apoio psicológico ao paciente e sua família, de forma integral e de maneira a estimular e conduzir o paciente a manter-se no processo de reabilitação, tanto em domicílio, como na ASCR.

Procurei também motivar a equipe de saúde (profissionais e alunos) a participarem das atividades educativas propostas, com vistas a garantir a qualidade da assistência prestada, adquirir novos conhecimentos,

compartilhar experiências e despertar interesses relativos a esta área tão pouco explorada.

#### 5.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem consiste em uma metodologia de trabalho desenvolvida pela enfermagem, para favorecer a eficiência de suas ações.

Para Horta (1979, p.35) o processo de enfermagem “é a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas, visando a assistência ao ser humano” e caracteriza-se pelo interrelacionamento e dinamismo de seus seis passos, como propõe a teorista:

##### *Histórico de enfermagem*

Roteiro sistematizado para o levantamento de dados sobre o ser humano, significativos para o enfermeiro, que tornam possível a identificação de seus problemas. Deve ser claro e conciso, contendo os dados de identificação, percepções e expectativas, atendimento das necessidades humanas básicas, exame físico, impressões do entrevistador e exames de interesse para a enfermagem.

##### *Diagnóstico de enfermagem*

Levantamento dos problemas de enfermagem que levam a uma identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente em relação à enfermagem para seu atendimento.

##### *Plano assistencial*

Determinação global da assistência que o ser humano deve receber. Deve ser constantemente avaliada para excluir ou incluir medidas de acordo com as necessidades e evolução do paciente.

##### *Prescrição de enfermagem*

É a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário, devendo ser avaliado sempre, favorecendo a obtenção de novos dados necessários para que ocorra a próxima fase.

### *Evolução de enfermagem*

Relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no indivíduo sob assistência profissional, bem como serve de avaliação da resposta do ser humano frente à assistência prestada.

### *Prognóstico de enfermagem*

Estimativa da capacidade do indivíduo em atender suas necessidades básicas alteradas após a implementação do plano assistencial e pelos dados fornecidos pela enfermagem. É excelente fonte de informação para o serviço de reabilitação no sentido de fornecer subsídios para dar continuidade ao tratamento do paciente com AVC.

O Processo de Enfermagem aplicado neste trabalho de acordo com o modelo adotado pelo HU, no qual baseia-se na Teoria das Necessidades Humanas Básicas propostas por Horta, consistiu de apenas quatro etapas, conforme a orientação do próprio HU: Histórico de saúde; Diagnóstico de enfermagem (problemas de enfermagem); Prescrição; Evolução. Os impressos que compõem o prontuário estão a seguir relacionados e destinam-se as seguintes finalidades:

#### 1) Histórico de Saúde

Os dados são obtidos através de: entrevistas (com o paciente, familiares, amigos ); através do exame físico e da observação ( do paciente e do ambiente).

O enfermeiro ou estudante de enfermagem ao preencher o “histórico de saúde, deve observar as seguintes orientações:

- registrar informações sobre a situação do paciente e levantar os problemas que afetam suas necessidades;
- utilizar o “ Roteiro para Histórico de Enfermagem” ( Anexo 9) que orienta e sistematiza a coleta de dados adequando-a uma teoria de enfermagem;
- orientar-se pelos “ Padrões de Enfermagem” relacionado ao Método de Assistência;
- consultar o “ Roteiro de Observações” (de acordo com a preconização da instituição) que se constitui em documentos no qual os problemas relacionados as Necessidades Humanas Básicas estão amplamente apresentados.

## 2) Lista de Problemas

Os problemas de enfermagem apresentados pelo paciente não constam na lista, são sublinhados no histórico e identificados na “lista de problemas” com o número um.

## 3) Evolução

A evolução representa a avaliação diária das condições do paciente e sua resposta as prescrições e/ou cuidados de enfermagem ministrados. É organizada sob a forma de SOAP ( dados Subjetivos, Objetivos, Análise, Planos). Os dados da evolução são obtidos pelo enfermeiro através da visita diária ao paciente; da observação direta; da entrevista com familiares; de informações obtidas de outras profissionais; do prontuário; da passagem de plantão e/ou das informações contidas nas “Observações Complementares de Enfermagem”.

**S** - *Dados subjetivos* são as informações e observações do paciente (família, amigos ou responsáveis) sobre ele mesmo, ou seja: o que o paciente sente, observa e/ou acredita ser.

**O** - *Dados objetivos* são observações ou dados mensuráveis, obtidos por elementos da equipe de saúde e/ou enfermagem, tais como observações clínicas (sinais, sintomas) resultado de exames que requerem ações de enfermagem, resultados da execução de cuidados tratamentos, orientações, etc.

**A** - *A análise* explica e interpreta o significado dos dados objetivos e subjetivos. Aqui o profissional registra a sua opinião sobre como definir o problema num grau de maior precisão. Avalia ao mesmo tempo a evolução da conduta adotada e a identificação de novos problemas. Devem estar incluídas as razões para manter, mudar ou abandonar uma conduta.

**P** - *O plano* representa a decisão para tomar uma conduta específica baseada em novos dados e na análise.

## 4) Prescrição

Neste impresso são prescritos diariamente cuidados de enfermagem pelo enfermeiro. A prescrição representa a operacionalização, obedecendo-se a uma escala de prioridades e relaciona-se sempre com os problemas identificados no Histórico ou na Evolução.

A enfermagem elabora a sua prescrição partindo diretamente dos problemas levantados no Histórico e na Evolução, sendo que neste trabalho se observará sempre o objetivo de estimular o autocuidado através da independência para a realização de atividades de vida diária e o objetivo de estímulo ao processo reabilitação.

A nível de ASCR, foi realizada a consulta de enfermagem, de acordo com a filosofia da instituição e o tipo de atendimento prestado ao cliente, que é interdisciplinar, onde todos participam do processo de tratamento do paciente e compartilham informações.

Foram utilizadas as mesmas etapas do processo, com ressalva quanto a prescrição que não era diária, mas sim por consulta, bem como as anotações relativas a evolução se deram de uma consulta para a outra. Foi dada ênfase ao processo educativo do paciente/família e necessidade de visita domiciliar. Encontra-se no anexo 8 o Roteiro para Histórico de Enfermagem.

## 5.5 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

Neste estudo, propus as seguintes estratégias para a implementação de meus objetivos:

OBJETIVOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
Conhecer as atividades desenvolvidas pela equipe interdisciplinar da Associação Santa Catarina de Reabilitação no tratamento dos pacientes acometidos por AVC e aplicar os conhecimentos adquiridos na prática assistencial	<p>Acompanhar o trabalho dos diversos profissionais da ASCR (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga e assistente social) durante o atendimento aos pacientes acometidos com AVC, observando os principais problemas e ações empregados no tratamento do paciente, segundo as especialidades.</p> <p>Observar técnicas, estratégias e materiais utilizados pelos diversos profissionais, que possam ser utilizados em nível hospitalar para beneficiar o paciente, desde que discutido e aprovado pela equipe de neurologia.</p>	<p>O objetivo será alcançado se a acadêmica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseguir interagir com a equipe e coletar o maior número de informações e técnicas que possam servir de subsídios para implementar a assistência ao paciente internado no HU, na própria ASCR e domicílio.</li> <li>- Realizar ao final do estágio 3 consultas de enfermagem, aplicando a metodologia de assistência adequada.</li> </ul>



	<p>Observar a dinâmica da consulta de enfermagem, a metodologia utilizada e os principais problemas de enfermagem no atendimento a estes pacientes.</p> <p>Acompanhar a equipe de saúde na realização de uma visita domiciliar, coletando dados para elaboração de um instrumento de registro e implementação da assistência de enfermagem na visita domiciliária.</p> <p>Observar e participar da consulta médica para familiarizar-se com o exame neurológico e identificar principais seqüelas dos pacientes acometidos por AVC atendidos por este profissional.</p>	<p>- Realizar 3 consultas de enfermagem no domicílio empregando corretamente a metodologia.</p> <p>Realizar adequadamente o exame neurológico detectando os problemas, em pelo menos 3 pacientes internados no H.U.</p>
<p>Prestar assistência de enfermagem integral aos pacientes com AVC internados no HU, ASCR e domicílio.</p>	<p>Realizar cuidados de enfermagem integrais aos pacientes com AVC, a nível hospitalar e domiciliar.</p> <p>Implementar conhecimentos adquiridos na ASCR a nível hospitalar.</p> <p>Prestar orientações ao paciente/família sobre os cuidados frente a esta situação de saúde-doença.</p> <p>Realizar visita domiciliar a fim de apoiar paciente/família, bem como supervisionar as atividades orientadas e desenvolvidas.</p> <p>Realizar grupos com pacientes/famílias abordando temas emergentes (oportunos)</p>	<p>O objetivo será alcançado se a acadêmica conseguir desenvolver pelo menos:</p> <p>- Assistência de enfermagem integral a 3 pacientes do HU.</p> <p>- Assistência de enfermagem integral a 3 pacientes da ASCR.</p> <p>- Assistência de enfermagem integral a 3 pacientes no domicílio.</p> <p>- Realizar no mínimo duas atividades de grupo com pacientes/famílias.</p>

<p>Servir de elo terapêutico entre o paciente internado na UCMM II/HU e o serviço da ASCR, agregando equipes de saúde de ambas instituições, no sentido de reabilitar o paciente com AVC.</p>	<p>Acompanhar pacientes que receberam assistência inicial no HU, dirigindo-os ao serviço de reabilitação, após encaminhamento do médico responsável, quando indicado.</p> <p>Conscientizar paciente/família sobre a importância da precoce reabilitação, através das atividades educativas a serem desenvolvidas.</p>	<p>Será validado se a acadêmica conseguir acompanhar pelo menos dois pacientes do serviço hospitalar ao serviço de reabilitação.</p>
<p>Desenvolver atividades de educação em serviço</p>	<p>Realizar oficina com funcionários da UCMM II sobre atendimento ao paciente com AVC.</p> <p>Introduzir novos cuidados aprendidos na ASCR no H.U.</p>	<p>O objetivo será considerado atingido se as atividades propostas forem desenvolvidas e os convidados participarem com interesse, implementando os cuidados orientados.</p>

## 5.6 CRONOGRAMA GERAL DE ATIVIDADES

### MARÇO

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Início das aulas	●																														
Interfaces	●			●																											
Elaboração do projeto				●	●	●	●	●																							
Entrega do projeto à banca									●																						
Entrevista com a banca										●											●										
Apresentação dos projetos																						●									
Início dos estágios																															
Prática Assistencial ASCR																															
Encontros com Orientadora	▲										▲	▲										▲									
Outros (curso)																															

### ABRIL

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Prática Assistencial	●		●	●	●	●					●	●																			
Apresentar projeto – HU	▲																														
Apresentar projeto - ASCR				▲																											
Encontros c/ Orientadora					▲							▲							▲												
Outros (curso)	●																														

MAIO

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Prática Assistencial																																	
Aula da turma																																	
Encontros com orientadora																																	
Outros (curso)																																	

JUNHO

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Fim dos estágios																																	
Elaboração do relatório																																	
Entrega do relatório banca																																	
Entrevista com a banca																																	
Apresentação dos relatórios																																	
Reuniões com orientadora																																	

JULHO

ATIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Apresentação dos relatórios																																	
Entrega do relatório final																																	
Fim das aulas																																	

## **6. DESCREVENDO OS RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DOS OBJETIVOS PROPOSTOS**

### **Apresentando o Projeto às Equipes**

Iniciei minhas atividades propriamente ditas no dia 26 de março, na ASCR, ficando inicialmente restrita ao setor de enfermagem por problemas burocráticos. Até aquele momento não tinha tido a oportunidade de apresentar meu projeto, sendo que o mesmo só pode ser apresentado no dia 04 de abril. Durante este período, procurei coletar dados sobre a instituição, realizei consultas de enfermagem aos pacientes acometidos por AVC, orientações pertinentes às consultas, e também prestei cuidados a pacientes com outros diagnósticos, que apresentavam necessidade de curativos (úlceras diabéticas, cotos amputados, úlceras de pressão), verificação de pressão arterial, hemoglicoteste,... Inclusive acompanhamento de paciente à consulta com neurologista, observando o atendimento feito por este profissional (anamnese, exame físico, encaminhamentos e orientações).

Finalmente chegou o dia da apresentação oficial de meu projeto. A maioria dos funcionários já tinha o conhecimento sobre os objetivos do meu trabalho, devido a interação que tivemos anteriormente. Estava muito tranqüila, pois me sentia acolhida pela equipe, que sempre demonstrou-se muito receptiva. A apresentação deu-se no período da tarde, por volta das 12:30 horas, no Centro de Estudos da instituição, estando presentes minha orientadora e minha supervisora de campo, uma fisioterapeuta e também supervisora técnica, assistentes sociais, fonoaudióloga, técnicos e assistentes em fisioterapia, o professor de educação física, responsável pelo setor de psicomotricidade, a terapeuta ocupacional e funcionários do setor de recursos humanos, perfazendo um total de aproximadamente 11 pessoas.

Procurei ser clara, objetiva e sucinta ao apresentar meu projeto. A seguir, coloquei-me a disposição para questionamentos e sugestões dos presentes. Surgiram algumas dúvidas sobre o que viria a ser assistência integral ao paciente, como eu iria dinamizar a questão do atendimento em duas instituições (tempo da semana despendido a cada uma) e sobre o acompanhamento da equipe nas visitas domiciliares.

Expliquei então aos diversos profissionais, que assistência integral estava relacionada com o referencial teórico e a forma de atendimento ao

cliente, sob a ótica de uma visão holística, integral. Com relação ao atendimento em duas instituições, devido ao fato de que iria passar por um período somente em atendimento na ASCR (Instrumentalizando e Desenvolvendo), posteriormente (Instrumentalizando, Desenvolvendo e Integrando) iria atender os pacientes no HU por três dias, sendo os outros dois dias da semana destinados ao atendimento dos pacientes da ASCR. Quanto às visitas domiciliares, aguardaria a oportunidade de desenvolver pelo menos uma, juntamente com a equipe da ASCR, se houvesse oportunidade, podendo conhecer de perto, a realização de uma visita sob a ótica e dinâmica da equipe de reabilitação.

Ao final, agradei a presença de todos e posteriormente permanecemos eu, minha orientadora, a supervisora técnica da Associação e a responsável pelos recursos humanos, afim de resolver algumas questões burocráticas relacionadas ao estágio.

Considereei a aceitação da equipe muito boa e me senti feliz ao saber que todos tinham grandes expectativas e demonstravam-se dispostos em colaborar. Foi muito bom sentir essa acolhida, após ter tido tantas dificuldades em conquistar este campo de estágio. Segundo informações, são exigências da Central de Estágios e Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde (CEDRHUS), responsável pela coordenação a aprovação de estágios nas diversas entidades estaduais, o qual estabelece regras e prazos a serem cumpridos fielmente, sem flexibilização. Contudo, não me deixei abater e garanti esse espaço em um campo de atuação muito rico para nós enfermeiros (ou quase), que manifestem interesse pela área.

No HU apresentei meu projeto no dia 02 de abril, na sala de aula da CMM II. Esta apresentação, deu-se bem antes de começar efetivamente meu trabalho nesta unidade (que só começou no dia 16 de abril). Nesta reunião estavam presentes além de minha supervisora e seis funcionários. Os demais não puderam permanecer por trabalharem em outros locais, logo após aquele turno. Muitos me conheciam e também a minha orientadora, devido a estágio realizado anteriormente, durante a V Unidade Curricular. Da mesma forma, procurei ser breve, expondo o trabalho com clareza e objetividade; logo após, coloquei-me a disposição para questionamentos e sugestões.

Alguns dos questionamentos foram relacionados sobre a Instituição ASCR, sobre sua localização e tipo de trabalho realizado. A mesma era desconhecida por algumas pessoas. Também houve algumas colocações sobre o período de atuação (tempo de estágio), expressadas pelos funcionários, como: “pena que o tempo de estágio seja pequeno, o trabalho parece ser bem interessante”. Todos colocaram-se a disposição para contribuir com o estágio e foram muito receptivos com relação a proposta e a minha pessoa.

Elucidei algumas dúvidas acerca da ASCR e sobre os trabalhos desenvolvidos pela mesma, sendo que muitos dos presentes ficaram surpresos com as inúmeras atividades desenvolvidas no atendimento à comunidade. Com relação ao tempo de estágio concordei e expliquei, que isto ocorre por ter que dividir o período entre escrever o projeto, aplicá-lo e relatá-



lo em um período de apenas um semestre letivo. Agradei a participação e atenção de todos e busquei retomar meus objetivos junto à equipe, ao longo de meu estágio.

Durante o estágio na CMM II tive a oportunidade ainda, de apresentar os objetivos do trabalho à equipe de neurologia do HU, com a qual passaria a trabalhar diretamente, acompanhando a visita médica, discutindo cuidados relacionados aos pacientes com AVC e ainda avaliando a possibilidade de implementar novas atividades aprendidas na ASCR. Esta apresentação se deu na sala de aula da clínica médica, situada no terceiro andar (ao lado da clínica médica feminina. Neste local ocorre semanalmente as reuniões da equipe, para a leitura e discussão de artigos sobre neurologia, em geral, após a realização das visitas a todas as unidades que possuem pacientes sob cuidados da equipe de neurologia. Apresentei meu projeto à equipe. Da mesma maneira, fui bem recebida por todos, sendo questionada novamente sobre os trabalhos desenvolvidos pela equipe da ASCR. Conversamos um pouco sobre este assunto e percebemos alguns objetivos em comum entre as instituições no que tange ao entendimento por processo de reabilitação. Um ponto destacado, foi a comparação entre os serviços prestados pela ASCR em contrapartida à clínicas particulares que propõe ações terapêuticas a pacientes neurológicos. Alguns membros da equipe colocaram que alguns manejos são diferentes em estabelecimentos particulares em comparação ao serviço público estadual e que, alguns pacientes costumam reclamar da qualidade do serviço público, dizendo que no mesmo não recebem a atenção que deveriam (ou gostariam). Contudo, por já ter realizado um período de atendimento na Associação, não concordei com tal colocação, na medida em que conhecia um pouco do atendimento (da a equipe) e também por haver questionado muitas vezes os usuários, quanto ao que achavam sobre o atendimento naquela instituição. Nunca obtive respostas de insatisfação. Explicitiei minhas vivências com a equipe da ASCR no atendimento aos pacientes, informei que a equipe tenta garantir uma boa qualidade no atendimento prestado. Nesta ocasião, tais afirmativas fizeram aumentar a credibilidade com relação ao serviço de reabilitação e demonstraram meu envolvimento com os campos e também comprometimento ético, tanto com as instituições quanto com os pacientes.

Entreguei uma cópia de meu projeto à equipe de neurologia e coloquei-me a disposição para quaisquer esclarecimentos e sugestões. Solicitei que oportunizassem acompanhar a realização das atividades tais como: o exame neurológico, consulta médica e outras oportunidades que possibilitassem o meu crescimento.

Terminamos a reunião do dia em um clima com boas expectativas.

A seguir, descrevo os objetivos propostos e as atividades realizadas para o alcance destes.

## 6.1 OBJETIVO Nº 1

*Conhecer as atividades desenvolvidas pela equipe interdisciplinar da Associação Santa Catarina de Reabilitação no tratamento dos pacientes acometidos por AVC e aplicar os conhecimentos adquiridos na prática assistencial.*

## 6.2 OBJETIVO Nº 2

*Prestar assistência de enfermagem integral aos pacientes com AVC internados no HU, ASCR e domicílio.*

Para cumprir estes objetivos, busquei acompanhar o trabalho dos diversos profissionais da ASCR (médico fisiatra, médico neurologista, fisioterapeuta, técnicos e auxiliares de fisioterapia, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, assistente social, professor de educação física responsável pela psicomotricidade, e funcionários do serviço de arquivo médico e estatístico - SAME) durante o atendimento por eles realizado aos pacientes acometidos com AVC, observando os principais problemas e ações empregados no tratamento do paciente (anexos 17,18,19,20,21,22,23,24,25 e 26).

A seguir descrevo várias atividades que realizei, aprofundando e adquirindo novos conhecimentos, junto aos diversos profissionais:

Enfermeira.

- Acompanhamento da realização das consultas de enfermagem a pacientes com patologias diversas.
- Questionamentos frente às condutas de enfermagem no atendimento a estes pacientes.
- Observação da avaliação neurológica e cuidados orientados aos pacientes de acordo com as suas necessidades.

- Conhecimento sobre a estrutura e funcionamento da instituição.
- Realização de consultas de enfermagem aos pacientes com AVC.
- Orientações de saúde aos pacientes com AVC (relativas a cuidados preventivos, curativos e de reabilitação – explicação sobre a patologia, sobre as complicações, fatores de risco, orientações sobre alimentação adequada, sobre necessidade de acompanhamento ambulatorial de hipertensão, diabetes,..., orientações sobre sexualidade, realização de procedimentos de enfermagem como curativos, hemoglicoteste, verificação de pressão arterial, cuidados com administração de medicamentos, orientações sobre exercícios, postura correta, entre outros).
- Treino e orientação para execução das atividades de vida diárias.
- Discussões sobre os casos clínicos de diversos pacientes.
- Reflexões sobre a importância da participação da família no tratamento do paciente com AVC.
- Prestação de apoio emocional ao paciente e sua família.

#### Equipe de Fisioterapia

- Princípios básicos do tratamento do paciente com AVC.
- Demonstração das etapas do processo de reabilitação do paciente com AVC (aprender a rolar, engatinhar, sentar, recuperar o equilíbrio, melhorar a distribuição do peso corporal, aprender a ficar em pé e finalmente andar com auxílio de apoios –andador, bengala,...-, melhora gradual da mobilidade, força e coordenação corporal).
- Execução de exercícios passivos e ativos para os diversos segmentos corporais.
- Treinamento da marcha e deambulação.
- Discussão do papel da família no processo e acompanhamento das orientações prestadas a mesma.
- Prestação de apoio psicológico durante a realização dos exercícios e estimulação do paciente para a realização das atividades.
- Conhecimento dos diversos materiais utilizados no tratamento dos pacientes e suas finalidades (sacos de areia, estimuladores elétricos, ...)
- Treino e orientação para execução das atividades de vida diárias.

#### Terapeuta Ocupacional

- Conhecimento dos diversos materiais e de suas finalidades, utilizados no tratamento dos pacientes com AVC.
- Aprendizado de atividades que melhoram a força, coordenação e habilidade dos membros superiores.

- Conhecimento de atividades que proporcionam estimulação e treinamento da memória, atenção, criatividade, independência e socialização do paciente.
- Treino e orientação para execução das atividades de vida diárias.
- Treino da escrita.
- Treino da mão não dominante no caso de incapacidade de recuperar o uso da mão dominante.

### Fonoaudióloga

- Execução de exercícios que proporcionam melhora da musculatura facial, comunicação e alimentação, como: digitalização de laringe, assistência durante o ato da alimentação, técnicas de sorrir, estalar língua, fazer bochecha, encher as bochechas de ar junto e separadamente, atirar beijo, mover sobrelanceiras, franzir testa, emitir sons vocais, mover a língua em várias direções, ...
- Atividades que trabalham a comunicação e raciocínio, especialmente nos casos de afasia: reconhecer objetos e suas funções, nomear estes objetos, colocar pequenas histórias em seqüência, identificar partes do corpo, identificar partes da casa, utensílios domésticos e de uso pessoal, colocar algarismos em ordem numérica crescente, formar seu próprio nome,...
- Treino do uso correto da voz e respiração.

### Profissional de Educação Física

- Treino de marcha e deambulação com obstáculos.
- Subir e descer rampas, degraus,...
- Andar sobre meio fio.
- Melhora do equilíbrio e coordenação motora ampla.
- Realização de atividades em grupo e pequenos jogos.
- Melhora de resistência e força muscular.
- Realização de atividades em piscina, junto com equipe de fisioterapia.

### Assistente Social

- Avaliação das condições sociais do indivíduo e família.
- Favorecimento do acesso aos serviços de saúde, transporte, alimentação e medicamentos.
- Resgate da cidadania do portador de deficiência física.
- Apoio psicológico ao paciente e sua família e promoção de seus direitos.

Após realizar todas as consultas de enfermagem aos pacientes agendados, dirigia-me aos diversos setores e buscava acompanhar os outros profissionais com os pacientes. Assim, enquanto observava os exercícios, técnicas e manejos por parte de cada profissional, podia correlacioná-los com o tipo de dificuldade ou limitação apresentado pelo paciente em função da lesão neurológica que possuía. Dessa maneira, pude construir uma espécie de tabela que relacionava a dificuldade apresentada pelo paciente e a conduta do profissional frente à mesma. A construção desta tabela foi de fundamental importância, pois propiciou registrar todas as informações colhidas de maneira prática e usual, podendo a mesma ser aplicada posteriormente no cuidado hospitalar e até mesmo na orientação das atividades domiciliares aos pacientes e suas famílias.

Ao observar estas técnicas, estratégias e materiais utilizados pelos diversos profissionais, surgiam algumas dúvidas e sempre que possível, procurava, distante do paciente a fim de evitar constrangimentos, questionar o profissional a cerca dos exercícios, suas indicações, contra-indicações, cuidados e, em que momento, os pacientes estariam aptos a tentar desenvolver tais atividades. Isto pode elucidar-me sobre que atividades que poderiam ser capazes de serem implementadas a nível hospitalar, tendo em vista a situação do paciente, o contexto hospitalar e a disponibilização de recursos materiais e humanos.

Algumas destas estratégias e orientações foram aproveitadas a nível hospitalar, sendo que antes, as mesmas foram discutidas com a equipe de enfermagem e também de neurologia para que, somente depois que todos estivessem de pleno acordo com a efetivação de determinados cuidados e da linguagem, estas orientações eram dadas aos pacientes e seus familiares.

Pude perceber que nem todas as atividades aprendidas na ASCR poderiam ser efetivadas a nível hospitalar, devido a vários fatores tais como:

**Condição dos pacientes** – pois muitos encontravam-se acamados e totalmente dependentes, especialmente no início da internação hospitalar, o que dificultava a realização de muitas dessas atividades.

**Falta de recursos humanos** – enquanto assistia integralmente a um paciente, nas suas necessidades básicas, mais cuidados relacionados à reabilitação, muitos outros pacientes permaneciam recebendo apenas os cuidados de rotina; ou seja, deixavam de receber algumas orientações e cuidados que poderiam contribuir para uma melhora mais rápida e efetiva do seu estado geral.

Sempre que possível, busquei orientar de maneira geral a todos os pacientes e familiares que encontravam-se sob os cuidados de enfermagem e da equipe de neurologia e, ainda, explicava aos funcionários sobre que orientações e cuidados poderiam ser implementados a estes pacientes, salientando os benefícios para o mesmo.

Dessa forma, contribuía com a efetivação de vários objetivos, ao mesmo tempo, dentre eles, a educação em serviço. Esta deveria ser realizada diariamente, fazendo com que todos percebessem os benefícios de um cuidado com qualidade.

Confesso que senti um pouco de resistência por parte da equipe de enfermagem na efetivação destes cuidados, não só por quebrar a rotina destes, mas por acreditarem que este seria um trabalho a mais, a ser realizado. O maior problema é que a equipe não contava mais do que com duas enfermeiras e cinco técnicos em média, para atender a todos os pacientes no período da manhã. Outra resistência era quanto a participação da família durante os cuidados prestados a estes pacientes, a qual muitas vezes permanecia excluída das atividades ou orientações.

Porém através deste contato diário, lento e gradual, fui conquistando meu espaço e fazendo com que a equipe percebesse a importância de realizar atividades que potencializassem a independência para o autocuidado desses pacientes. Recordo-me de um fato muito pitoresco sobre o primeiro paciente que assisti, o qual era idoso e obeso (além de ser muito alto). Havia sido acometido por AVC e também passava por uma crise de gota, quadro que dificultava sua movimentação e até mesmo sua participação na mobilização passiva. Este senhor, já estava desenvolvendo úlceras de pressão nas extremidades inferiores, mais exatamente no calcâneo e joanetes em ambos os pés. Era lúcido e comunicativo, embora apresentasse uma breve disartria. Passei a cuidá-lo e orientar sua família para que apenas o auxiliasse na execução de atividades como: alimentação e higiene oral. Como a maioria das pessoas que cuidam deste tipo de paciente, a esposa costumava fazer tudo por ele. Insistentemente, passei a acompanhar a realização destas atividades observando-a; depois de reforçar muitas vezes sobre o benefício para o paciente e para ela própria, sobre a importância dele conseguir realizar estas atividades sozinho ou com pouco auxílio, este paciente começou a apresentar uma discreta melhora. Orientei então a realização de alguns exercícios de movimentação passiva para os membros inferiores e alguns de movimentação ativa para os membros superiores, solicitando que os fizessem pelo menos de quatro a cinco vezes no dia. Resolvi retirá-lo da cama, auxiliando-o no banho de aspersão. Esta atitude de início foi muito criticada, pois tive que contar com o apoio da força física de vários funcionários<sup>3</sup>, o que causou um certo desconforto na equipe; mas vencida esta barreira, solicitei ainda que o paciente permanecesse por um certo período sentado em poltrona, para só então retornar ao leito, novamente com ajuda de toda a equipe. Achei que havia queimado meu filme e, realmente fiquei como alvo de muitos olhares naquele dia... Contudo no outro, qual não foi minha surpresa, encontrei o paciente muito mais dinâmico, alegre e ativo. A soma de todas aquelas atividades, lhe proporcionou uma melhora no estado geral, bem como do ânimo para fazer por si mesmo tarefas que ele julgava ser capaz de

---

<sup>3</sup> Existem muito poucos funcionários do sexo masculino atuando na equipe de enfermagem desta enfermaria.

retomar, e realmente aconteceu. Alguns dias depois recebeu alta e foi encaminhado pela equipe médica e por mim ao serviço de reabilitação (anexo 20). O paciente conseguiu com esforços seus e dos familiares, bem como da equipe de saúde, obter resultados muito gratificantes, pois encontra-se hoje, deambulando apenas com auxílio de andador.

Quando a equipe percebeu a evolução do paciente e viu a importância e necessidade da continuidade deste trabalho, até mesmo para diminuir o tempo de internação destes pacientes na unidade, neste momento, eu conquistei a credibilidade do trabalho junto à equipe, embora acredite que ainda, muito tenha de ser trabalhado, para a real incorporação destes cuidados por parte da equipe como rotina no atendimento a esta clientela.

**Falta de recursos materiais** – da mesma maneira como faltam recursos humanos, também estão escassos os recursos materiais, os quais precisariam ser adquiridos mesmo para a realização de atividades fundamentais tais como a prevenção de deformidades (travesseiros, colchões, apoios), ou que facilitassem a realização das atividades na clínica como cadeiras de rodas, mobiliário adequado (camas, mesas, poltronas), chuveiro, pia e sanitários adaptados, entre outros. No caso da contratação de outros profissionais para comporem a equipe haveria a necessidade da aquisição de materiais específicos para o trabalho destes profissionais.

Após o período de aprendizagem na ASCR, senti a necessidade de possuir alguns materiais, para trabalhar atividades que envolviam a comunicação, o raciocínio, a associação de idéias, figuras e palavras, bem como, outros que trabalhassem a coordenação motora ampla e a motricidade fina destes pacientes no HU. Desta forma busquei implementar os cuidados prestados e orientar atividades para que os pacientes pudessem realizar no domicílio, cumprindo os mesmos objetivos.

Foi muito importante explicar aos pacientes, que embora tais atividades parecessem inicialmente serem primárias, pelo fato destes materiais serem confeccionados para o público infantil, o objetivo era de que eles pudessem estar treinando e melhorando assim suas habilidades, de forma agradável. Estariam se beneficiando e até mesmo compartilhando diferentes experiências e dificuldades com os demais, na busca de sua independência para o autocuidado e melhoria na qualidade de vida. Estes materiais foram posteriormente doados para a CMM II e encontram-se disponíveis nesta unidade.

Além das atividades assistenciais propriamente ditas e lúdicas, os pacientes receberam orientações a cerca da sua situação saúde-doença, que foram orientadas tanto no hospital, como ambulatório e também nas visitas domiciliares.

Realizei ainda, um encontro com pacientes e familiares na sala de passagem de plantão da CMM II, no dia 20/04/01, às 16 horas (anexos 10 e 11). Este horário foi escolhido para conciliar com o horário de visita, onde houvesse a possibilidade de uma maior participação dos familiares, que por vários motivos não poderiam estar presentes em outros horários.



Assim, pude contar com a participação de vários pacientes, seus familiares e de funcionários também, pois no período da tarde, há maior oportunidade de participação dos mesmos. A reunião contou com dez pessoas no total (duas funcionárias da unidade e o restante eram pacientes e familiares). O tema abordado foi o AVC, suas principais causas e conseqüências, os cuidados a serem realizados e a importância da família no processo de reabilitação desses pacientes. Estavam todos muito ansiosos aguardando o momento do encontro <sup>4</sup>. Quando reunidos, apresentei-me e retomei o objetivo do convite. A seguir, propus que nos apresentássemos todos, dizendo nome, qual o local de origem, se era paciente ou estava acompanhando alguém e ainda, que contassem brevemente o motivo que os levava a estar ali naquele momento. Começamos então a colher as experiências e entendimentos que cada um tinha sobre o AVC. Procurei explicar todos os objetivos já citados anteriormente, de maneira bem simples e clara. Ao mesmo tempo, as funcionárias reforçavam sobre a importância dos cuidados com os pacientes, como por exemplo, o posicionamento correto para evitar as deformidades e a estimulação por parte da família, para que permitissem que os pacientes pudessem executar as tarefas que lhes possibilitasse uma maior independência. Assim, colocando as situações, explicando o porquê de cada atividade, valorizávamos a família e o esforço do paciente, bem como a necessidade de manter a persistência e paciência. Procurei elucidar as dúvidas, permitindo que houvesse uma troca de experiências entre todos, construímos então, naquele espaço, um pequeno debate, porém enriquecedor para todos. Permanecemos ali por cerca de quarenta e cinco minutos e teríamos ficado ainda mais se pudéssemos, mas achei conveniente encerrar a atividade, para que os pacientes não ficassem demasiadamente cansados e para que pudessem aproveitar mais intimamente a visita dos familiares. Coloquei-me a disposição de todos e referenciei o serviço de reabilitação para que todos pudessem ter conhecimento de sua existência e dos trabalhos lá desenvolvidos. Distribuí um pequeno resumo sobre o que havíamos conversado e também um folder sobre a ASCR. Todos agradeceram a oportunidade de terem aprendido um pouco mais sobre a situação que enfrentavam, e fizeram algumas colocações as quais destaco:

*“Sempre que tiver mais dessas reuniões eu gostaria de participar”.*

*Paciente J.*

*“Foi muito interessante, a gente pode tirar muitas dúvidas. Sabe é uma luta ter que passar por tudo isso, é muito difícil mesmo, ainda bem que a gente pode contar com vocês”.*

*Familiar do paciente J.F.A*

---

<sup>4</sup>Por várias vezes os pacientes me perguntavam se já estava na hora...

*“O meu marido já fez tratamento lá, é muito bom. Se ele sair dessa, com certeza ele vai voltar pra lá, o pessoal é bem bacana. Mas não sei não, dessa vez o derrame foi feio...”*

*Esposa do paciente M. (infelizmente ele faleceu alguns dias depois)*

*“Parece ser bem interessante esse tipo de trabalho, eu pretendo fazer fisioterapia, qualquer hora vou conhecer a associação”.*

*Funcionária da CMM II*

Tive ainda a oportunidade de participar de um trabalho de grupo realizado na ASCR em maio. Nesta oportunidade, participaram todos os funcionários do setor de neurologia adulto (fisioterapeuta, técnicos e auxiliares de fisioterapia, fonoaudióloga, pedagoga, terapeuta ocupacional e professor de educação física – 9 pessoas), o grupo de pacientes atendidos pela equipe naquele período e seus familiares. Inicialmente a fisioterapeuta falou um pouco sobre o tratamento e os objetivos daquele seminário. Posteriormente foi realizado um trabalho com gravuras, onde cada paciente e seu familiar, auxiliados pela equipe quando necessário, deveriam procurar nas revistas, figuras que simbolizassem algo para si e também que tivesse a ver com o que eles achavam do trabalho de reabilitação. Ao encontrar, deveriam recortar essas gravuras com tesoura ou rasgando com as mãos. Conforme as figuras foram sendo selecionadas, a equipe ia fixando-as no painel montado, logo abaixo do nome de cada um dos participantes. Foi um verdadeiro trabalho de equipe, onde todos participavam de alguma forma na construção do painel. Partiu-se então para a segunda etapa, onde cada paciente e familiar deveriam dizer o que representava cada gravura escolhida. Algumas das colocações foram as seguintes:

*“Escolhi a figura dessa jovem porque lembra quando eu era saudável e não dependia dos outros. Mas a gente tem que aceitar o que Deus nos dá. Escolhi também esta figura de uma festa, que lembra o trabalho de grupo, eu gosto muito desses trabalhos. Também escolhi esta figura da natureza que representa as coisas de Deus”.*

*Paciente S. (feminina).*

*“A gente escolheu essa pessoa recebendo tratamento que lembra o trabalho feito aqui, também essa figura da mão, que lembra o trabalho individual. Ele gosta mais de trabalho individual que em grupo. Mas eu prefiro que ele trabalhe em grupo, para que ele possa se relacionar com as pessoas”.*

*Paciente L. e sua esposa (ela justificou as escolhas, pois ele estava muito emocionado e não conseguia falar).*

*“Escolhi a figura de um prato de comida que lembra o trabalho de grupo que a gente fez preparando alimento. Também escolhi estas de pessoas*

*recebendo tratamento e um cara recebendo injeção, significando o tratamento que a gente recebe aqui. Gosto do trabalho de grupo e acho que tem que continuar. Ah, escolhi também essa figura representando o hospital onde moro agora”.*

*Paciente M.(masculino).*

*“Escolhi a figura da piscina, porque é o lugar que eu mais gosto”.*

*Paciente M.(masculino).*

*“Escolhi figura de um índio e de um grupo de pessoas, que representa o trabalho de grupo. Também escolhi essa figura de água que lembra o tratamento na piscina que o M. tanto gosta. Essa onde tem pessoas em cadeiras de rodas, onde os pacientes estão ajudando uns ao outros. Esse barco também representa trabalho de grupo porque todos precisam remar juntos para vencer”.*

*Sr<sup>a</sup> A acompanhante do paciente M. acima.*

Esta experiência foi ótima, pois demonstrou o valor do trabalho em equipe na ressocialização desses pacientes, na valorização de seus papéis na família e a importância do envolvimento da família no processo de reabilitação. A experiência também demonstra o impacto que tal acometimento causa da vida dessas pessoas e a maneira que as mesmas enfrentam essa situação de acordo com sua cultura e experiências sobre ter limitações físicas.

Todas as atividades aprendidas na ASCR, foram amplamente utilizadas, sendo que as que não puderam ser implementadas no hospital tiveram seu valor, na medida em que instrumentalizaram e permitiram que eu pudesse supervisionar e avaliar a execução por parte dos pacientes sobre estas atividades orientadas. Isto facilita sobremaneira a comunicação e o trabalho em equipe; especialmente quando se realizam visitas domiciliares a estes pacientes é possível perceber no ambiente em que vivem, as facilidades e dificuldades para a realização de determinadas atividades, bem como o acesso desses usuários aos serviços de saúde.

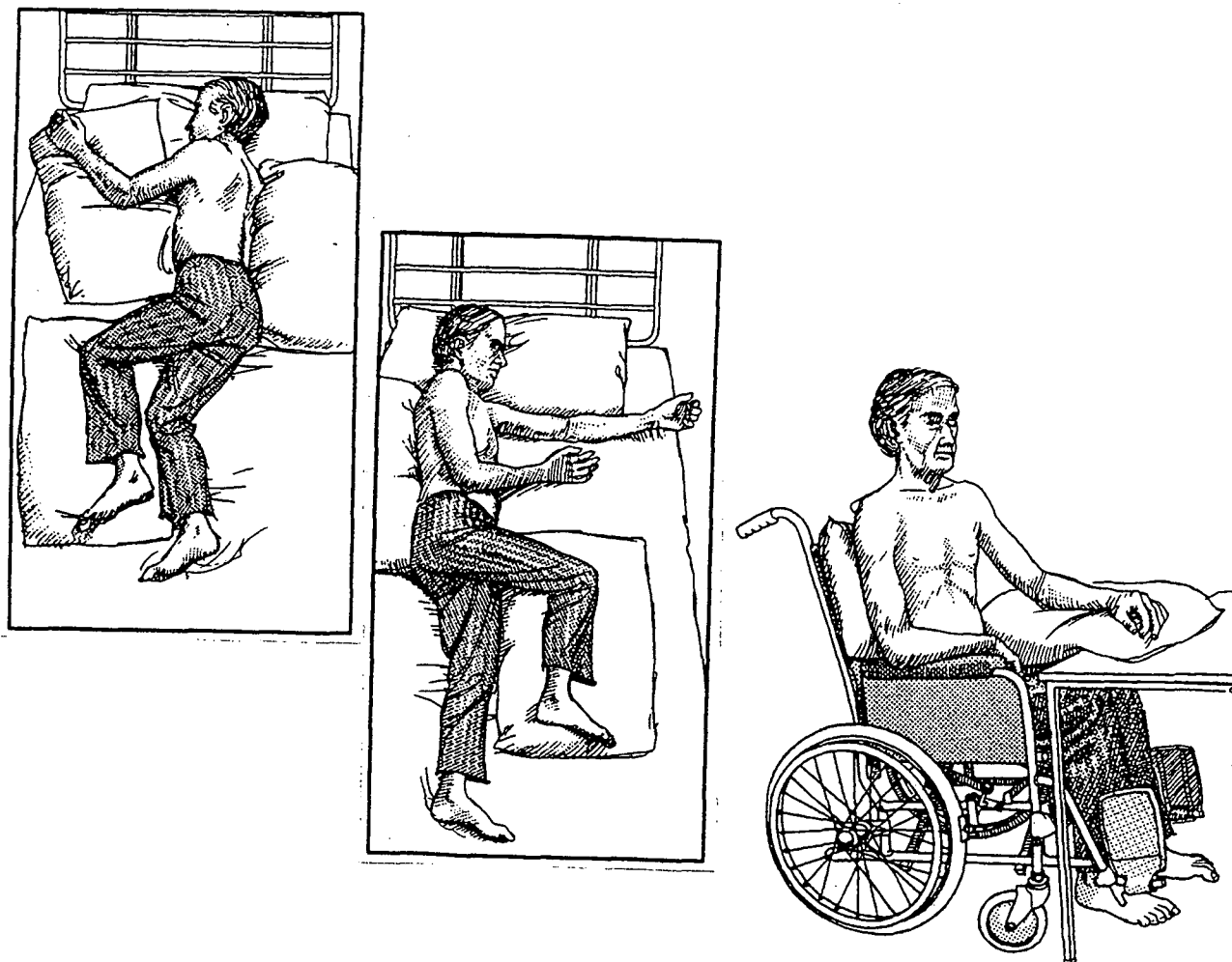
Ainda sobre as atividades que devem ser realizadas no contexto hospitalar, destaco algumas que são fundamentais, embora pareçam exigir dos profissionais o despendimento de um certo tempo para realizá-las e orientá-las, na verdade são bem simples. Tais atividades, que serão relatadas a seguir, devem ser efetivamente realizadas pela equipe de enfermagem, envolvendo sempre a participação do paciente e sua família, para que ambos sejam instrumentalizados e possam desenvolver em casa tais atividades, sem medo e de forma contínua. Devem compreender sua real necessidade e benefícios advindos de tais atividades (caracteriza educação para a saúde). Vejamos melhor os objetivos da assistência de enfermagem no atendimento hospitalar a esses pacientes:

OBJETIVO: Prevenir deformidades.

Para alcançar este objetivo o enfermeiro deve procurar:

- Manter o paciente com posicionamento adequado (anatômico), pois esta atitude mantém o alinhamento corporal funcional, evita contraturas e alivia as áreas de pressão nas proeminências ósseas.
- Estimular mudança de decúbito, sendo que no posicionamento de decúbito lateral deve-se utilizar um travesseiro entre as pernas e outro apoiando o braço. Lembrar também que no lado afetado o tempo de permanência deve ser menor, devido à diminuição da circulação e da sensibilidade. Isto evita, além das deformidades, a formação de úlceras de pressão e também o risco do desenvolvimento de pneumonia hipostática.

Vejamos algumas ilustrações:



**Fig. 12 Técnicas de posicionamento adequadas para os pacientes com AVC.**

**OBJETIVO:** Melhorar a mobilidade e estimular o autocuidado.

Algumas estratégias para alcançar este objetivo consistem em:

- Treinar e auxiliar o paciente nas transferências.
- Orientar paciente como proceder para se transferir da cama para cadeira, para o banho,...
- Esclarecer família para deixar o paciente se ajudar e também evitar esforço excessivo do cuidador.
- Estimular execução de atividades de vida diária.(escovar dentes, tomar banho, alimentar-se, pentear os cabelos, vestir-se, etc), atentando para eventuais adaptações necessárias.
- Estimular a realização e execução de exercícios passivos, assistidos e ativos. Estas atividades proporcionam uma recuperação do controle motor, mantém a mobilidade, evitam contraturas, melhoram a circulação, diminuem o edema nos membros afetados, além de prevenir trombose e embolia pulmonar. Também possibilita a formação de novas vias de comunicação no SNC e estimula novos padrões de comportamento. O ideal é que estes exercícios sejam realizados de 4 a 5 vezes ao dia, sempre por períodos curtos e regulares.

Vejamos alguns exemplos:



**Fig. 13 Treino de transferências.**

Diferentes maneiras de ajudar o paciente a levantar-se ou mudar de posição.



ABRAÇAR FORTE E DIZER AO PACIENTE  
O QUE IRÁ FAZER



SEGURÁ-LO PRÓXIMO DO CORPO



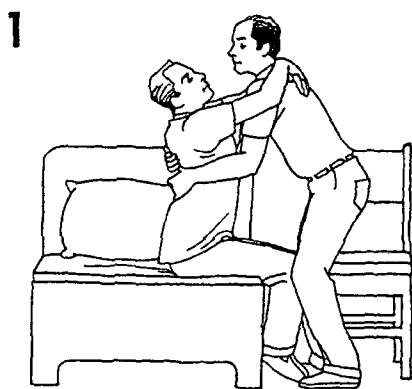
SEGURAR NO LADO QUE ESTÁ BEM.  
PEDIR AJUDA AO PACIENTE



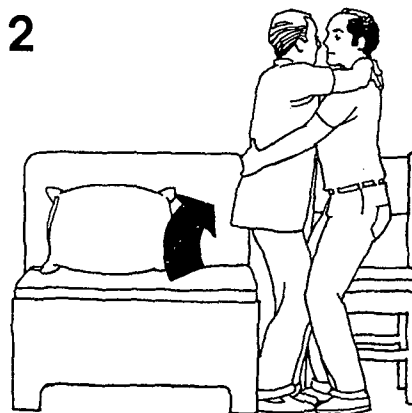
USAR BRAÇOS E PERNAS E EVITAR FORÇAR AS  
COSTAS

**Fig. 13 Treino de transferências (continuação).**

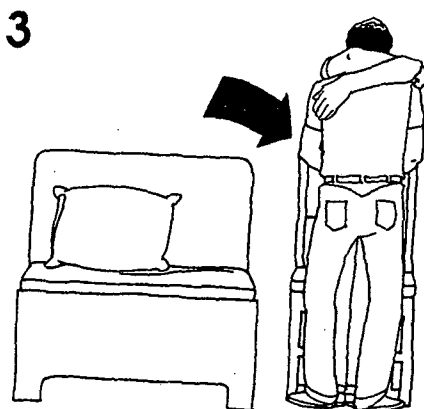
Mudança da cama para a cadeira,  
com ajuda do paciente.



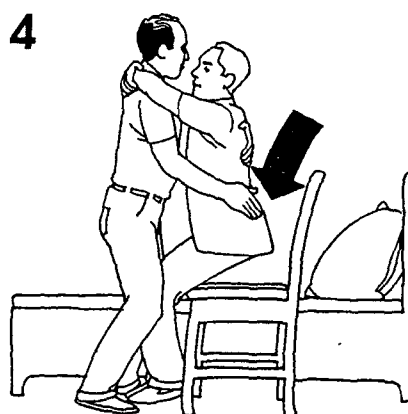
SENTAR O DOENTE NA BEIRADA DA  
CAMA. PEDIR A SUA COLABORAÇÃO.



ABRAÇADOS, LEVANTÁ-LO DEVAGAR.



GIRAR O CORPO JUNTOS.

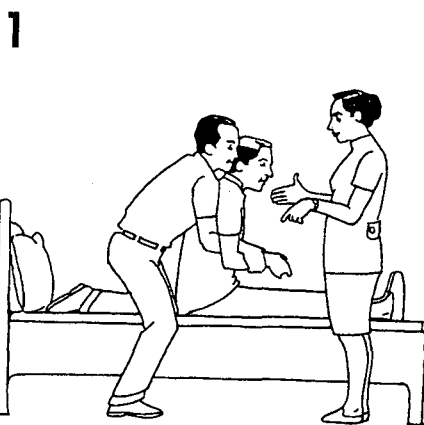


SENTAR DEVAGAR.  
DOBRAR AS PERNAS.  
NÃO FORÇAR AS COSTAS.

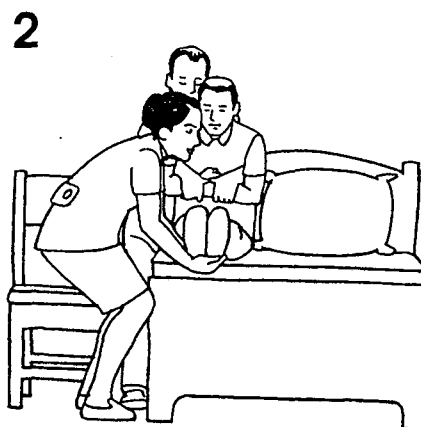
**Fig. 13 Treino de transferências (continuação).**



Mudar o paciente da cama para a cadeira,  
com ajuda de outra pessoa.



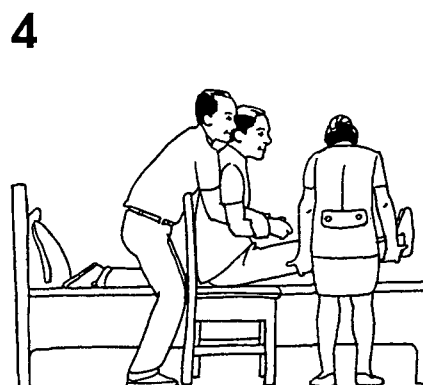
SEGURÁ-LO PERTO DO CORPO.



LEVANTAR O DOENTE JUNTOS.



DEVAGAR, FAZENDO MOVIMENTOS JUNTOS.



DOBRAR AS PERNAS.  
NÃO FORÇAR AS COSTAS.

**Fig. 13 Treino de transferências (continuação).**



Flexão do cotovelo. Dobre o cotovelo, trazendo o antebraço e a mão em direção ao ombro. Então, retorne o antebraço e a mão para uma posição neutra (braço reto).



Extensão do pulso.



Flexão do pulso. Dobre o pulso de modo que a palma fique dirigida para o antebraço. Alinhe para uma posição neutra



Desviação ulnar. Movimento a mão para os lados de modo que o lado da mão no qual está localizado o dedo mínimo se mova em direção ao antebraço.



Desviação radial. Movimento a mão para os lados de modo que o lado da mão no qual está localizado o dedo polegar se mova em direção ao antebraço.



Oposição do polegar. Movimento o polegar para fora e para dentro para tocar o dedo mínimo.



Extensão dos dedos.



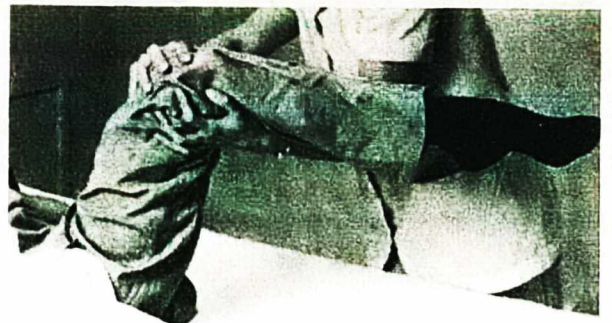
Abdução e adução do quadril. Movimento a perna para fora, afastando-a o máximo possível. Retorne a perna da posição de abdução para uma posição neutra, ultrapassando a outra perna o máximo possível.

**Fig.14 Exemplos de exercícios de movimentação passiva e ativa.**

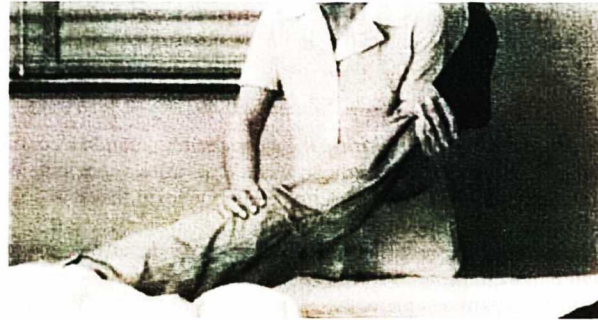




Flexão do quadril e flexão do joelho. Dobre o quadril movimentando a perna adiante o máximo possível. Retorne a perna da posição flexida para uma posição neutra.



Rotação interna do quadril. Vire a perna num movimento para dentro de forma que os dedos apontem para dentro. Vire a perna num movimento para fora de forma que os dedos apontem para fora.



Para alongar os músculos posteriores da coxa, estique a perna, elevando-a a seguir.



Hiperextensão do quadril. Coloque o paciente em posição de pronação e mova a perna para trás do corpo o máximo possível.



Dorsiflexão do pé. Movimento o pé para cima e em direção à perna. Então, movimento o pé para baixo em direção contrária à perna (flexão plantar).



Inversão e eversão do pé. Movimento o pé de modo que a sola fique voltada para fora (eversão). Então, movimento o pé de modo que a sola fique voltada para dentro (inversão).



Flexão dos dedos. Dobre os dedos em direção à planta do pé.



Extensão dos dedos. Estique os dedos e empurre-os em direção à perna o máximo possível.

**Fig.14 Exemplos de exercícios de movimentação passiva e ativa (continuação).**

OBJETIVO: Orientar a família. sobre o tratamento.

As principais orientações para a família consistem em:

- Participar das atividades ajudando nos exercícios.
- Evitar fazer pelo doente.
- Conscientizar sobre a necessidade de paciência e persistência na execução das atividades.
- Incentivar a promoção de ambiente favorável (seguro, tranquilo,...) e manutenção do papel social do indivíduo (família, trabalho,...).

Outras estratégias que foram utilizadas para o alcance destes objetivos incluíram: a observação da dinâmica da consulta de enfermagem, a metodologia utilizada e os principais problemas de enfermagem no atendimento a estes pacientes. Logo que iniciei meu trabalho na ASCR, também tive a oportunidade de observar e participar da consulta médica, que permitiu com que me familiarizasse com o exame neurológico e identificasse as principais seqüelas dos pacientes acometidos por AVC.

A realização dos cuidados de enfermagem integrais aos pacientes com AVC, a nível ambulatorial, hospitalar e domiciliar deu-se de forma natural e contínua, sem dificuldades. Os instrumentos utilizados para avaliação e registro do processo de enfermagem mostraram-se práticos e efetivos, além de estarem de acordo com a filosofia de atendimento das instituições.

Também nesta etapa tive a oportunidade de atender a pacientes com outros tipos de patologias neurológicas, enriquecendo ainda mais meus conhecimentos, bem como discutir ações e políticas de saúde com a enfermeira, fator importante para melhor conhecer a dinâmica das ações de saúde da ASCR em conjunto no atendimento aos pacientes de diversas localidades do Estado. Muito importante também, foram as discussões sobre o espaço da enfermagem dentro da instituição e sobre as perspectivas de realização de inúmeros trabalhos junto aos demais pacientes, como pacientes amputados, acometidos por traumatismos (cranianos e raquimedulares), crianças acometidas por paralisia cerebral, entre outros.

Uma das estratégias que havia proposto, era a de acompanhar a equipe de saúde na realização de uma visita domiciliar, coletando dados para elaboração de um instrumento de registro e implementação da assistência de enfermagem na visita domiciliária. Esta atividade não pode ser realizada juntamente com a equipe, em virtude de não haver nenhuma visita prevista pela instituição a paciente acometido por AVC, bem como a dificuldade de conciliar as atividades dos profissionais e a falta de condução na instituição. Entretanto, no decorrer do estágio, realizamos eu e minha orientadora, quatro visitas domiciliares a dois pacientes, as quais foram extremamente importantes no tratamento destes. Organizei um

roteiro para a realização das visitas, que consta no anexo 11, neste trabalho. Não senti dificuldades em elaborá-lo e aplicá-lo, uma vez que tinha os objetivos das visitas bem definidos.

A realização das visitas domiciliares a estes dois pacientes, tiveram a finalidade de apoiá-los e a suas famílias, sendo que a seleção destes pacientes se deu a partir da necessidade de supervisionar as atividades orientadas e desenvolvidas com os mesmos, bem como acompanhar mais de perto a sua evolução após alta hospitalar e início do tratamento na ASCR. Mais adiante irei descrever estas experiências. As visitas domiciliares demonstraram-se extremamente valiosas, pois permitiram um melhor conhecimento sobre o contexto desses indivíduos, suas reais necessidades, as dificuldades que o ambiente lhes propiciava, a descoberta de novos fatores que influenciavam a evolução de seu tratamento. A partir destas visitas pude, juntamente com a equipe, redirecionar as condutas com estes pacientes, buscando um melhor atendimento e resultados mais satisfatórios. Também com a realização das mesmas, foi possível criar um vínculo maior com estes pacientes e suas famílias, embora os acompanhasse desde de a internação hospitalar. Foi muito importante solidificar este vínculo, na medida em que os pacientes tornavam-se mais confiantes e abertos a interagirem comigo durante todo o processo.

Sendo assim, considero que este objetivo foi plenamente alcançado, uma vez que consegui interagir com a equipe e coletar o maior número de informações e técnicas que pudessem servir de subsídios para implementar a assistência ao paciente internado no HU, na própria ASCR e domicílio.

Realizei o exame neurológico, detectando os problemas, em todos os pacientes internados no H.U. e atendidos por mim, e ainda realizei e participei de duas atividades de grupo com pacientes e suas famílias.

### 6.3 OBJETIVO Nº 3

*Servir de elo terapêutico entre o paciente internado na UCMM II/HU e o serviço da ASCR, agregando equipes de saúde de ambas instituições, no sentido de reabilitar o paciente com AVC.*

Esta proposta foi alcançada, na medida em que pude acompanhar cerca de cinco pacientes que receberam assistência inicial no HU, dirigindo-os ao serviço de reabilitação, após encaminhamento do médico assistente ou por solicitação deste para que eu mesma encaminhasse estes pacientes.

Um fato que considerei relevante, foi a referência que criei junto à equipe médica, na medida em que os residentes da clínica médica masculina e feminina, solicitavam que eu providenciasse os encaminhamentos desses pacientes para o tratamento na ASCR.

Durante a semana, muitas vezes discutíamos algumas ações e condutas relacionadas a alguns pacientes, bem como a evolução do quadro clínico destes. Procurei quase sempre informar a equipe que atividades vinham sendo orientadas para os pacientes e as conquistas ou melhoras que vinham apresentando, em consequência da realização destas atividades. Dessa maneira criei maior credibilidade sobre o trabalho que vinha desenvolvendo. Automaticamente, aqueles que não conheciam o serviço de reabilitação, passaram a interessar-se pelo mesmo e a encaminhar seus pacientes para este serviço.

Houve um dia em que um residente da clínica médica feminina solicitou, assim que fosse possível, que eu avaliasse sua paciente para ver o que poderia ser feito em termos de tratamento e encaminhamento. Considerando o seu estado, a mesma deveria permanecer por muito tempo internada devido a problemas cardíacos. Tratava-se de uma paciente muito jovem, com boas perspectivas de melhora para o déficit motor que apresentava (hemiplegia) e problemas na comunicação. Avaliei a paciente e conversei com o médico residente; orientei a equipe de enfermagem da clínica médica feminina sobre os cuidados a serem realizados e sobre o encaminhamento que estaríamos fazendo para ser atendida na ASCR. Dialoguei bastante com a família, que era de origem humilde, prestando várias orientações sobre o AVC e sobre as consequências que ele havia causado. A mesma apresentava afasia de



expressão. Foram realizadas várias visitas, no período da tarde, quando seu marido vinha para vê-la e assim, aproveitamos melhor aqueles momentos tornando-os terapêuticos.

Muitos outros pacientes foram encaminhados para a ASCR e até mesmo um chegou a ser avaliado no próprio HU, pela fonoaudióloga da ASCR. Foi um outro momento em que pude servir de elo entre as instituições, e entre o paciente e as instituições. Neste dia, senti que era apenas o início de uma parceria que teria tudo para dar certo, pois os profissionais demonstraram-se extremamente interessados em manter este intercâmbio.

O paciente em questão, se manteve em tratamento na ASCR quando interno no HU e posteriormente a sua alta hospitalar. Além disso, vem sendo acompanhado por mim em visitas domiciliares e também pela equipe do HU no ambulatório de neurologia (este caso será relatado na visita domiciliar adiante).

Muitos destes pacientes encaminhados a ASCR para tratamento, tem retornado ao ambulatório do HU, como de costume após certo período de tempo, para avaliação com o médico que lhes atendeu. O retorno após este período de tratamento tem proporcionado muita satisfação aos que cuidaram desses pacientes, pois a maioria tem tido melhoras significativas após um curto período de reabilitação. Procurei também registrar através de fotos a evolução desses pacientes, para que a equipe de enfermagem possa ter uma noção do trabalho de reabilitação e dos benefícios que a soma dos cuidados e orientações tem proporcionado aos mesmos. Afinal, os cuidados de reabilitação começam (ou pelo menos deveriam começar) no próprio hospital, no momento da internação.



#### 6.4 OBJETIVO Nº 4

*Desenvolver atividades de educação em serviço.*

Para a efetivação deste objetivo, realizei uma pequena oficina com funcionários da CMM II sobre atendimento ao paciente com AVC, direcionada sobre os principais cuidados a serem tomados pela equipe de enfermagem no hospital. Devido a escassez de tempo por parte dos funcionários, esta atividade teve de se dar em dois momentos. Em um primeiro encontro (na sala de passagem de plantão), que durou aproximadamente dez minutos, fizemos uma dinâmica onde cada participante recebeu um pequeno cartão contendo as atividades básicas a serem realizadas pela equipe de enfermagem, sendo que o papel continha o objetivo, a estratégia de ação ou cuidado e a justificativa para o mesmo (ou benefício de cada cuidado prestado). Realizamos uma leitura dinâmica sobre alguns desses cuidados e discutimos sobre o que eles achavam dessas atividades, se tinham conhecimento, se tinham dúvidas, ou ainda, se consideravam que as atividades não pudessem ser efetivadas no dia-a-dia. Foi uma atividade muito interessante, sendo que os participantes colaboraram participando ativamente.

Em um outro momento, dei continuidade a esta atividade, na sala de preparo de medicação, durante um pequeno espaço de tempo que havia disponível no período da manhã. Desta vez, levei um cartaz, que continha os cartões já lidos e outros que iríamos trabalhar naquela manhã. Também busquei ilustrar cada uma dessas atividades ou ações com figuras, para que pudesse tornar mais agradável visualmente o informativo, desse modo, mesmo quem não estivesse lendo, poderia acompanhar, observando as gravuras. Dessa vez também houve participação dos funcionários e discussão sobre as condutas.

Procurei salientar, que mesmo que tais atividades parecessem ser difíceis de serem incorporadas no dia a dia, elas são efetivamente de responsabilidade da enfermagem, pois tratam basicamente de posicionar adequadamente os pacientes, os dependentes, e que, quando não realizadas, muitos pacientes chegam aos serviços de reabilitação com deformidades e úlceras de pressão, que poderiam ter sido evitadas.

Assim, pude introduzir alguns conceitos e cuidados aprendidos na ASCR, entretanto, acredito que a continuidade desse tipo de atendimento depende de um tempo maior para ser realmente incorporada, pois em todo processo de mudança de hábitos, é necessária a persistência. Plantam-se algumas sementes hoje, há necessidade de regar o solo fértil da conscientização, para mais tarde poder colher os frutos que plantamos. De qualquer maneira, sei que a troca foi muito importante, pois na medida em que contribuí com o crescimento das equipes, também aprendi muito com estas.

## 6.5 OUTROS OBJETIVOS ALCANÇADOS

Embora alguns objetivos não tenham sido planejados a priori, com a realização do estágio percebi a necessidade de implementar alguns novos, que passo a descrever:

### ***Realização de atividade educativa junto às alunas da V Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem.<sup>5</sup>***

Houve a possibilidade de realizar um intercâmbio educativo com as alunas da 5ª fase, em dois momentos. No primeiro, discutimos sobre exame físico do paciente neurológico. Para tanto nos reunimos (a professora responsável, as alunas e eu) na sala de passagem de plantão da UCMM II e conversamos informalmente sobre o que elas sabiam sobre exame físico. A seguir, abordei sobre o exame físico neurológico, explicando suas etapas, os testes a serem realizados e ações ou reações esperadas em um indivíduo sadio. Discutimos sobre algumas nomenclaturas mais comuns utilizadas pela equipe de saúde, que as alunas deveriam vir a conhecer e identificar.

Posteriormente, realizamos a demonstração do exame neurológico em um paciente da CMM II. Foi possível visualizar de vários déficits neurológicos neste paciente. Dei orientações ao mesmo, para que elas também pudessem ir correlacionando algumas atividades a serem orientadas, bem como percebessem o papel do enfermeiro no cuidado a este tipo de paciente. Finalmente agradecemos a colaboração do paciente, fizemos um breve intervalo e voltamos então a discutir alguns tópicos relacionados aos cuidados desses pacientes e a importância da participação da família no processo de reabilitação.

Durante o segundo momento, além de assumir os cuidados integrais de um paciente e realizar a visita diária a todos os pacientes junto à equipe de neurologia, procurei também acompanhá-las na execução dos cuidados e orientações prestados, bem como ajudá-las na elaboração das evoluções e anotações nas folhas complementares.

---

<sup>5</sup> Durante estágio da disciplina Enfermagem nas Intercorrências Clínicas.

Pretendíamos ainda, realizar uma visita na ASCR, no entanto, em virtude da data não foi possível realizar tal atividade, sendo a data estabelecida pela ASCR, incompatível para as alunas, que estariam em prova.

Fui convidada a participar também do seminário elaborado pelas alunas sobre AVC, onde coube a mim falar sobre os aspectos de enfermagem em reabilitação e sobre a participação da família neste processo.

A interação com este grupo foi muito boa, gostei bastante de realizar estas atividades, fui bem recebida por parte da professora e das alunas; segundo as mesmas, colaborei muito com o trabalho realizado por elas e também com a prova, pois sentiram-se bem a vontade para escrever sobre os cuidados que deveriam prescrever, uma vez que vivenciaram e discutiram na prática. Me senti muito feliz com tal colocação.

### ***Realização de outras Atividades de Enfermagem.***

Nos períodos em que havia pouca demanda no HU, ou mesmo quando surgia alguma oportunidade de realizar procedimentos de enfermagem como gasometria arterial, passagem de sonda vesical, coleta de urina para avaliação de proteinúria, entre outras, buscava ocupar-me de tarefas que pudessem complementar meu aprendizado de maneira geral. Acompanhei pacientes em exames como ecocardiograma, endoscopia, raio X, punção lombar para coleta de líquido céfalo-raquidiano,... Realizei prescrições e evoluções de enfermagem, auxiliiei na colocação dos horários de medicação, encaminhei prescrições à farmácia, entre outras atividades.

Assim pude desenvolver mais minhas habilidades e conhecimentos dentro do campo de atuação do enfermeiro, inclusive nas atividades administrativas da unidade.

## **Realização de Cursos**

### Curso de Atualização em Clínica Médica.

Participei de um Curso de Atualização em Clínica Médica (anexos 14 e 15) promovido pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica – Regional RS, no período de 30/03/01 a 01/04/01, em Itapema – SC. O curso teve 24 horas de duração, tendo abrangido diversos temas tais como: Atualização epidemiológica e abordagem preventiva da AIDS; Atualização e tendências no uso de antiretrovirais; Aspectos fundamentais no manejo das doenças sexualmente transmissíveis; Hepatites virais, como e quando tratar; O impacto médico e econômico das infecções hospitalares; Resistência antimicrobiana, medos e responsabilidades; Doenças infecciosas emergentes e reemergentes; Infecções em pacientes imunossuprimidos; Recomendações atuais para imunização em adultos; Como tratar corretamente otites, sinusites e infecções das vias aéreas superiores; O que as evidências recomendam no tratamento das pneumonias comunitárias; Uma nova abordagem sobre a febre de origem obscura; Revisão a antibioticoterapia: estado atual do diagnóstico laboratorial das doenças infecciosas, princípios gerais do uso de antimicrobianos, como e quando realizar a antibioticoprofilaxia corretamente, aplicações e perspectivas sobre os novos antimicrobianos.

O ciclo de palestras foi ótimo e, embora o curso fosse mais direcionado aos médicos clínicos, pude aproveitar também todas as exposições e discussões. Esta experiência me deu um pouco mais de suporte ao atuar em enfermagem clínica, na medida em que me subsidiou para discutir com a equipe médica algumas condutas durante o estágio. Também pude fazer uma espécie de revisão sobre diversas patologias, inclusive muitos pacientes apresentavam algumas destas nas unidades onde atuei.

Também neste evento encontrei diversos profissionais médicos, com os quais trabalhei posteriormente no HU. Isto proporcionou-me maior interação e intercâmbio com estes, facilitando nas relações profissionais, além de manter-me atualizada.

## Realização de um Curso sobre AIDS e os Direitos Humanos

Particpei também do I Encontro Catarinense sobre AIDS e os Direitos Humanos (anexo 16), organizado e promovido pela Fundação Açoriana para o Controle da AIDS, o qual se realizou no auditório da OAB-SC (Ordem dos Advogados do Brasil), em Florianópolis, no período de 22/05/01 a 25/05/01 e teve duração de 16 horas.

O programa incluía temas como: Prevenção do HIV em populações de baixa renda; Direitos reprodutivos, pobreza e desigualdade social; A eficácia dos direitos fundamentais; Trabalhando a prevenção junto aos profissionais do sexo na grande Florianópolis; Violência e direitos humanos; A tutela jurídica em relação a violência policial contra profissionais do sexo; A vulnerabilidade das profissionais do sexo ao HIV e a violência; Aspectos epidemiológicos e clínicos relacionados ao HIV e AIDS; Adoção de crianças soropositivas; Casas de abrigo destinadas a crianças soropositivas e o Estatuto da Criança e do Adolescente; Saúde e estratégias de redução de danos; experiência de redução de danos em Florianópolis; HIV, drogas e políticas de redução de danos; programas de prevenção no local de trabalho; HIV e direito no trabalho; Direito ao trabalho como direito humano; O HIV e a AIDS no sistema previdenciário brasileiro; HIV e o sistema prisional (projetos de prevenção, incidência); Saúde e cidadania; O papel do operador do direito no acesso à saúde; Acesso a medicamentos e leis de patentes.

Optei por participar deste curso, devido a alta demanda de pacientes portadores de HIV, atendidos no Hospital e também no Serviço de Reabilitação. Senti a necessidade de saber um pouco mais sobre os direitos humanos desses pacientes, a fim de que pudesse atendê-los sob um aspecto mais amplo de conhecimento, não só relacionado aos aspectos de saúde, mas sim garantindo sua cidadania com um todo e podendo também prestar um apoio mais efetivo a sua família. Estas questões relacionadas ao HIV/AIDS, embora não sejam muito exploradas durante o curso de graduação, devem ser alvo de nossa preocupação constantemente, frente a alta incidência que tem acometido homens, mulheres e crianças. Cabe a nós enquanto profissionais, estarmos atentos e preocupados em garantir não somente uma assistência de qualidade, mas também, uma melhoria da qualidade de vida desta população.

### ***Elaboração de um Manual para os Pacientes Acometidos por AVC***

Outra atividade que está ainda em fase de conclusão, é a elaboração de uma Manual sobre AVC, para ser fornecido e trabalhado junto aos pacientes e suas famílias, a fim de tornar o processo educativo do paciente e sua família, mais didático e eficaz. O mesmo será organizado fornecendo explicações básicas sobre o que vem a ser o AVC, suas principais causas e conseqüências, o tratamento, a recuperação e prevenção. Além disso o manual será ilustrado com gravuras sobre os exercícios a serem realizados em casa, bem como manejo correto nas transferências e posicionamento corporal adequado. Conta ainda com a participação de uma assistente social e uma nutricionista que buscaram explicitar melhor suas contribuições no tratamento e fornecem algumas dicas aos pacientes.

Este será um trabalho com uma linguagem bem simples, para que atinja o maior número possível de pessoas, podendo ser utilizado em qualquer contexto e por qualquer profissional da equipe de saúde envolvido no processo de tratamento e reabilitação desses pacientes.



## 6.6 RELATANDO ALGUMAS VISITAS DOMICILIARES

Durante o terceiro momento deste estágio, como já citei anteriormente, realizei algumas visitas domiciliares a dois pacientes que acompanhei durante a internação hospitalar e no trabalho realizado na ASCR, tendo em vista a necessidade de acompanhamento de seu estado de saúde e também de apoio à família.

A experiência que pretendo relatar neste momento, retrata a situação de um paciente com seqüelas neurológicas relacionadas ao AVC, que influenciaram fortemente sua imagem e estado emocional.

Este paciente do sexo masculino, possui 57 anos de idade, é natural de SC, casado, pai de três filhos (todos já adultos, alguns inclusive casados e com filhos), profissão de carpinteiro, porém no momento encontra-se aposentado.

Internou-se no HU por ocasião de um AVC isquêmico em região cerebelo-cerebelar e quadro de pneumonia aspirativa (complicação muito comum neste tipo de paciente tendo em vista a lesão neurológica que leva a disfagia). Ao realizar o exame físico e avaliação neurológica, podia-se perceber claramente as seqüelas decorrentes daquele AVC, tais como: dificuldade de coordenação motora, perda do equilíbrio, paralisia de palato, disfagia, discreta hemiparesia em membro superior e inferior esquerdo.

Fazia ainda uso de sonda nasogástrica pelo fato de não conseguir deglutir os alimentos. Além dos cuidados de enfermagem em reabilitação por mim realizados, recebeu tratamento de fonoterapia e fisioterapia na ASCR, mesmo enquanto interno no HU. Após a alta hospitalar, seguiu o tratamento na ASCR e, também, tem sido acompanhado por mim no domicílio.

Agendamos então uma primeira visita, sendo que os objetivos da mesma consistiam em:

- Conhecer o contexto social e familiar do paciente;
- Identificar fatores de risco que pudessem vir a interferir no seu tratamento e qualidade de vida;
- Supervisionar os cuidados com a alimentação, por sonda nasogástrica;
- Supervisionar e orientar a realização dos exercícios orientados pela equipe, em especial os de fonoterapia;
- Fortalecer a relação terapêutica com o paciente e sua família;
- Avaliar o estado emocional do paciente e a repercussão do uso contínuo da sonda sobre a imagem e estima do paciente;

- Realizar controle de pressão arterial como medida preventiva.

Realizei esta visita e as subseqüentes, acompanhada de minha orientadora. Ao realizar a primeira visita, ficamos sem fôlego, pois tivemos de subir praticamente um morro íngreme inteiro; não que estivéssemos fora de forma, mas apenas um pouco despreparadas, podemos assim dizer. Após ter enfrentado toda aquela subida e uma estrada de terra muito revirada devido as fortes chuvas que haviam feito um tremendo estrago naquela região, chegamos ao topo e pudemos apreciar por alguns instantes uma bela paisagem do mar e montanhas, que prontamente nos fez esquecer todo o cansaço.



**Fig. 15 Registro fotográfico do momento em que subia o morro.**

Identificada a casa do paciente, chamamos pelo mesmo e sua esposa veio nos atender no portão. Fomos convidadas a entrar e conhecer a família. O paciente estava muito sorridente e se disse feliz da nossa presença. Apresentei minha orientadora ao paciente e sua esposa, ele nos apresentou sua mãe e um dos netos que estavam em casa naquele momento. Ficamos encantadas com a mãe do paciente, que para falar a verdade parecia mais uma irmã, dada a jovialidade e vitalidade da mesma.

Conversamos um pouco sobre o local de sua residência, sobre a vizinhança, a família e a recuperação da rua, entre outros assuntos. Fui então dirigindo a conversa e buscando respostas para os objetivos planejados para a visita (anexo 9).

Verifiquei o controle de pressão arterial do paciente e também de sua mãe, sendo que ambos receberam um cartão (anexo 12) para registrar os controles das mesmas. Ambas as pressões arteriais estavam dentro da normalidade.

Foi nos oferecido um café, o qual gentilmente aceitamos. Em seguida, avaliamos o paciente em relação a sua alimentação, que vinha se fazendo através da sonda nasogástrica. Observamos como a família vinha procedendo no manejo da sonda e administração da alimentação.

Assim, fui aos poucos cumprindo as metas daquela visita e busquei solidificar a importância da realização dos exercícios diários para uma melhora mais efetiva das suas dificuldades, para isso, retomei e realizei uma série desses exercícios naquela manhã, especialmente aqueles anteriormente orientados pela fonoaudióloga, que sugeria que fossem realizados no mínimo quatro vezes por dia, tais como:

- ✓ Digitalização de laringe.
- ✓ Massagem para a língua.
- ✓ Estalar língua.
- ✓ Massagem facial (com dedos fechados).
- ✓ Massagem na nuca.
- ✓ CUIDAR PARA NÃO JOGAR A CABEÇA PARA TRÁS!
- ✓ RELAXAR OS MÚSCULOS PARA FAZER OS EXERCÍCIOS.

Além dos acima citados, outros como:

- ✓ Respiração profunda e expiração.
- ✓ Movimentos com os braços acompanhando a respiração.
- ✓ Entre outros.

O paciente foi incentivado a realizar atividades de vida diária para tornar-se mais independente e autocuidar-se, como:

- ✓ Escovar os dentes, gengiva, bochecha e língua, SOZINHO.
- ✓ Tomar banho de chuveiro, sentado, ensaboando todas as partes do corpo que conseguir.
- ✓ Secar-se após o banho (todas as partes que conseguir).
- ✓ Vestir primeiro o lado “afetado”.
- ✓ Sentar-se por alguns períodos do dia.
- ✓ Participar de jogos recreativos, tentar encaixar peças menores dentro de outras maiores, colocar objetos dentro de um pote, outros que fosse aprendendo.

Importante para lembrar sempre:

Ao sentar ou caminhar, procurar distribuir o peso do corpo de forma igual, nos dois lados.



Fazer todas as atividades sem pressa, com calma e o maior número de vezes possível.

Encerramos a visita após uma hora, sendo que o paciente solicitou que retornássemos outras vezes mais. Combinamos então, que na semana seguinte voltaríamos.

Nos despedimos na certeza de que aquela atividade tinha sido altamente produtiva e benéfica para todos. Fomos descendo o morro e conversando sobre as impressões que tivemos a cerca da situação vivenciada.

Concluimos que:

O paciente possui uma boa estrutura familiar e de moradia, as quais lhe proporcionam um bom suporte para enfrentar as dificuldades decorrentes de sua atual situação saúde-doença.

A casa possui uma escadaria interna, que dá acesso ao piso superior onde ficam os quartos e banheiro, sendo que esta escada não possui corrimão. Foi sugerido que pela dificuldade de equilíbrio apresentada pelo paciente, fosse instalado um corrimão ou outra alternativa, para que proporcionasse mais segurança para o paciente e permitisse que ele circulasse livremente pela casa, já que ele caminhava apenas segurando-se em apoios.

O manejo com a sonda, preparo e administração da dieta mostraram-se adequados, sendo realizada higiene do equipamento após cada administração. Contudo percebi que o paciente estava levemente desidratado, sendo que orientei e recomendei para que houvesse uma maior ingestão de líquidos.

Além disso, foram retomados os exercícios com o intuito de supervisionar as habilidades do paciente em realizá-los, bem como identificadas suas maiores dificuldades; o paciente foi e motivado para praticar mais aqueles exercícios mais difíceis.

Quanto à alimentação, salientei ainda, que procurasse tentar ingerir pequenas quantidades de alimentos pastosos, sentindo bem o gosto destes alimentos. Isso iria propiciar-lhe maior satisfação oral e também estaria estimulando a retomada do processo de alimentação (serve como exercícios para a língua e palato). Outra sugestão, foi a de morder pedaços de bife, aproveitando o sumo da carne para incrementar suas reservas energéticas e também os benefícios do exercício. Percebi que estas atividades deveriam ser estimuladas com maior rigor tanto por mim quanto pela família.

Percebemos ainda, uma certa alteração do humor no paciente, que parecia estar bastante abatido; porém fiquei de acompanhar mais de perto para ver se este fato se devia a recente saída do hospital e o estado de debilidade física do paciente, ou se estava relacionado com a aceitação de uma nova imagem frente ao uso da sonda.

A interação com o paciente e sua família foi muito boa e pode-se a partir desta visita, fortalecer os laços terapêuticos.



**Fig. 16 Registro da primeira visita domiciliar realizada a este paciente e sua família.**

Neste mesmo dia foi realizada outra visita, seguindo esta mesma linha de conduta e também foram obtidos resultados muito positivos. As visitas passaram a ocorrer as quartas-feiras pela manhã. A primeira iniciava-se por volta das nove horas e durava aproximadamente cinquenta minutos, a visita ao outro paciente de dava no período das dez horas com o mesmo tempo de duração; como ambos os pacientes moravam no mesmo bairro, foi possível assim organizar as atividades.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho teve como objetivo principal perceber a problemática vivenciada pelo paciente e sua família em relação ao processo de reabilitação após um acidente vascular e atuação da enfermeira, enquanto membro da equipe de saúde no atendimento a esta clientela, em todas as etapas do processo saúde – doença (do curativo ao reabilitativo e também o preventivo, uma vez que, o paciente com AVC não está livre da ocorrência de outros).

Além do aspecto enriquecedor que o trabalho proporcionou, devido ao amplo conhecimento adquirido sobre o papel que o enfermeiro possui na área e o desafio que se apresenta este campo de atuação, foi também muito prazeroso, ao lidar com pacientes e suas famílias, em diferentes contextos, culturas, vivências e novas experiências. Gostaria de ressaltar ainda, que ao lidar com a dor, especialmente a dor da alma, consequência das deficiências e incapacidades ocasionadas pelo AVC, fez com que eu pudesse obter um enriquecimento ainda maior, o qual transcende qualquer aprendizado profissional.

Um dos pontos positivos, foi a receptividade e o entusiasmo das equipes (ASCR, Enfermagem do HU e de Neurologia) para comigo, e o apoio obtido para que pudesse implementar o meu trabalho, bem como as valiosas contribuições recebidas. Senti efetivamente que passei a fazer parte de cada uma destas que integrei, ainda que temporariamente, devido às solicitações que me eram feitas, bem como, pelo reconhecimento do meu trabalho.

Todas as atividades apreendidas na ASCR, foram amplamente utilizadas, sendo que, aquelas que não puderam ser implementadas de imediato no Hospital, foram importantes na minha instrumentalização e permitiram que pudesse incrementá-las na assistência ao paciente no ambulatório e principalmente nas visitas domiciliares. Estas visitas, se caracterizaram como ponto importante na realização do trabalho, considerando a oportunidade de vivenciar o ambiente em que o paciente e suas famílias viviam, bem como os recursos existentes e principalmente o seguimento do tratamento. Foi uma oportunidade ímpar de colocar em prática não só, os conhecimentos adquiridos durante a 8ª fase, mas principalmente quase todos que foram assimilados durante minha

formação como aluna do curso de graduação em enfermagem (os aspectos técnicos, científicos, sociais e até os espirituais).

As visitas domiciliares facilitaram sobremaneira a terapêutica, a comunicação e o trabalho em equipe, especialmente porque a partir delas, informava as equipes sobre a evolução do paciente, bem como suas dificuldades, e dessa maneira, eram estabelecidos novos tratamentos quando necessário, e se percebia que o que havia sido recomendado e feito, tinha um bom resultado ou não, uma espécie de feed back do trabalho desenvolvido.

Além dos aspectos relacionados ao paciente acometido por AVC, tive a oportunidade de assistir outros pacientes com diferentes diagnósticos neurológicos que possibilitaram um enriquecimento ainda mais amplo, sem contar ainda, as discussões feitas em equipe sobre as políticas públicas de saúde e as dificuldades dos serviços de saúde de um modo geral. Muito importante foram as discussões sobre o espaço que a enfermagem vem ocupando nas instituições e a sua atuação com os pacientes dos mais diferentes diagnósticos, mas especialmente aqueles acometidos com deficiências neurológicas (traumatismos crânio-encefálicos, paralisia cerebral, entre outros).

Importante foi a integração de alguns elementos da equipe multiprofissional, como por exemplo, com a nutricionista do Hospital Universitário que possibilitou aos pacientes internados, a orientação de uma dieta mais saudável, contribuindo sobremaneira para a reeducação alimentar do paciente.

Quanto às dificuldades encontradas estas também não foram poucas, entretanto serviram para temperar este estágio e principalmente como desafio a ser enfrentado. Estas dificuldades começaram já no meu ingresso na ASCR, que impossibilitaram de imediato a realização do estágio por problemas burocráticos e acredito até, por conflitos de poder, que sem querer, “respingaram em mim”. Entretanto isso foi logo resolvido e pude finalmente realizar o “almejado estágio”. No decorrer desse, fui muito bem aceita pelos profissionais técnicos e administrativos, o que acabei esquecendo do episódio inicial.

No Hospital Universitário embora tenha sido de início muito bem recebida pelas equipes, na medida em que resolvi colocar minha aprendizagem em prática, exigindo um pouco mais dos funcionários em termos de trabalho físico, senti uma grande resistência, afinal para eles, era um trabalho a mais a ser empreendido. Compreendi pouco tempo depois, que a equipe de enfermagem era extremamente reduzida para atender as necessidades assistenciais básicas dos pacientes, e que eu deveria na medida do possível, fazê-los compreender a importância desse trabalho, o que de alguma maneira, faria com que se mobilizasse para estas necessidades. Foi o que fiz, e tive então, o apoio irrestrito dos mesmos. Acredito inclusive que trabalhos dessa natureza junto às equipes, devam ser realizados de forma pacienciosa, mas persistente, para que o pessoal de enfermagem compreenda a necessidade de ajudar o paciente e



sua família para a promoção do auto-cuidado, entretanto é necessário que a priori, a equipe esteja atenta para satisfação de algumas necessidades essenciais (auxiliar no banho de aspersão em cadeira, sentar em poltrona, posicionar no leito, fazer mudança de decúbito freqüente, motivar a família na colaboração do cuidado, entre outros) a serem realizadas, mesmo que sejam bastante difíceis, inicialmente. A equipe de enfermagem após visualizar os avanços dos pacientes passaram a colaborar mais efetivamente.

Ainda em relação às dificuldades, ao empreender com o paciente algumas atividades que envolviam a comunicação, o raciocínio e a associação de idéias, bem como outros, que trabalhassem com a coordenação motora ampla e a motricidade fina, senti a necessidade de obter alguns materiais específicos. Como no HU, não havia estes, adquiri a partir dos meus próprios recursos, o que efetivamente possibilitou o desenvolvimento das capacidades dos pacientes. Posteriormente estes materiais foram doados para a enfermaria.

Esta experiência realizada durante o estágio de conclusão de curso, trouxe uma nova realidade, e permitiu-me, a partir deste momento, sugerir algumas possibilidades como por exemplo: a necessidade de ampliação da equipe técnica do HU, com a introdução de novos profissionais (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, entre outros) e da ASCR (nutricionista, psicólogo), pois muitos são os benefícios trazidos pelo atendimento de uma equipe multidisciplinar, completa e integrada.

Além disso, é necessário rever a questão ocupacional do paciente interno no hospital (CMM II), propiciando outras possibilidades, a fim de estimular potencialidades e desenvolver limitações.

Finalmente, é necessário que a enfermagem descubra novas áreas de atuação, como por exemplo a Reabilitação, e nesse caso, não só destinada a pacientes neurológicos, como também de outras especialidades como clínica cirúrgica, psiquiatria, entre outras.

É imprescindível que enfermeiros e estudantes desenvolvam trabalhos nesta área tão pouco explorada e extremamente rica.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: referências bibliográficas. Florianópolis. 2000.

ANDRÉ, Charles. *Manual de AVC*. Rio de Janeiro: REVINTER, 1999. 159p.

BEYERS, Marjorie; DUDAS, Susan. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BRUNNER & SUDDARTH. *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

DAS GRAÇAS, Elisabeth M. O ensino e a Prática da Reabilitação Motora e da Comunicação Verbal em Hospitais Gerais: estudo comparativo entre enfermeiros de ensino e de serviço. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v.5, n.2, p.233-243, jul. 1984.

FRAGA, Alcinei J.; SILVA, Andrea N. da; KÜSTER, Valdenésio. *Do Hospital ao Domicílio: O autocuidado do cliente diabético no Hospital Universitário*. Florianópolis:1998. 95p. Monografia (Graduação em Enfermagem) Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

GEORGE, Julia B. *Teorias de Enfermagem: Fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. .

GUYTON, Arthur C. *Fisiologia Humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Teorias de Enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Ed. Papa-Livros, 1999.

MACHADO, Heloisa Beatriz. *Enfrentando a Condição Crônica de Saúde Após um Acidente Vascular Cerebral: um estudo de caso*. Florianópolis, 1995. 234p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. *Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000..

SOBOTTA, Johannes. *Atlas de Anatomia Humana* 20 ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 1995.

## **8. ANEXOS**

**SERVIÇO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO**

Tendo como suporte áreas bases de Neurologia, Urologia, Cardiologia, Pediatria, Odontologia e Acupuntura.

O atendimento gira em torno de 1.000 consultas/mês, cerca de 26.000 terapias instituídas/mês, entre Órteses Próteses, Coletes e outros dispositivos de auxílio à marcha e correção postural

**SERVIÇOS PRESTADOS**

1. Ambulatório Médico;
2. Fisioterapia;
3. Terapia Ocupacional;
4. Fonoaudiologia;
5. Pedagogia;
6. Enfermagem;
7. Serviço Social;
8. Psicologia;
9. Reabilitação Cardio-Vascular;
10. Oficina Ortopédica;
11. Centro de Estudo da Dor;
12. Setor Administrativo de apoio Estratégico;
13. SAME.

**HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:**

Aberto ao público, das 07:00 às 19:00 h, exceto sábados, domingos e dias declarados

*“ Os serviços prestados pela ASCR, atinge toda a população Catarinense, uma vez que é Entidade única no Estado.”*

**ASSOCIAÇÃO SANTA CATARINA DE REABILITAÇÃO**



**Diretor Geral: Adalberto Michels  
Gerente Adm. e Financeiro: Flávio A. Santos  
Gerente Técnico: César Augusto C. Palma**

Rua: Rui Barbosa, S/Nº - Agronômica  
- Florianópolis, SC - CEP: 88025-301

Fone/Fax: (0XX) (48) 228-0100 / 228-0385  
228-5937 / 228-8541 / 228-2333

e-mail: [ascr@iaccess.com.br](mailto:ascr@iaccess.com.br)

Fpolis, agosto de 2000

(seminários)\* em que o paciente e o familiar ou o seu responsável forem convocados, deverão marcar presença, pois é parte integrante do tratamento.

Se o paciente e o familiar não comparecerem às avaliações e/ou reuniões (seminários) marcadas sem justificativas, os mesmos, serão chamados pelo Serviço Social e receberão novas orientações e encaminhadas as avaliações. Em caso de novas faltas, suspender-se-á o tratamento e o comparecimento de ambos nas avaliações e seminários.

Quando houver necessidade, e sem aviso prévio, a equipe técnica realizará visita(s) domiciliar(es), para orientações e sugestões de adaptações no ambiente do paciente.

Quando acontecer qualquer dificuldade quanto as atitudes negativas do paciente frente a sua evolução clínica, a equipe solicitará um Estudo de Caso\*.

Estudo de Caso – É uma reunião realizada com todos os profissionais envolvidos no processo de atendimento do paciente, com o objetivo de definir novas estratégias de trabalho e/ou procedimentos futuros inclusive a alta setorial ou da ASCR).

■ Alta da ASCR: é decisão do médico e/ou Equipe Multidisciplinar.

■ Alta Setorial: é decisão do profissional, de acordo com as necessidades do paciente e diretrizes



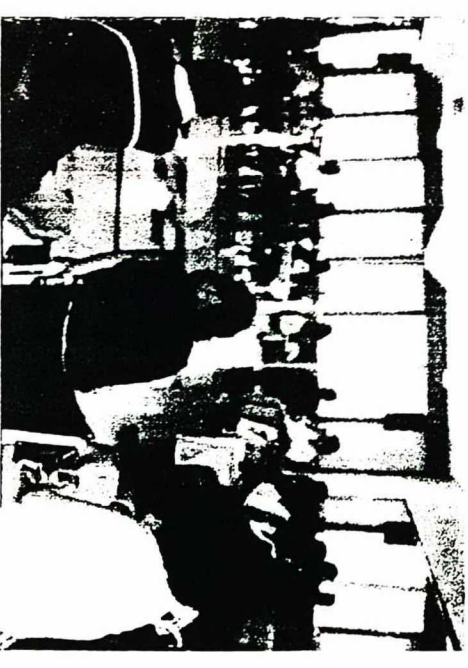
Rua: Rui Barbosa, S/Nº - Agronômica  
Florianópolis, SC - CEP: 88025-301

Fone/Fax: (0XX) (48) 228-0100 / 228-0385  
228-5937 / 228-8541 / 228-2333

e-mail: ascr@iaccess.com.br

# SE'OR NEUROLÓGICO ADULTO

REGRAS  
E  
FUNCIONAMENTO



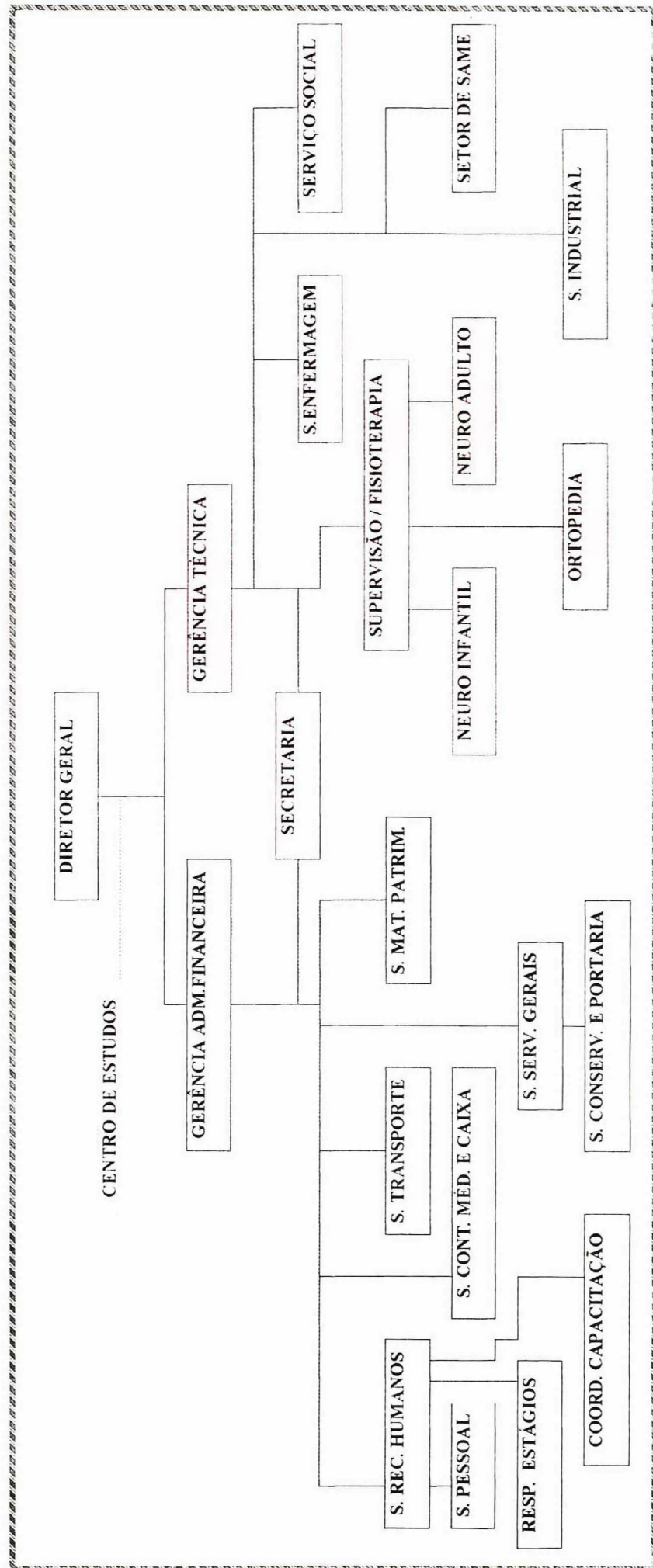
## ASCR





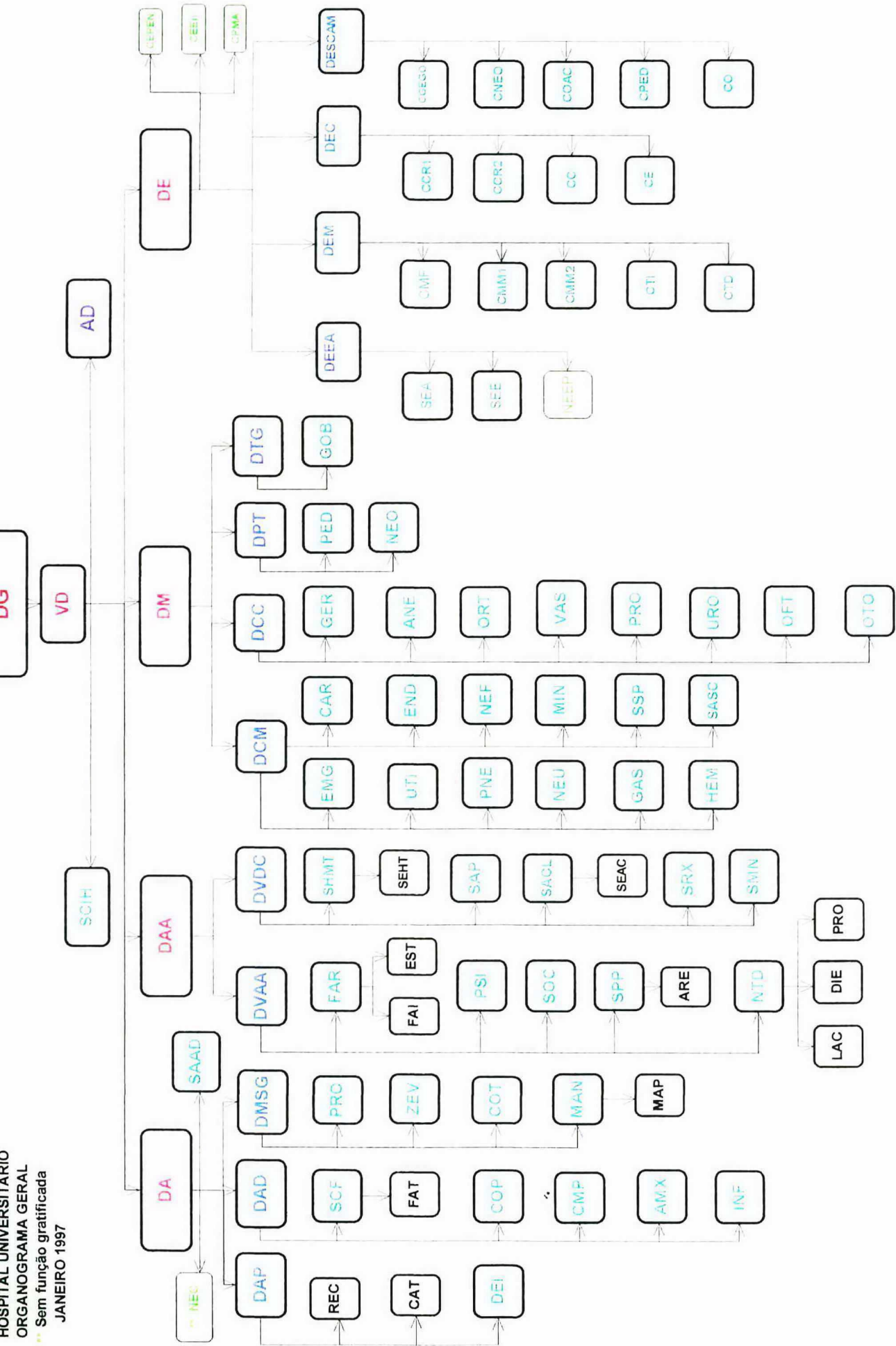
ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
ASSOCIAÇÃO SANTA CATARINA DE REABILITAÇÃO

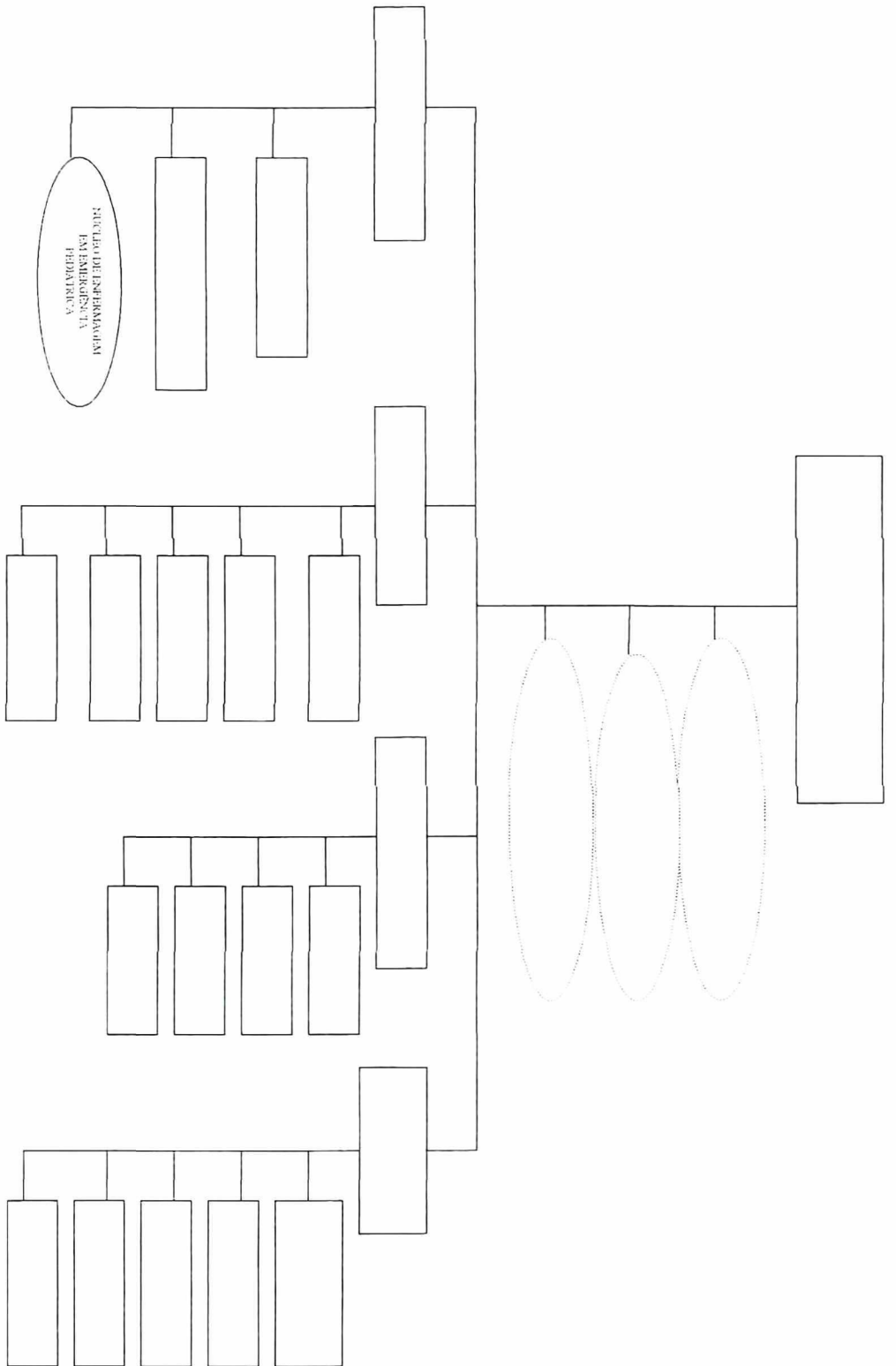
ORGANOGRAMA





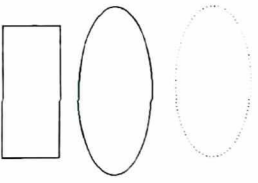
ANEXO 4





Assessoria

Núcleo



**DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO (DA)**

\*\* NUCLEO DE ENGENHARIA BIOMÉDICA (NEC)

SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO DAS DIRETORIAS (SAAD)

DIVISÃO AUXILIAR DE PESSOAL (DAP)

DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO (DAD)

DIVISÃO DE MANUTENÇÃO E SERVIÇOS GERAIS (DMSG)

SEÇÃO DE REGISTRO E CONTROLE (REC)

SEÇÃO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA (CAT)

SERVIÇO DE EDUCAÇÃO INFANTIL (SEI)

SERVIÇO DE CONTROLE FINANCEIRO (SCF)

SEÇÃO DE FATURAMENTO (FAT)

SERVIÇO DE COMPRAS (COP)

SERVIÇO DE CONTROLE DE MATERIAL E PATRIMÔNIO (SCM)

SERVIÇO DE ALMOXARIFADO (AMX)

SERVIÇO DE INFORMÁTICA (SI)

SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS (PRO)

SERVIÇO DE ZELADORIA E VIGILÂNCIA (ZEV)

SERVIÇO DE COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE (COT)

SERVIÇO DE MANUTENÇÃO (MAN)

SEÇÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL (MAP)

**ANEXO 7**

**DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DO HU**

CCR 1		CCR 2		CMM 1		CMM 2		CMF		CGECO		CNEO		COAC		CPED		CO	CTI	CTD	EMG		
Q	L	Q	L	Q	L	Q	L	Q	L	Q	L	Q	L	Q	L	Q	L	L	L	L	L	M	
503	1 2	403	1 2	301	1 2	313	1 2	325	1 2	211	1 2	250	1 2	226	1 1 RN	OBS	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
506	1 2	406	1 2	302	1 2	314	1 2	326	1 2	213	1 2		3 4	235	1 2 3							3 4 5	3 4
507	1 2	407	1 2	303	1 2	315	1 2	327	1 2	214	1 2	251	1 2 3 4	237	1 1 RN 2 3	615	1 2 3 4 5					6 7 8	
509	1 2	409	1 2	304	1 2	316	1 2	328	1 2	OBS	1 2				2 RN 3 3 RN								
510	1 2	410	1 2	305	1 2	317	1 2	329	1 2			252	1 2										
512	1 2	412	1 2	306	1 2	318	1 2	330	1 2			253	1 2										
513	1 2	413	1 2	307	1 2	319	1 2	331	1 2				3 4 5 6	239	1 1 RN 2 2 RN 3								
515	1 2	415	1 2	308	1 2	320	1 2	332	1 2														
517	1 2 3 4	417	1 2 3 4	309	1 2 3 4	321	1 2 3 4	333	1 2								616	1 2 3 4 4 RN					
522	1 2 3 4	422	1 2 3 4	310	1 2 3 4	322	1 2 3 4	334	1 2					243	1 1 RN 2 2 RN 3 3 RN 4 4 RN								
529	1 2 3 4	429	1 2 3 4	311	1 2 3 4	323	1 2 3 4	335	1 2 3 4														
532	1 2	432	1 2	312	1 2	324	1 2	336	1 2 3 4					246	1 2 3	617	1 2						
								337	1 2 3 4					249	1 1 RN 2 2 RN 3 3 RN 4 4 RN	618	1 2						
																619	1 2						

- CCR 1 = Clínica Cirúrgica 1 = 30 leitos
- CCR 2 = Clínica Cirúrgica 2 = 30 leitos
- CMM 1 = Clínica Médica Masculina 1 = 29 leitos
- CMM 2 = Clínica Médica Masculina 2 = 29 leitos
- CMF = Clínica Médica Feminina = 30 leitos
- CGECO = Ginec. e Emg. Ginec. e Obst. = 08 leitos
- CNEO = Clínica Neonatológica = 16 leitos
- COAC = Clínica Obstétrica = 38 leitos (16 RN)
- CPED = Clínica Pediátrica = 35 leitos (05 Observação)
- CO = Centro Obstétrico = 02 (observação)
- CTI = Centro de Terapia Intensiva = 06 leitos - 7
- CTD = Centro de Tratamento Dialítico = 02 leitos -
- EMG = Emergência = 08 leitos + 04 macas
- T O T A L = 267 leitos 268

Q = Quarto  
L = Leito  
M = Maca



## ANEXO 8



### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO						
Nome:	Sexo:	Idade:	Est. Civil:	Religião:	Escolaridade:	Profissão:
Naturalidade:				Procedência:		
Endereço:					Fone:	
Condições na admissão ao setor:				Peso:	Estatura:	
Diagnóstico Médico:						
PERCEPÇÕES E/OU EXPECTATIVAS						
Internações anteriores: ( ) sim ( ) não Quantas:						
Motivo (s):						
Hábitos: Tabagismo- cigarros/ dia: Quantos anos:						
Etilismo – tipo bebida/tempo:				Outras drogas:		
Transfusões sanguíneas anteriores:				Vacinações:		
HMF:						
Medicações em uso:						
O que sabe sobre sua doença atual:						
Expectativas/Medos:						
PROBLEMAS RELACIONADOS ÀS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS						
Necessidades Psicobiológicas						
Oxigenação						
R: mrm	Dispneia - Ortopneia - Cianose - Cateter Oxigênio -					
Expectoração Caract.:		Nebulização:		Traqueostomia:		
Hidratação						
Ingesta hídrica/ dia:			Preferência:			
Alimentação						
Anorexia - Disfagia - Pirose - Dificuldade de mastigação - Dieta restrita:						
Hábito alimentar:						
Eliminações						
Vesical: Disúria - Hematuria - Polaciúria - Oligúria - Retenção - Sonda vesical - Globo vesical - Condon - Incontinência						
Intestinal: Hábito		Constipação - Enterorragia - Melena - Colostomia - Ileostomia - Jejunostomia - Incontinência - Fezes líquidas/caract.:				
Drenagens: a) Dreno tipo: Local:						
b) Gástrica: Náuseas - Vômitos - Hematêmese - Caract.:						SNG - SNE -
Gastrostomia						
c) Vaginal: Leucorréia - Menstruação - Metrorragia						
Sono e Repouso						
Hábito:				Insônia - Agitação - Medicação:		
Atividade Física						
Prática Exercícios/Quais:				Astenia - Miastenia		

Atividade Motora: problemas para movimentar algum segmento corporal/qual?			
Deambula: ( ) Sim ( ) Não ( ) Com auxílio			
Problemas na Locomoção: Faz uso de cadeira de rodas - Muletas - Andador - Outros :			
<b>Integridade Física</b>			
Amputação/Local:		Deformidade/local:	
Órtese/Prótese:		Cirurgias:	
<b>Integridade Cutâneo-Mucosa</b>			
Pele: Hipocorada - Ictérica - Descamativa - Rush Cutâneo - Escabiose - Lesões/caract.:			
Couro Cabeludo: Pediculose - Seborréia - Sujidades - Alopecia -			
Olhos e Pálpebras: Ictérica - Hipocromia - Secreção Ocular - Hiperemia Ocular -			
Ouvidos: Cerume - Descamação - Edema - Abaulamento Timpânico - Outros:			
Boca: Língua Saburrosa - Afta - Monilíase - Halitose - Lesões:		Dentes: Ausência - Prótese sup/ inf. - Cáries -	
Nariz: Epístaxe - Lesões:		Garganta: Placas - Edema - Hiperemia -	
Ânus: Hemorróidas - Fissura -			
Abdome: Abdome: Globoso - Distendido - Timpânico - Flácido - Doloroso à Palpação - Lesões:			
MMII: Edema /4		Lesões: Ausência de Pulsos: MMSS:	
<b>Regulações</b>			
Térmica: T °C.		Hormoal: Glicemia: mg/dl	
Neurológica: Orientado - Desorientado - Confusão - Ttorpor - Coma - Tontura - Cefaléia - Convulsões		Vascular: PA = mmHg FC = bpm	
Distúrbios Visuais: Paresia Parestesia		Pupilas: Foto Reagentes - Midríase - Miose - Anisocoria - Isocóricas	
		Hiperestesia Plegia	
<b>Percepção dos Órgãos dos Sentidos</b>			
Visual: Acuidade Diminuída - Miopia - Astigmatismo - Hipermetropia - Catarata - Outros:			Uso de óculos
Auditiva: Acuidade Diminuída - Surdez - Outros:			Uso de Aparelho
Gustativa/Olfativa:		Dolorosa:	
<b>Comunicação</b>			
Disartria		Afasia: Receptiva - Expressiva - Conjugada -	
<b>Cuidado Corporal</b>			
Condições de Higiene : Boas - Regulares - Ruins - Necessita de Auxílio - Necessita Tricotomia facial			
Execução das Atividades de Vida Diária: Sem auxílio - Com auxílio - Dependência total			
<b>Terapêutica</b>			
Rede Venosa:		Musculatura:	
Alergia a Medicamentos/ quais:		Terapêutica:	
<b>Sexualidade</b>			
Vida Sexual Ativa: ( ) Sim ( ) Não		DST? Prevenção?	
Problemas Próstata		Outros:	
Menarca: anos D.U.M.: / /		Menopausa: Menstruação: M.A.C.:	
<b>Meio Ambiente e Segurança Física</b>			
Necessidade de: Prevenção de Quedas - Prevenção de Deformidades Posturais - Adaptação do meio - Isolamento - Prevenção de Fugas / Motivo:			
Acompanhante:		Orientado Quanto às Rotinas do Setor:	
<b>Necessidades Psicossociais e Espirituais</b>			
Segurança emocional - Labilidade Emocional - Afeto - Atenção - Auto-Imagem - Aceitação - Auto-estima - Auto-Realização:			
Liberdade - Participação - Criatividade - Gregária - Recreação - Lazer - Espaço - Religiosa - Ética			
Educação Para a Saúde: Necessita de encaminhamento e/ou orientações sobre			
OBS.: Acompanhamento Multidisciplinar:			
Médico: Clínico - Neurologista - Cardiologista - Enfermagem - Fonoaudiólogo - Fisioterapeuta - Terapeuta Ocupacional - Psicólogo - Nutricionista - Outros:			
Cliente:		Registro:	
Enfermeira (o) :		Data: Hora:	

Elaborado por Michele Panosso Dotto em 14/04/01 - Baseado no modelo do IJU.





**ANEXO 9** ROTEIRO PARA SUBSIDIAR UMA VISITA DOMICILIAR

I- PLANEJAMENTO

OBJETIVOS DA VISITA:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

ESTRATÉGIAS A SEREM UTILIZADAS:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS DA VISITA:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**EXERCÍCIOS ORIENTADOS**

.....  
.....  
.....

**EXECUÇÃO DE AVD'S**

.....  
.....  
.....

**PARTICIPAÇÃO FAMILIAR E ATIVIDADE SOCIAL**

.....  
.....

**VIII – LISTAGEM DOS PROBLEMAS LEVANTADOS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**IX – ORIENTAR PACIENTE E FAMÍLIA CONFORME OS PROBLEMAS LEVANTADOS E SOBRE OS CUIDADOS GERAIS.**

**X – AVALIAÇÃO**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**X – OBSERVAÇÕES**

.....  
.....

**ANEXO 10** Convite distribuído aos pacientes da CMM II - HU

CONVITE



Convidamos os Sr e sua família a participar do encontro:  
*“Acidente Vascular Cerebral, suas causas, conseqüências e o processo de reabilitação”*.

Data: 20 de abril de 2001

Horário: 16:00 horas

Local: nesta unidade.

Atenciosamente,

Michele Panosso Dotto  
Graduação em Enfermagem/UFSC

CONVITE



Convidamos os Sr e sua família a participar do encontro:  
*“Acidente Vascular Cerebral, suas causas, conseqüências e o processo de reabilitação”*.

Data: 20 de abril de 2001

Horário: 16:00 horas

Local: nesta unidade.

Atenciosamente,

Michele Panosso Dotto  
Graduação em Enfermagem/UFSC

## **ANEXO 11** Material fornecido aos pacientes na realização da atividade educativa.

### ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC): SUAS CAUSAS, CONSEQÜÊNCIAS E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO

#### **O que é o AVC?**

O AVC, conhecido popularmente como derrame, é o comprometimento de uma parte do cérebro, que traz conseqüências físicas e emocionais; ele pode ocorrer por deficiência ou interrupção do fornecimento de sangue para o cérebro. Isso pode se dar em virtude da oclusão (fechamento) total ou de parte de um vaso sanguíneo do cérebro, ou mesmo pelo rompimento desse vaso. Vejamos agora alguns dos principais fatores que podem levar a pessoa a ter um “derrame”.

#### **Principais Fatores de Risco**

Alguns dos principais fatores de risco que contribuem para que aconteça o AVC (derrame) são:

- Hipertensão (pressão alta);
- Diabetes;
- Tabagismo (hábito de fumar);
- Etilismo (hábito de beber);
- Dislipidemias (colesterol e triglicérides elevados no sangue).

#### **Principais Conseqüências**

- Hemiplegia : paralisia da face, braço e perna do lado afetado.
- Hemiparesia: diminuição da força da face, braço e perna do lado afetado.
- Edema: “inchaço” do lado afetado e sensação de peso.
- Diminuição da vascularização: a pessoa fica com o lado afetado mais frio.
- Hemiparestesia: diminuição da sensibilidade do lado afetado, formigamento e dormência do(s) membro(s).
- Afasia: dificuldade de formar palavras compreensíveis e/ou incapacidade de compreender as palavras.
- Disfagia: dificuldade de engolir os alimentos.
- Labilidade emocional: choro sem causa.

#### **Tratamento**

O tratamento vai desde o atendimento hospitalar às atividades de reabilitação, envolvendo vários profissionais, como: médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, serviço social, psicomotricidade,...

O mais importante é começar cedo o tratamento, pois quanto mais cedo se começa a reabilitação, maiores são as chances de recuperação, mais cedo a pessoa pode conseguir melhorar a sua qualidade de vida e retomar suas atividades de vida diárias, cuidando de si mesmo.

#### **Participação da Família**

Também é muito importante a participação da família, pois é ela quem participa do dia a dia do “paciente” e que vai ajudar através do incentivo, da compreensão, da participação nos exercícios, ou seja durante todo o processo de recuperação/reabilitação, que é lento.



**ANEXO 13** TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA E IMAGENS  
FOTOGRAFICAS

DECLARAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_, (estado civil), portador da CI n° \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, transcrita e autorizada, bem como a utilização de imagens fotográficas e depoimentos, para leitura e inclusão no Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem/UFSC da aluna *Michele Panosso Dotto*, podendo estes serem utilizados integralmente, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data, estando os mesmos vinculados ao controle da aluna.

Abdico dos meus direitos, abdicação esta que alcança da mesma forma meus descendentes, subscrevo-me.

Atenciosamente,

---

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2001





Clínica Médica  
**Summer Meeting  
2001**

Atualização  
em  
**Terapêutica  
Antimicrobiana**

De 30 de março a 01 de abril de 2001

Plaza Itapema Resort  
Santa Catarina - Brasil

# CERTIFICADO

Certificamos que

***Michele Panosso Dotto***

participou como Congressista no

**Clinica Médica Summer Meeting 2001**

Dr. Luciano G. de Mello  
Presidente do Summer Meeting 2001

Apoio  
Apoio

Realização  
Realização



**CITIBANK**

where money lives™



# Clínica Médica Summer Meeting 2001

## Atualização em Terapêutica Antimicrobiana

De 30 de março a 01 de abril de 2001

Plaza Itapema Resort  
Santa Catarina - Brasil

# CERTIFICADO

Certificamos que

***Michele Panosso Dotto***

participou como assistente do(s) Curso(s)

**UP DATE EM ANTIBIOTICOTERAPIA**

**no Clínica Médica Summer Meeting 2001**

**Dr. Luciano G. de Mello**

**Presidente do Summer Meeting 2001**

Apoio

Realização



**CITIBANK**

where money lives™



# Certificado

Certificamos que *Michele Panosso Dotto*

participou do **I ENCONTRO CATARINENSE SOBRE AIDS E DIREITOS HUMANOS,**

no período de 22 a 25 de maio de 2001

realizado em Florianópolis - SC

com carga horária de

16 horas

horas, na qualidade de

Participante

Florianópolis, 25 de

maio

de 2001 .

Presidente da Faça  
**Carla Cristine Reiter**

Coordenador do Evento  
**Sandro Eduardo Sardá**



**ANEXO 17**



**Paciente internado na CMM II - HU (ver relato de visita domiciliar)**



**O mesmo paciente da foto acima, já em fase de reabilitação na ASCR. Vestindo-se sozinho.**

**ANEXO 18**



**Paciente recebendo orientações e apoio emocional na sala de ginástica motora.**



**Paciente com alta hospitalar (pose para a foto). Recebeu encaminhamento para a ASCR.**

**ANEXO 19**



**O mesmo paciente em atividade na sala de ginástica motora (fisioterapia).**



**As fotos mostram a caminhada com obstáculos, exercício que trabalha a deambulação correta (em uma das extremidades da “pista” está um espelho que permite que o paciente observe seus movimentos enquanto caminha).**





**Paciente descansando enquanto prepara-se para treino da deambulação (sem obstáculos - fase inicial).**



**Visita domiciliar ao paciente e sua família**

**ANEXO 21**



**Paciente realizando atividades na sala de terapia ocupacional. Exercício para melhorar força e motricidade.**



**Terapeuta explicando os movimentos corretos durante o exercício.**



**ANEXO 22**



**Paciente realizando exercícios de alongamento e amplitude de movimentos, na sala de ginástica motora.**



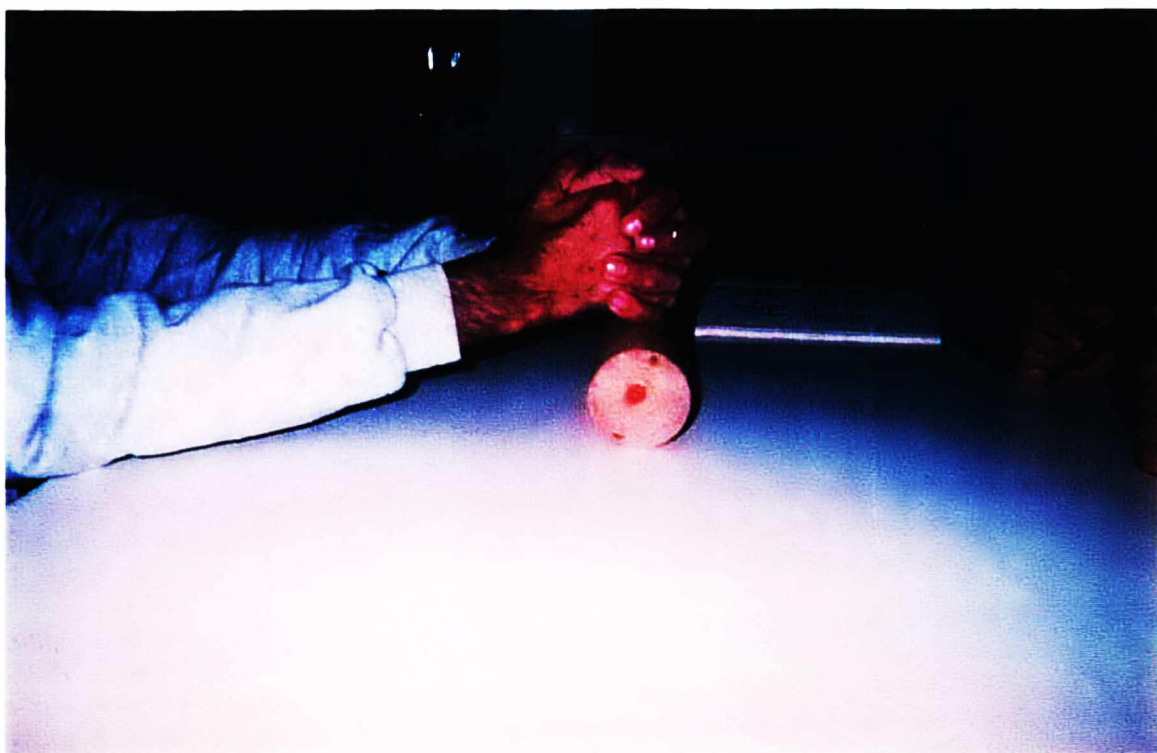
**Paciente realizando treino de Deambulação alternando os passos e andando sobre linhas sinuosas (coordenação e equilíbrio).**



**Treino da marcha com apoio nas barras.**

**Auxilia de fisioterapia prestando orientações e transmitindo segurança ao paciente.**

**ANEXO 24**



**Paciente realizando atividade na sala de terapia ocupacional.**



**Exercícios de amplitude de movimentos e coordenação motora.**



**ANEXO 25**



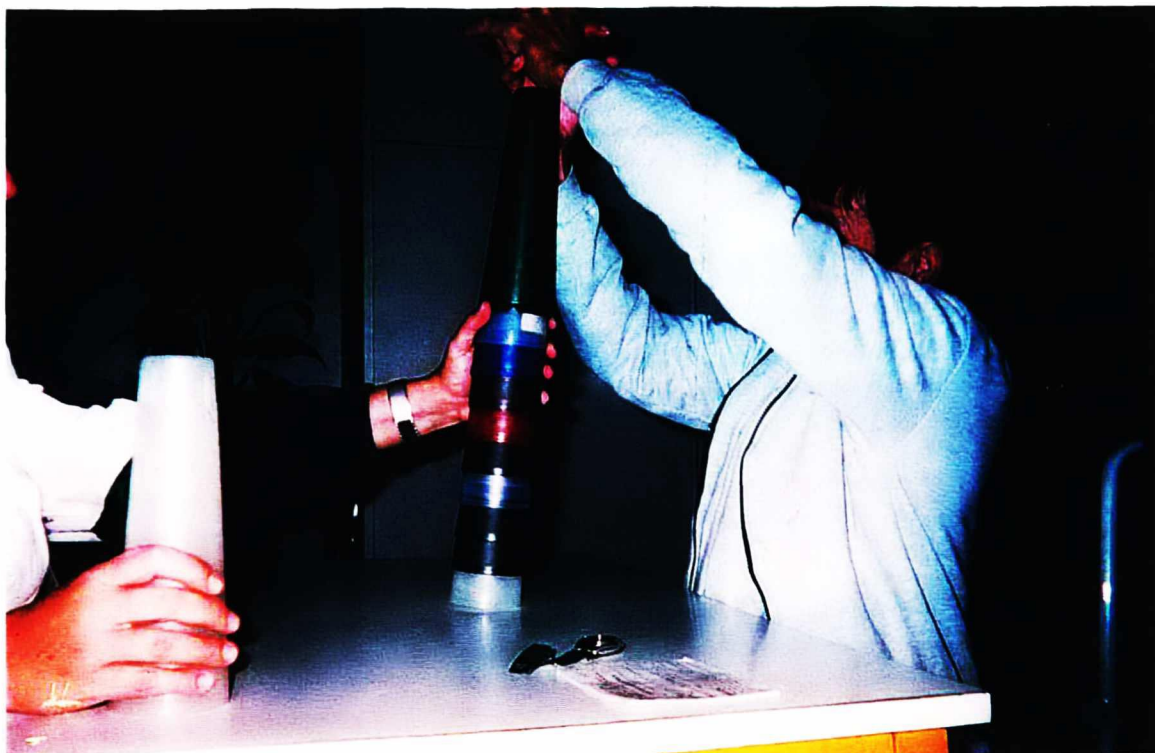
**Note a semelhança do objeto com um rolo de macarrão, favorecendo que o mesmo possa ser realizado em casa.**



**Sorriso e incentivo nas atividades mais difíceis.**



**ANEXO 26**



**Exercício com cones de linha de costura.**



**Atividade que trabalha também a coordenação motora e amplitude dos movimentos.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

**DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

### PARECER DO ORIENTADOR

O presente relatório cumpre rigorosamente os requisitos da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada (INT 5134) e atende as solicitações feitas pela banca de avaliação do mesmo. O trabalho além de contemplar os aspectos técnico-científicos e humanos, primou pela estética. Portanto, foi aprovado com louvor. Recomenda-se a leitura desta Obra.

Professora Orientadora

  
Miriam Süsskind Borenstein

Florianópolis, 13 de julho de 2001