



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

REGIÃO ACADÉMICA I

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CUIDADOS PRESTADOS A IDOSOS HOSPITALIZADOS COM
ACIDENTES VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO, NO HOSPITAL
JOSINA MACHEL/MARIA PIA NO IIº SEMESTRE DE 2023**

Autora: Helena Domingos Manuel Adelino

Orientador: Pedro Maurício, Lic.

Luanda, 2024

REGIÃO ACADÉMICA I

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CUIDADOS PRESTADOS A IDOSOS HOSPITALIZADOS COM
ACIDENTES VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO, NO HOSPITAL
JOSINA MACHEL/MARIA PIA NO IIº SEMESTRE DE 2023**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisito para obtenção do Grau de licenciatura em Enfermagem, sob orientação do Prof. Pedro Maurício, Lic.

Autora: Helena Domingos Manuel Adelino

Orientador: Pedro Maurício, Lic.

Luanda, 2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

**Trabalho de Fim de Curso ao Instituto Superior de Angola para
obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.**

**CUIDADOS PRESTADOS A IDOSOS HOSPITALIZADOS COM
ACIDENTES VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO, NO HOSPITAL
JOSINA MACHEL/MARIA PIA NO IIº SEMESTRE DE 2023**

Aprovado aos ____/____/2024

Banca Examinadora

Presidente Prof Dr (a). _____ Asssinatura _____

1º Vogal Prof. Dr (a) . _____ Asssinatura _____

2º Vogal Prof. Dr (a).. _____ Asssinatura _____

Secretário (a). Dr.(a) . _____ Asssinatura _____

DATA DA DEFESA ____/____/2023

CLASSIFICAÇÃO _____

DEDICATÓRIA

Com reconhecimento, destinamos este trabalho aos meus valiosos progenitores pela disponibilidade e ajuda incansável porquanto, sem à sua presença em nossas existências coisa nenhuma disso seria plausível

AGRADECIMENTOS

Um trabalho deste gênero não teria sido possível sem um conjunto de circunstâncias favoráveis para as quais contribuíram algumas pessoas à quem estou profundamente reconhecida.

Em primeiro lugar, a Deus, Pai todo prestigioso por ter nos arquitetado a existência, astúcia, inteligência, bem-estar, e sossego.

Aos meus Pais José Manuel e Juliana José Domingos, que de tudo um pouco têm feito por mim, pela paciência e pelo incentivo em estudar e realizar este sonho.

Ao meu Orientador, Dr. Pedro Maurício, pela sua prestimosa contribuição nas orientações precisas para a elaboração deste trabalho e, também, como meu Professor, o meu apreço pelas suas habilidades e amplo conhecimento científico e, ainda, pela sua humildade e fácil trato humano

Aos meus colegas, igualmente, à todos os Professores que me auxiliaram nesta árdua caminhada, transmitindo-me importantes conhecimentos.

EPÍGRAFE

“A perda da função cerebral pode ser
desumanizante, tornando-nos dependentes de outros”

(Caplan, 2009)

RESUMO

O presente trabalho tem como foco Compreender os cuidados prestados a idosos hospitalizados com acidente vascular cerebral isquémico, no hospital Josina Machel/Maria Pia no IIº semestre de 2023, isto enquanto objectivo geral. Como objectivo específicos, temos os seguintes: conceituar os cuidados prestados a idoso; contextualizar o acidente vascular cerebral isquémico; classificar o acidente vascular cerebral; caracterizar a amostra segundo a faixa etária, nível académico e estado civil. O acidente vascular cerebral é geralmente conhecido como AVC, é uma condição médica que ocorre quando o suprimento de sangue para uma área específica do cérebro é interrompido, resultando em danos às células cerebrais. Trata-se de uma doença consequente a obstrução de uma artéria que impede a oxigenação das células cerebrais, levando a morte das mesmas. A obstrução pode acontecer devido a um trombo (trombose) ou a um êmbolo (embolia). No entanto, como metodologia de estudo, utilizamos a pesquisa descritiva. Trata-se de um estudo com o modelo de abordagem quantitativa.

Palavras-chave: Cuidados. Idoso. Acidente Vascular Cerebral Isquémico.

ABSTRACT

This work focuses on understanding the care provided to elderly people hospitalized with ischemic cerebral vascular accidents, at the Josina Machel/Maria Pia hospital in the second half of 2023, as a general objective. As specific objectives, we have the following: conceptualize the care provided to the elderly; contextualize ischemic cerebral stroke; classify cerebral vascular accident; characterize the sample according to age group, academic level and marital status. Cerebral vascular accident, commonly known as stroke, is a medical condition that occurs when the blood supply to a specific area of the brain is interrupted, resulting in damaged brain cells. It is a disease resulting from the obstruction of an artery that prevents oxygenation of brain cells, leading to their death. Obstruction can occur due to a thrombus (thrombosis) or an embolus (embolism). However, as a study methodology, we used descriptive research. This is a study with a quantitative approach model.

Keywords: Care. Elderly. Cerebral Ischemic Stroke.

LISTA DE TABELAS

Tabela n.º 1: Caracterização dos dados sócio demográfico da amostra.....	36
Tabela n.º 2: Caracterização dos Inquiridos segundo o Estado Civil.....	37
Tabela n.º 3: Caracterização das Inquiridas segundo o Nível de escolaridade.....	38
Tabela n.º 4: Existe um protocolo específico para o cuidado de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico?	38
Tabela n.º 5: Qual a abordagem principal no tratamento de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico?	39
Tabela n.º 6: Como é feita a triagem e avaliação dos idosos admitidos com acidente vascular cerebral isquêmico?	40
Tabela n.º 7: Existe uma equipe multidisciplinar envolvida no cuidado desses pacientes (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.)?	42
Tabela n.º 8: Como é realizada a comunicação e o envolvimento da família nos cuidados do idoso hospitalizado?	43
Tabela n.º 9: As famílias têm ajudado nos cuidados do idoso hospitalizado?.....	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1: Caracterização dos dados sócio demográfico da amostra.....	36
Gráfico n.º 2: Caracterização dos Inquiridos segundo o Estado Civil.....	37
Gráfico n.º 3: Caracterização das Inquiridas segundo o Nível de escolaridade.....	38
Gráfico n.º 4: Existe um protocolo específico para o cuidado de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico?	39
Gráfico n.º 5: Qual a abordagem principal no tratamento de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico?	40
Gráfico n.º 6: Como é feita a triagem e avaliação dos idosos admitidos com acidente vascular cerebral isquêmico?	41
Gráfico n.º 7: Existe uma equipe multidisciplinar envolvida no cuidado desses pacientes (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.)?	42

Gráfico n.º 8: Como é realizada a comunicação e o envolvimento da família nos cuidados do idoso hospitalizado?	43
Gráfico n.º 9: As famílias têm ajudado nos cuidados do idoso hospitalizado?	44

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	I
AGRADECIMENTOS.....	II
EPÍGRAFE.....	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT.....	V
LISTA DE TABELAS.....	VI
LISTA DE GRÁFICOS.....	VII
INTRODUÇÃO.....	1
Identificação do Problema.....	2
Hipóteses.....	2
Objectivos.....	3
Geral:.....	3
Específicos:.....	3

Delimitação e limitação.....	3
Justificativa.....	4
Estrutura do Trabalho.....	4
CAPÍTULO 1: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
1.1. Definições dos termos e conceitos.....	5
1.2. Cuidados.....	5
1.3. Idosos.....	5
1.4. Acidentes Vascular Cerebral.....	6
1.4.1. Definição e conceito:.....	6
1.4.2. Classificação e etiologia do Acidentes Vascular Cerebral.....	7
1.4.3. Acidente vascular cerebral isquémico.....	9
1.4.5. Acidente vascular cerebral hemorrágico.....	12
1.5. A Hipertensão Arterial Sistémica e o Acidente Vascular Cerebral.....	14
1.5.6. Faixa etária acometida.....	16
1.5.7. Factores de risco e prevenção do AVC.....	17
1.5.8. Manifestações clínicas do AVC.....	17
1.5.9. Diagnósticos do AVC.....	19
1.6. Tratamentos do AVC.....	21
1.6.1. Reabilitação do Doente com AVC num Serviço de Medicina.....	23
1.6.2. Autocuidados na pessoa com AVC em linguagem CIPE.....	32
CAPÍTULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA.....	35
2.1. Tipo de pesquisa.....	35
2.2. Modelo de abordagem.....	35
2.3. Nível de estruturação de método.....	35
2.4. Técnica (s) de recolha de dados.....	37
2.5. Instrumento e procedimento de recolha de dados:.....	37
2.6. População e amostra:.....	38
2.7. Dificuldades encontradas.....	38
CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	39
3.1. Apresentação e Interpretação dos resultados.....	39
CONCLUSÃO.....	50
SUGESTÕES.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54

APÊNDICE.....	60
ANEXOS.....	64

INTRODUÇÃO

Na generalidade a ciência esforça-se por tornar inteligível o mundo da experiência humana. Já a ciência de enfermagem, esforça-se por tornar inteligível o conhecimento do homem e do seu mundo, na parte que se reveste de significado especial para o seu campo de acção (Elhart, 1983 *cit in* Carvalho, 1996). Desta forma, é da responsabilidade do enfermeiro, nomeadamente, especialista em reabilitação averiguar as melhores evidências científicas a nível da qualidade de cuidados nesta área, para também, pela sua responsabilidade profissional e ética, prestar cuidados especializados nos três níveis de prevenção de modo a evitar a doença, reduzir a incapacidade quando surge e a minorar à posteriori a desvantagem do doente vítima de AVC perante a sociedade. Torna-se imperativo ter um conhecimento detalhado e actual nesta matéria, sob as várias perspectivas, para que os potenciais beneficiários se tornem alvo de eficiente reabilitação centrada na adaptação à inaptidão, cujos objectivos major são conseguir a maior independência na realização das actividades de vida diária (AVD's) e na reacquirição de funções executivas compatíveis com uma qualidade de vida que minore os handicaps que restringem o indivíduo na participação das diferentes dimensões que o envolvem.

O cérebro é totalmente responsável pela inteligência, personalidade, humor e pelas características que nos individualizam e levam os nossos semelhantes a reconhecerem-nos como humanos. A perda da função cerebral pode ser desumanizante, tornando-nos dependentes de outros (Caplan, 2009).

O acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico é uma condição médica grave e complexa, que requer atenção especializada e cuidados adequados durante a hospitalização.

No Hospital Josina Machel/Maria Pia, reconhecido por sua excelência no atendimento médico, é essencial garantir a prestação de cuidados de qualidade aos pacientes que sofrem um AVC isquêmico. Nesta lista de sugestões, abordaremos 10 cuidados importantes a serem considerados ao lidar com pacientes hospitalizados nessa situação específica.

Essas sugestões visam a promoção da recuperação do paciente, a prevenção de complicações e a melhoria geral da qualidade de vida durante e após a hospitalização, através de uma abordagem abrangente que engloba desde monitoramento contínuo até suporte psicológico. Vamos explorar cada uma dessas sugestões com mais detalhes, ressaltando a importância de uma abordagem multidisciplinar e personalizada.

Identificação do Problema

Problema é uma questão que envolve intrinsecamente uma dificuldade teórica ou prática, para a qual se deve encontrar uma solução”. A primeira etapa de uma pesquisa é a formulação do problema, que deve ser na forma de perguntas. (Oliveira M. F., 2021, p. 43). Muitas são as vezes em que nos deparamos com idosos hospitalizados e padecendo de acidente vascular cerebral isquêmico e sendo mal atendidos, ou seja, não tendo os cuidados necessários para o seu bem-estar. Nesta linha de abordagem, levanta-se a seguinte questão: **quais são os cuidados prestados a idosos hospitalizados com acidentes vascular cerebral isquêmico, no hospital Josina Machel/Maria Pia no IIº semestre de 2023?**

Hipóteses

H1- Os idosos são atendidos com cuidados especializados, tendo um local onde se acomodam e tem tomado os medicamentos receitados.

H2 – Os idoso têm tido massagem, têm feito fisioterapias para o melhoramento físico.

Objectivos

Geral:

Conhecer os cuidados prestados a idosos hospitalizados com acidente vascular cerebral isquêmico, no hospital Maria Pia no II semestre de 2023.

Específicos:

- Definir o que são cuidados;
- Identificar os tipos de cuidados prestados aos idosos hospitalizados com acidente cerebral isquêmico;
- Conceituar acidente vascular cerebral isquêmico
- Classificar o acidente vascular cerebral
- Caracterizar a amostra segundo a faixa etária, nível académico e estado civil.

Delimitação e limitação

Segundo GIL (2009. p, 123) "delimitar o tema significa escolher entre os outros, vários aspetos anteriormente levantados, aquele que merecerá estudo e investigação, abandonando-se aos demais.

Delimitação: o estudo foi delimitado no hospital Josina Machel/Maria Pia no IIº Semestre de 2023.

Limitação: a nossa pesquisa foi limitada em profissionais do hospital Josina Machel/Maria Pia, no IIº semestre de 2023.

Justificativa

O presente estudo tem como objectivo fazer uma aproximação da realidade vivenciada pelos idosos com acidente vascular cerebral que muitas vezes têm ocasionado paralisia parcial o total dos mesmos. A nível teórico: Justifica-se nosso interesse nessa realidade, pois munidas dessas reflexões, elas poderão ter maiores condições de decidirem sobre suas vidas, mesmo dentro do contexto e influência da sociedade a qual pertencem e do meio em que vivem. Ao passo que a nível prático: considerando que os idosos com idade superior à 60 anos a são maiores usuários dos serviços de saúde e, em geral, se aconchegam aos hospitais para buscarem os melhores tratamentos da enfermidade que padecem.

Estrutura do Trabalho

Tendo em consideração as normas de elaboração do trabalho do fim de curso do ISA, o nosso trabalho está organizado em três capítulos, nomeadamente:

Capítulo I: Tratou-se sobre a Fundamentação Teórica;

Capítulo II: Abordou-se sobre Metodologia de Pesquisa;

Capítulo III: Abordou-se sobre Discussões e resultados obtidos;

Conclusão;

Sugestões e por último a Referência Bibliográfica.

CAPÍTULO 1: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definições dos termos e conceitos

1.2. Cuidados

O conceito de cuidados está relacionado com atenção e assistência dedicadas à manutenção e promoção do bem-estar físico, emocional e mental de um indivíduo, tal como assevera (Zapelini, 2010)

De acordo com Leininger (2018) No contexto da saúde, os cuidados podem ser fornecidos por profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e terapeutas, visando tratar ou prevenir doenças além de promover a recuperação e o auto cuidado dos pacientes.

Nesta linha de ideia, Watson (2018) Os cuidados são essenciais para garantir uma boa qualidade de vida e podem variar em intensidade e necessidades, de acordo com as características e condições de cada indivíduo.

Nestes moldes, podemos frisar que os cuidados são ajudas dadas para promover a saúde e o bem-estar, prevenir complicações, proporcionar conforto e suporte emocional, além de aumentar a qualidade de vida das pessoas que necessitam de assistência.

1.3. Idosos

O conceito de idoso refere-se a uma pessoa que atingiu certa idade avançada, geralmente associada a faixa etária de 60 anos ou mais, (Galisa, 2018).

Nesta senda, Najas & Yamatto (2019) o termo idoso é usado para descrever uma fase da vida em que as pessoas podem experimentar mudanças físicas, cognitivas e sociais significativas.

Assim, o envelhecimento é uma parte natural da vida e com o avançar da idade, podem surgir oportunidades para desafios e realização pessoal, (Galisa, 2018).

Nesta conformidade, é abonatório salientar que o idoso é uma pessoa que se encontra fisicamente decrescendo, visto que devido este factor de envelhecimento, o idoso vai se tornando cada vez mais frágil o que exige dos membros da família, sociedade e o Estado um maior controlo.

1.4. Acidentes Vascular Cerebral

1.4.1. Definição e conceito:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o AVC como sendo um comprometimento neurológico focal (ou global) que subitamente ocorre com sintomas persistindo para além de 24 horas, ou levando à morte, com provável origem vascular (World Health Organization [WHO], 2006). Muitos dos doentes que sobrevivem ao AVC ficam com sequelas de ordem física, sensorial e cognitiva. De facto, o AVC sendo a principal causa de incapacidade no adulto no mundo, leva à reforma precoce e a repercussões socioeconômicas devastadoras (Min, 2010).

O acidente vascular cerebral é geralmente conhecido como AVC, é uma condição médica que ocorre quando o suprimento de sangue para uma área específica do cérebro é interrompido, resultando em danos às células cerebrais, (Gravito, 2016).

No entender de Goldstein e Samsa (2019) o acidente vascular isquêmico é aquele que ocorre quando vaso sanguíneo que fornece sangue ao cérebro é bloqueado por um coágulo de sangue ou uma placa, levando a falta de oxigénio e nutrientes para as células cerebrais.

O AVC hemorrágico é aquele que ocorre quando um vaso sanguíneo se rompe, resultando em sangramento cérebro, (Galisa, 2018).

Deste modo, o acidente vascular cerebral é aquele que ocorre quando há um entupimento ou rompimento dos vasos que levam sangue ao cérebro provocando a paralisia da área cerebral que ficou sem circulação sanguínea adequada.

1.4.2. Classificação e etiologia do Acidentes Vascular Cerebral

Existem várias classificações de AVC que não são uniformes, no entanto, as mais utilizadas baseiam-se no critério etiológico.

Segundo Nobre M. (Nobre, 2014, pp. 29-30), o AVC está dividido em duas classes: e hemorrágico, dividindo-se estes em subclasses de acordo com a sua etiologia

- Tipos de AVC



Fonte: (Nobre, 2014, p. 30)

Segundo Leal (2015, p. 30), o AVC isquêmico representa cerca de 85% de todos os AVC's. A isquemia resulta da oclusão de um vaso ou redução da pressão de perfusão cerebral, que pode ser provocada pela redução do débito cardíaco ou

por hipotensão arterial grave sustentada (O'Sullivan, 2019, p. 30). Este encontra-se dividido em trombótico, embólico e lacunar (Nobre, 2014, p. 30).

Os AVC's trombóticos surgem quando há acumulação de uma placa de ateroma no interior de um vaso, reduzindo a circulação de sangue nesse vaso sendo a estenose da carótida uma das suas principais causas (Brown & King, 2021, p. 30). Este é o tipo de AVC que ocorre com maior frequência.

Quando o AVC é embólico, verifica-se a oclusão arterial por um êmbolo que é libertado na corrente sanguínea e que se desloca até às artérias cerebrais. A formação de êmbolos está normalmente associada às doenças cardiovasculares, nomeadamente à fibrilação auricular, endocardite bacteriana aguda, arritmias e complicações resultantes de cirurgia vascular ou de próteses valvulares. Os êmbolos poderão ainda ser gordos (provocados por fraturas de ossos), gasosos (provocados por cirurgia ou traumatismo) ou de origem tumoral (Bianchini, 2019, p. 58).

A sintomatologia do AVC embólico, por norma instala-se de forma súbita, podendo os sintomas repetirem-se no tempo, em ciclos de melhoria e agravamento, significando embolizações recorrentes (Menoita E. , 2015, p. 31).

As síndromes lacunares representam cerca de 10% de todos os AVC's. Resultam de pequenos enfartes por oclusão de ramos arteriais perfurantes do cérebro e ocorrem geralmente em indivíduos com hipertensão arterial (HTA) não controlada (Martins M. , 2016, p. 31).

Verifica-se que, em qualquer destes subtipos de AVC's isquémicos, existe oclusão de um vaso sanguíneo que provoca isquemia e enfarte da região dependente desse vaso. A área que envolve essa região é denominada por penumbra isquémica, e contém tecido cerebral que está funcionalmente afectado mas ainda viável, pelo fato de se encontrar provido de sangue oriundo de vasos colaterais (Hacke, 2017, p. 31).

O AVC hemorrágico constitui a forma mais grave de AVC, com mortalidade até 50% no primeiro mês, ocorrendo numa população mais jovem (Menoita E. , 2015, p. 31). Resulta da ruptura dos vasos intra-cranianos, com extravasamento de sangue para o tecido cerebral ou para o espaço subaracnoideu (Brown & King,

2021, p. 31), tendo diversos factores predisponentes como a HTA, tumores, aneurismas congénitos, arteriosclerose, traumatismos crânio encefálicos, entre outros (Martins M. , 2016, p. 31). Divide-se em hemorragia intracerebral, parenquimatosa e subaracnoide.

A hemorragia intra-cerebral é mais frequente em pessoas com HTA e arteriosclerose cerebral, habitualmente resulta da ruptura hipertensiva de um vaso cerebral (Branco & Santos, Reabilitação da Pessoa com AVC, 2010, p. 31), dependendo, o quadro clínico e o prognóstico, da localização e extensão da lesão, estando associada a esforços ou a eventos emocionantes (Martins N. , 2017, p. 31).

A hemorragia parenquimatosa afeta mais frequentemente os gânglios da base, a protuberância e o cerebelo. Esta ocorre nos pequenos vasos perfurantes, mais frequentemente nos ramos das artérias cerebrais e nos para medianos da artéria basilar (Martins M. , 2016, p. 31).

A hemorragia subaracnoideia habitualmente é causada pela ruptura de artérias superficiais, aneurismas saculares, malformações vasculares intracranianas, angiomas arteriovenosos ou traumatismos.

De entre os AVC's, é o menos frequente, afectando pessoas com idade inferior a 35 anos, sendo que os mecanismos desencadeantes são: o esforço físico, defecação, tosse, relações sexuais e exposição prolongada ao sol. Surgem sintomas como por exemplo, cefaleias intensas, transtornos da vigília, fotofobia e sinais de irritação das meninges, que ocorrem de forma brusca (Martins T. , 2016).

1.4.3. Acidente vascular cerebral isquémico

Trata-se de uma doença consequente a obstrução de uma artéria que impede a oxigenação das células cerebrais, levando a morte das mesmas. A obstrução pode acontecer devido a um trombo (trombose) ou a um êmbolo (embolia) (Ministério da Saúde Brasil, 2018, p. 19).

Para Rodrigues (Rodrigues, 2017, p. 19), o AVCi ou também conhecido como AVEi é caracterizado pela obstrução de um vaso sanguíneo, por um embolo ou trombo, acarretando déficit do fluxo sanguíneo. Em 85% dos casos são

isquêmicos e em 15% são hemorrágicos. O acidente vascular encefálico isquêmico pode causar grande variedade de déficits neurológicos, dependendo da localização da lesão, do tamanho da área de perfusão inadequada e da quantidade de fluxo sanguíneo colateral.

Nas últimas décadas, estudos vêm sendo realizados para identificar os factores de risco do AVCi (Araújo, 2017, p. 19). Dentre os factores de risco do AVCi, destacam-se hipertensão arterial sistêmica; fibrilação atrial; diabetes mellitus; dislipidemia; obesidade; e tabagismo (Rodrigues, 2017, p. 19). Carneiro (Carneiro, 2015, p. 19) acrescentam a esses factores de risco história de ataques isquêmicos transitórios.

Também são considerados como factores de risco do AVCi, a história familiar de doença cardiovascular, assim como outras etiologias podem estar associadas como cardiopatias, coagulopatias, tumores, doenças hematológicas, vasculites, anomalias vasculares e também infartos venosos (Carneiro, 2015, p. 20).

Dito isso, importante se faz registrar que alguns sintomas e sinais de alerta são muito comuns no AVCi, a saber: paralisia corporal, fraqueza, mudanças na dicção (disartria), bem como na visão e memória, dentre outros (Souto, Lima, & Santos, 2019, p. 20).

Carneiro (2015, p. 20) destacam como sinais e sintomas a paralisia ou fraqueza súbita facial, alteração motora em braço ou perna, mais frequentemente em um lado do corpo, e dificuldades na fala.

De acordo com (Cruz, 2016, p. 20):

O protocolo de atendimento pré-hospitalar do AVE são sinais de risco em menos de quatro horas e meia de evolução da doença: o aparecimento súbito de fraqueza ou dormência na face, no braço ou na perna, especialmente de um lado do corpo; confusão na comunicação (fala ou entendimento); distúrbio da visão em um ou nos dois olhos; alteração da marcha, tontura, desmaio, perda de equilíbrio ou coordenação; e/ou cefaleia de causa desconhecida. Alguns sintomas são bastante comuns em pacientes com AVCi, mas podem variar de acordo com o local da lesão cerebral.

Com relação ao diagnóstico, destaca-se que o AVCi pode ser constatado mediante a realização de exames físicos e de imagem, uma vez que tais exames possibilitarão a identificação de qual área do cérebro foi afectada (Ministério da Saúde Brasil, 2018).

De acordo com a mesma fonte, a tomografia computadorizada do crânio é, então, o método frequentemente empregado para que se possa avaliar um AVCi, porque é por seu intermédio que se consegue demonstrar sinais precoces de isquemia.

No entanto, quando o paciente adentra em uma unidade de emergência com sinais de AVCi, deve-se verificar seus sinais vitais e glicemia. Deve-se, ainda, colocar o paciente deitado, caso esteja vomitando, puncionar um acesso venoso periférico no braço que não se encontra paralisado, e administrar oxigénio, caso necessário.

Segundo Castro (2018, p. 21), o tratamento vai depender directamente do diagnóstico que por sua vez confirma e classifica o tipo de AVC. Até que o diagnóstico seja confirmado existem alguns cuidados que devem ser adoptados a fim de estabilizar o paciente, dentre eles destacamos: controle da pressão arterial (PA), afim de reduzir sangramento; controle da glicemia, valores.

Uma vez diagnosticado que o paciente está com AVCi, pode-se utilizar trombolíticos como objectivo a recanalização precoce do vaso ocluído, proporcionando maiores chances de manutenção da viabilidade do tecido neuronal em risco, ou seja, a área de penumbra” (Rolindo & Oliveira, 2016, p. 21).

No AVCI, imediatamente após a oclusão do vaso em um determinado território, uma área do sistema nervoso cerebral (SNC) entra em sofrimento, e ocorre a morte neuronal.

Ao redor desta área isquêmica, existe uma área de hipoperfusão, mas ainda com tecido cerebral viável, denominada de área de penumbra. Caso o vaso seja recanalizado rapidamente, toda a área de penumbra pode ser salva e a função neurológica daquela região é recuperada. Se o vaso sanguíneo não for aberto,

restabelecendo a perfusão cerebral, a área de penumbra morre progressivamente, até um momento em que não existe mais cérebro viável a ser salvo.

Nesta linha de raciocínio é abonatório salientar que dá esta urgência no tratamento do AVC, quanto mais rápido ocorrer a recanalização do vaso ocluído, maior a chance de reperfundir a área de penumbra e, conseqüentemente, de recuperação do paciente, com diminuição das sequelas (Rolindo & Oliveira, 2016).

1.4.5. Acidente vascular cerebral hemorrágico

No que concerne o acidente vascular cerebral hemorrágico, é abonatório salientar que ele se consubstancia na ruptura dos vasos sanguíneos. Isto é, ocorre uma hemorragia dentro deste vaso.

Para Branco (2009), No AVCH, o rompimento dos vasos sanguíneos se dá na maioria das vezes no interior do cérebro, a denominada hemorragia intracerebral. Em outros casos, ocorre a hemorragia subaracnóidea, o sangramento entre o cérebro e a aracnoide (uma das membranas que compõe a meninge).

Como consequência imediata, há o aumento da pressão intracraniana, que pode resultar em maior dificuldade para a chegada de sangue em outras áreas não afectadas e agravar a lesão. Esse subtipo de AVC é mais grave e tem altos índices de mortalidade.

Neste sentido, Santos e Waters (2020, p. 22) referem que o AVCH é aquele “[...] originado pela ruptura de um vaso com extravasamento de sangue dentro ou em volta das estruturas do sistema nervoso cerebral”.

De acordo com (Rodrigues, 2017, p. 22):

O Protocolo Gerenciado de AVC do Hospital Sírio Libanês, o AVCH pode ser então definido como aquele no qual o dano decorre do rápido extravasamento de sangue no interior do tecido cerebral, ao que chamamos de hemorragia intraparenquimatosa (HIP), com compressão mecânica e comprometimento da anatomia normal do tecido cerebral adjacente, e aumento da pressão intracraniana. Outros prováveis

mecanismos de dano secundário incluem citotoxicidade, estresse oxidativo, inflamação e edema.

Santos e Waters (2020), destacam que os sintomas e sinais de alerta do AVCH são aqueles já apresentados com relação ao AVCi. Partilham do mesmo entendimento, Araújo (2017). Ao comentarem que os sintomas do AVCH são muito semelhantes ao do AVCi.

Além disso, também o diagnóstico do AVCH deve ser realizado da mesma maneira que o AVCi, ou seja, mediante a realização de exames físicos e de imagem, sendo que, dentre estes exames de imagem, cita-se a tomografia computadorizada, como também a ressonância magnética (Araújo, 2017, p. 22).

Segundo Lima (2016, p. 22), o tratamento do AVCH pode ocorrer mediante abordagem cirúrgica que será realizada, preferencialmente, quando o paciente estiver estável hemodinamicamente, sendo possível, consequentemente, preservar a área acometida de danos, bem como aliviar a pressão no local

Barella (2019, p. 22) discorrem, no mesmo sentido, explicando que o tratamento do AVCH se dá por intermédio de procedimento cirúrgico. No entanto, antes disso, necessário se faz estabilizar o paciente, realizar monitoração cardíaca e da pressão arterial.

Sobre o tratamento cirúrgico no AVCH, segundo (Hospital Sírio Libanês, 2021, p. 22), considera:

Avaliação neurocirúrgica para discussão sobre possível abordagem cirúrgica, especialmente nos casos de hemorragia cerebelar, hidrocefalia e sangramentos lombares superficiais ou com efeito de massa importante. Considerar rápida evacuação cirúrgica nos pacientes com HIP cerebelar e deterioração neurológica; presença de sinais de compressão de tronco cerebral; ou hidrocefalia sintomática não comunicante. Na maioria dos casos de HIP supratentorial não há recomendação para a evacuação cirúrgica, podendo ser considerada em pacientes jovens, com Glasgow Coma Score entre 9 e 12, e em hematomas lobares volumosos até 1 cm da superfície do córtex cerebral.

O Protocolo Gerenciado de AVC do Hospital Sírio Libanês destaca, ainda, que uma vez diagnosticado o AVCH, deve-se, dependendo de cada situação em particular, realizar tratamento de hipertensão intra craniana, tratamento hemostático e profilaxia de trombo embolismo venoso (TEV) (Hospital Sírio Libanês, 2021, p. 23).

Ademais, pode-se “associar uso de anticoagulantes após documentação da cessação da hemorragia (ausência de expansão do hematoma) e ausência de outras coagulopatias, dentro das primeiras 48-72 horas” (Hospital Sírio Libanês, 2021, p. 23).

Sendo assim, apresentados aspectos relativos ao AVC como classificação (AVCi e AVCH) e os respectivo conceito, fatores de risco, sintomas e sinais de alerta, diagnóstico e tratamento, na sequência apresenta-se as escalas de avaliação pré-hospitalar e hospitalar do AVC.

1.5. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Acidente Vascular Cerebral

A Hipertensão Arterial Sistêmica-HAS configura-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Estimativas indicam que sua prevalência está ascendente e seu impacto nas populações será ainda mais danoso nos próximos anos (Gagliard, 2017, p. 7).

No entender de Boing e Boing (2017, pp. 7-8) a HAS é um dos agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas mais graves. Estima-se que, em todo o mundo, 7,1 milhões de pessoas morram anualmente por causa de pressão sanguínea elevada e que 4,5% da carga de doença no mundo seja causada pela HAS.

Entre as principais complicações da HAS, estão o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular 8 cerebral (AVC) e a insuficiência renal crônica (IRC). No Brasil, as doenças do aparelho circulatório são as principais causas de óbitos já há algumas décadas. Quanto à hipertensão, estudos de base populacional apontam prevalência nas cidades brasileiras variando entre 22% e 44% (adoptando-se como critério pressão $\geq 140/90$ mmHg).

De acordo com VIGITEL - Vigilância de Factores de Risco e Protecção para Doenças Crónicas por Inquérito Telefónico, 25% de adultos de idade maior ou igual a 18 anos referem diagnóstico médico de hipertensão arterial na cidade de Belo Horizonte (Neves, 2010, p. 8).

A Hipertensão Arterial Sistémica (HAS) é comumente apontada como o principal factor para as doenças cerebrovasculares e, sobretudo, os Acidentes Vasculares Cerebrais. Assim, segundo Gagliard (2017, p. 8): Existe uma relação muito próxima entre DCV e HAS: o cérebro, muitas vezes, é o causador da HAS e ao mesmo tempo a principal vítima dessa doença.

O cérebro é, em geral, o órgão que mais precocemente e mais intensamente sofre as consequências da HAS. O comprometimento é precoce e progressivo; quanto maior o tempo de exposição à HAS, maior o risco, e quanto maiores os índices da HAS, igualmente maiores serão as complicações. Os estudos de Framingham comprovam esse risco progressivo. Uma constatação bastante interessante e ainda sem explicação adequada é que a HAS normalmente é mais lesiva ao cérebro do que a outros órgãos.

Nesse sentido, (Gagliard, 2017, p. 8), diz que:

A Hipertensão Arterial mais discreta produz efeitos maléficos ao tecido cerebral. Assim, são diversas as complicações clínicas trazidas pela Hipertensão, entre as quais podemos citar: infarto cerebral, hemorragia cerebral e déficits cognitivos. O infarto cerebral (AVCi) e as hemorragias cerebrais (AVCh), são situações normalmente dramáticas, com alto índice de sequelas e de óbito. O AVC é a principal causa de sequelas em adultos e de morte, no Brasil. As alterações cognitivas são menos mencionadas, comparativamente aos AVCs, porém também são importantes complicações da HA.

A HAS constitui o principal factor de risco modificável para AVCi, com risco relativo de seis vezes de pacientes hipertensos desenvolverem AVCi (Pires, 2014, p. 8).

O AVC é a principal causa de morte e de sequelas em adultos no Brasil. No entanto, Filho e Martinez (2022, p. 8) dizem que com relação à redução do risco

relativo de 9 AVC e redução da pressão arterial tem-se que o controle da HAS diminuiu o AVC em cerca de 42%. Gagliard (2017, pp. 8-9) afirma que quando há uma redução de 2 mmHg, o risco relativo cai 4%; de 3 mmHg, o risco relativo cai 8%; e de 10 mmHg, o risco relativo chega a cair 33%. Trata-se de um benefício eficaz e efetivo até se chegar a níveis de 115 x 75 mmHg.

Em estudo realizado por Falcão (2014, p. 9), o conhecimento de doença pré-existente associada ao AVC, entre as mulheres, foi de quase 73% e entre os homens de menos de 42%, sendo a hipertensão arterial a doença mais referida. Dentre os que conheciam uma doença anterior ao AVC, 50% das mulheres realizaram tratamento contra 20% dos homens. No momento da entrevista, cerca de 30% dos casos não estavam em tratamento médico medicamentoso e entre os demais foi frequente a irregularidade do tratamento e a falta de acompanhamento por profissional de saúde.

Neste cenário, a constante análise e o levantamento de informações sobre a HAS são de fundamental importância para planeadores e gestores de saúde (Boing & Boing, 2017, p. 9).

1.5.6. Faixa etária acometida

As DCV incidem com maior frequência na idade avançada, período de vida em que se observam as maiores taxas de óbito e sequelas. O doente idoso, comparado ao doente jovem, possui algumas características próprias em relação à etiologia e prevenção destas doenças (Pires, 2014, p. 9).

No Brasil, a distribuição dos óbitos por doenças do aparelho circulatório vem apresentando crescente importância entre adultos jovens, já a partir dos 20 anos, assumindo o patamar de primeira causa de óbito na faixa dos 40 anos e predominando nas faixas etárias subsequentes. A mortalidade nas capitais e em regiões metropolitanas é maior que a da população da América do Norte, onde vem declinando nos últimos 30 anos (Falcão, 2014, p. 9).

Para Zétola et al. (2016), os AVC's têm pico de incidência entre a 7ª e 8ª décadas de vida quando se somam com as alterações cardiovasculares e

metabólicas relacionadas à idade. Entretanto, o AVC pode ocorrer mais precocemente e ser relacionado a outros factores de riscos, como os distúrbios da coagulação, as doenças inflamatórias e imunológicas, bem como ao uso de drogas. Estudos prévios demonstram incidência de 10% em pacientes com idade inferior a 55 anos e de 3,9% em pacientes com idade inferior a 45 anos.

Segundo Falcão et al. (2014), ao observar o Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no período de um ano, demonstrou no total de internações de moradores do Recife, em hospitais próprios ou conveniados ao SUS no estado, que as doenças do aparelho circulatório (DAC) ocupam o segundo lugar nas internações hospitalares, excluídas as complicações da gravidez, parto e puerpério e os transtornos mentais.

No total das internações por DAC, o peso maior é o da faixa de 20 anos e mais, com, aproximadamente, 37% delas entre 20 a 59 anos, o que, possivelmente, resulta em maiores ou mais graves repercussões, por ser essa fase de intensa actividade sócio-produtiva. Por essa razão e por ser a faixa disponível no Sispacto, essa faixa etária de 30 a 59 anos passa a ser o grupo de interesse deste estudo.

1.5.7. Factores de risco e prevenção do AVC

São vários os factores de risco relacionados ao AVC, modificáveis e não modificáveis. Dentre os não modificáveis, ou seja, não passíveis de intervenção, podemos citar o sexo, raça, idade e histórico familiar. O AVC é mais comum em indivíduos do sexo masculino, negros, com mais de 50 anos de idade e com histórico familiar positivo para doenças cardiovasculares (Barbosa, 2019, p. 13).

Dentre os factores modificáveis temos a HAS, tabagismo, dislipidemia, diabetes, sedentarismo, alcoolismo e obesidade. Vários estudos apontam a hipercolesterolemia como um facilitador do desenvolvimento do AVC (Barbosa, 2019).

De maneira geral, grande parte dos AVC são devidos à aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais, e êmbolos cardiogênicos.

Em mulheres, o aparecimento do AVC está comumente relacionado à hiperglicemia, uso de contraceptivos orais e histórico familiar positivo para doenças tromboembólicas. Mas de forma geral o AVC é resultado de HAS, tumores, aneurismas, arteriosclerose e traumatismos (Menoita, 2018, p. 13).

Sendo assim, para Botelho e colaboradores (Botelho, 2016), as melhores formas de prevenir várias doenças, entre elas o AVC, é por meio da adoção de políticas públicas na atenção básica, bem como a melhoria na qualidade de vida das pessoas, visto que os maiores responsáveis pelo AVC são factores modificáveis.

1.5.8. Manifestações clínicas do AVC

Quando a pessoa é acometida por um AVC, há um desenvolvimento súbito e grave de um déficit neurológico, que pode gerar alterações leves, insuficientes para perturbar as suas actividades, ou graves podendo conduzir a um estado de inconsciência total.

A OMS (2019, p. 37) realça que as estruturas mais afectadas pelo AVC são o cérebro, o sistema cardiovascular, os membros superiores e inferiores e a região do ombro. As funções mais afectadas são a consciência, personalidade, tolerância ao esforço, tônus e força muscular, atenção, memória, sono, cognição, visão, fala, deglutição, disfunção urinária, vesical e sexual, reflexos, controlo dos movimentos involuntários, mobilidade, equilíbrio e marcha.

As actividades mais afectadas são a linguagem e a comunicação, a escrita, a leitura, a capacidade de cálculo, capacidade em transferir-se, controlo corporal, deambular, auto cuidar da sua higiene, vestir-se, comer, beber, fazer o trabalho doméstico, conduzir e participar em actividades de lazer.

O AVC isquémico distribui-se por territórios arteriais e o AVC hemorrágico nos locais de maior fragilidade vascular (Menoita, 2015).

Ramas, 2017, p. 40:

Os défices físicos e cognitivos são as sequelas mais evidentes do AVC, mas existem outras, como as com orbilidades cardiovasculares e metabólicas, a intolerância ao esforço, as consequências da imobilidade, a perda de habilidades para as AVD's, Instrumentais e de lazer ou trabalho, tornando-se num conjunto de défices com um elevado impacto na funcionalidade e nos resultados obtidos com a reabilitação (Ramas, 2017, p. 40).

No entanto, os doentes que sobrevivem a um AVC apresentam sempre algum grau de incapacidade tendo que enfrentar várias limitações que condicionam a sua independência para o auto-cuidado e a sua qualidade de vida, pessoal, profissional, social e familiar, com a consequente sobrecarga dos cuidadores.

De acordo com dados do Alto-Comissário da Saúde (2019, p. 40), em Portugal verifica-se um decréscimo das mortes provocadas por AVC. Entre 2000 e 2008 houve uma diminuição de 33,9% de mortes e em 2009 a taxa de mortalidade por AVC antes dos 65 anos foi de 9,5 óbitos por 100 000 habitantes. A mortalidade intra-hospitalar por AVC diminuiu 2,6% aproximando-se da meta definida para 2010.

Nestes moldes, é essencial, na fase aguda do AVC, assegurar uma adequada acessibilidade de todos os doentes a cuidados médicos, de diagnóstico e tratamento, nomeadamente reabilitação. Esses factores vão posteriormente traduzir-se em ganhos em saúde.

Está comprovado que o tratamento de doentes com AVC isquémico em unidades de AVC reduz a mortalidade, a incapacidade e a necessidade de assistência institucional, comparativamente ao tratamento numa enfermaria convencional (European Stroke Initiative, 2021).

As sequelas do AVC, devem ser criteriosamente avaliadas permitindo a definição de objectivos e metas de reabilitação. Existem várias escalas e testes de avaliação da função motora, equilíbrio, marcha e força devendo ser escolhidos as que melhor se aplicam a cada realidade. Consequentemente registados e actualizados sempre que se justifique.

Assim, a fase da avaliação destes doentes deve ser contínua, pois durante o processo de reabilitação podem aparecer várias complicações, permitindo aos

profissionais de saúde, particularmente ao Enfermeiro de Reabilitação pelo seu conhecimento científico, actuar prevenindo ou tratando o mais precocemente possível.

1.5.9. Diagnósticos do AVC

A determinação precoce do AVC amplia as possibilidades terapêuticas e possibilita intervenções que resultarão em uma melhor qualidade de vida e redução das consequências e sequelas causadas pelo AVC. A detecção de sintomas do AVC deve ser feita quando o paciente apresenta qualquer alteração motora, de consciência, de fala e apresenta cefaleia intensa (Oliveira A. R., 2017, p. 15).

Existem várias escalas que foram criadas para identificar rapidamente o paciente que está sofrendo o AVC e direccionar o profissional que o atendeu. No atendimento pré-hospitalar comumente usa-se a escala de Cincinnati, que tem como similares a Face Arm Speech Test ou FAST e a Los Angeles Prehospital Stroke Scale.

De modo geral avalia três itens: queda facial (que pode ser observada quando o paciente sorri e um dos lados da face fica paralisado), fraqueza dos braços (ao solicitar que o paciente feche os olhos e erga os braços por dez segundos, um dos membros não se movimenta) e discurso incorrecto ou pronúncia alterada. Havendo alterações em qualquer um destes itens, há 72% de probabilidade do paciente estar sofrendo um AVC, porém outras patologias não devem ser descartadas (Bianchini, 2019, p. 16).

Deste modo, é dever dizer que pode-se também utilizar a escala de Glasgow para avaliar a excitabilidade e percepção pela melhor resposta do paciente em relação à resposta verbal, resposta motora e abertura ocular.

Nessa escala é dado uma nota ao paciente, que varia de 3 a 15 pontos, categorizados por cada item. O paciente que apresenta nota 3 é considerado não-reactivo e o que apresenta nota 15 é aquele completamente responsivo. Essa escala não é indicada em crianças menores que 5 anos e pacientes sedados ou curarizados. Se o paciente estiver em hipóxia ou em quadro de hipotensão aguda, a

escala de Glasgow não aponta a gravidade da lesão sofrida. Em pacientes entubados, hemiplégicos, afásicos e com edema palpebral intenso a avaliação é prejudicada (Bianchini, 2019).

Na óptica do mesmo autor também é muito utilizado a escala do National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) ou NIH, que pode auxiliar no diagnóstico do AVCI e do AVCH, porém é mais seletiva para o AVCI. O resultado desta escala prevê o prognóstico sobre a gravidade do AVC diante dos déficits apresentados.

No entender de Rolim & Martins, (2015, p. 16) existem ainda escalas específicas para o AVCH para classificar o sangramento apresentado na tomografia.

O conhecimento e adequada aplicação dessas escalas, permite ao enfermeiro a fazer os diagnósticos e prescrições de enfermagem correctamente, além de obter dados que complementam as informações a respeito do paciente e permitem melhor acompanhamento da sua evolução.

Para diagnóstico do AVC, deve-se investigar a história clínica, bem como os factores de risco e sinais e sintomas apresentados pelo paciente. As lesões isquêmicas dificilmente são visualizadas nas primeiras horas, mas a tomografia computadorizada de crânio auxilia no diagnóstico e exclusão do AVCH, apontando a extensão da hemorragia quando esta está presente. Podem também ser realizados ressonância magnética e angiografia dos vasos encefálicos. Por último, quando a tomografia de crânio não aponta anomalias e suspeita-se de AVCH, pode ser feito a colecta de líquido cefalorraquidiano (Bianchini, 2019).

1.6. Tratamentos do AVC

O paciente com a sintomatologia indicativa de AVC deve ser encaminhado a um centro de referência, ou unidades de AVC. O enfermeiro realiza a triagem e confirma os sintomas pré-hospitalares. Essa avaliação deve focar nas vias aéreas, circulação, respiração, sinais vitais e exame neurológico.

O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer os sintomas neurológicos sugestivos de AVC e avaliar rapidamente o tempo inicial dos sintomas. Um

instrumento utilizado para avaliação neurológica e indicação do uso do trombolítico é a escala de AVC da National Institutes of Health (NHSS) (Cavalcante, 2018, p. 16).

Nesses locais de referência o código AVC é disseminado e promove uma série de acções coordenadas na unidade de saúde ou interunidades da Rede de Urgência e Emergência (RUE). São realizados vários exames, dentre eles a tomografia computadorizada, que indica qual tipo de AVC o paciente sofreu. Se confirmado o AVC isquêmico, o paciente é encaminhado para a realização da trombólise. No caso do diagnóstico positivo para AVC do tipo hemorrágico, avalia-se o local apóxico e estuda-se a possibilidade de intervenção cirúrgica (Morais, 2017, p. 16).

Nesta linha de abordagem, nos últimos anos com os avanços tecnológicos, farmacológicos e de pesquisas, as abordagens e tratamentos das doenças cerebrovasculares tem se modificado.

O AVC agudo passou a ter uma abordagem interventiva. O AVC passou a ser considerado uma emergência, culminando numa intervenção mais rápida e sistematizada (Cunha, 2014).

Por definição, a fase aguda do AVC é definida pelo período de 48 horas com déficit neurológico (Bianchini, 2019, p. 16), mas se o cérebro permanecer em isquemia por um longo tempo (aproximadamente de 4-6 horas) as lesões cerebrais são irreversíveis. Os tratamentos disponíveis para o AVCI e O AVCH são diferentes, mas ambos incluem suporte clínico, prevenção e tratamento de complicações, reabilitação e prevenção de demais ocorrências (Bianchini, 2019) .

Havendo confirmação do AVCI, em até 4 horas e meia deve-se iniciar a neuroproteção e administrar o rt-PA (ativador do plasminogênio tissular recombinante). O objectivo do tratamento na fase aguda do AVCI é limitar a área da penumbra isquêmica, que é uma região com isquêmica, porém com células ainda viáveis e potencialmente recuperáveis, e evitar novos AVC. Para tanto, o monitoramento dos parâmetros fisiológicos e a garantia da reperfusão tecidual são essenciais.

A pressão arterial deve ser mantida inferior a 220/120 mmHg, atentando-se para o risco de hipoperfusão da área afectada; é necessário monitorar também a temperatura corporal e hipóxia cerebral, evitando assim o aumento do dano cerebral. Caso não haja administração do rt-PA em tempo hábil, a terapia farmacológica com o ácido acetilsalicílico deve ser utilizada. No AVCH a intervenção cirúrgica para drenagem do hematoma deve ser considerada, e o controle da pressão arterial (PA) e da pressão intracraniana (PIC) são de extrema importância (Ministério da saúde Brasil, 2012, pp. 16-17).

Em 1996 a Federal Drug Administration (FDA) aprovou para casos selecionados de AVC o uso do ativador do plasminogênio tissular recombinante (rt-PA), que desmembra a fibrina do coágulo, significando um grande avanço no tratamento do AVC isquêmico, determinando-o como emergência médica. O uso desse trombolítico objetiva a recuperação da área da penumbra isquêmica, que é uma área em isquemia, porém com células ainda viáveis e passíveis de recuperação (Katsuji, 2017).

Para realização da trombólise endovenosa, deve-se observar uma janela terapêutica, que equivale a 4,5 horas após o aparecimento dos sintomas. A trombólise objectiva intervir nos mecanismos fisiopatológicos ocasionados pela isquemia e diminuir as suas consequências, o que exige um rápido atendimento do paciente com AVC (MILÁN et al., 2010). Todos os casos de AVC isquêmico devem ser considerados como potenciais receptores do tratamento trombolítico, independentemente da região cerebral afectada (Mariano, 2017, p. 17).

A American Heart Association, Council on Cardiovascular Nursing e Stroke Council recomenda para o tratamento com o trombolítico: avaliação neurológica e aferição de sinais vitais (com excepção da temperatura) a cada 15 minutos durante a infusão do rt-PA. Nas seis horas seguintes esses parâmetros devem ser avaliados a cada meia hora e nas 16 horas subsequentes, deve-se avaliar a cada 60 minutos. A temperatura deve ser avaliada a 4 horas e o médico deve ser informado caso haja qualquer alteração nos sinais vitais. Caso a saturação de oxigênio for menor que 92% deve-se oferecer oxigênio por cateter nasal a 2-3 litros por minuto. A monitorização cardíaca deve ser mantida por 72 horas e o paciente deve manter repouso no leito (Cavalcante, 2018, p. 17).

Visando melhorar a assistência prestada aos pacientes, diminuir as sequelas e aumentar as possibilidades terapêuticas foram criadas as unidades de AVC, que são centros especializados em diagnóstico e tratamento, com profissionais devidamente treinados e com todo suporte tecnológico necessário para atendimento em tempo hábil do paciente com AVC. O Hospital de Clínicas de Uberlândia em Novembro de 2016 aderiu ao protocolo de atendimento ao AVC agudo.

Assim, é necessário um acúmulo de referencial teórico sobre o AVC em todas as suas perspectivas, para elaboração de protocolos e capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento dos indivíduos, garantindo qualidade de atendimento, melhorando o prognóstico e aumentando a qualidade de vida dos pacientes atendidos.

1.6.1. Reabilitação do Doente com AVC num Serviço de Medicina

O envelhecimento da população é um tema recorrente na literatura sobre cuidados em saúde e esta é uma realidade presente nos serviços de Medicina. Estamos perante uma população idosa que apresenta elevada prevalência de doenças crónicas degenerativas, somada à decorrência de pluripatologias como é o AVC (Sales & Iraci, 2017).

Johnstone (2020, p. 44) já dizia, que para que a reabilitação na fase aguda atinja os melhores resultados, é necessária a conjugação de esforços de equipas multidisciplinares, em que todos os membros dessa equipa tenham uma meta comum, de modo a que o programa de reabilitação se torne realmente eficiente.

Os resultados da reabilitação não dependem apenas de um conjunto de técnicas, mas da continuidade, coordenação e inter-relação do trabalho desenvolvido por toda a equipa, com o objectivo da resolução de problemas e da obtenção de ganhos em qualidade de vida e bem-estar (Menoita E. , 2015, p. 44).

Embora as equipas de reabilitação sejam constituídas por vários elementos, o EEER está presente ao longo de todo o processo de recuperação, promovendo o papel activo do doente e da sua família, favorecendo a parceria, participação e continuidade de cuidados no decorrer de todo o processo. Segundo Benner (Benner,

2016) o EEER com base nos seus conhecimentos com evidência científica, deve exercer a função de guia orientador, conduzindo e orientando o doente e família, pelos caminhos e recursos possíveis, no interior da complexidade de toda a equipa multidisciplinar, para potenciar a consecução dos melhores resultados possíveis.

Não existe um consenso acerca do início do programa de reabilitação num doente com AVC, mas todos os autores defendem um “início precoce”. O timing desse início varia conforme a bibliografia.

Segundo Hesbeen (2021), o programa de reabilitação deve ser iniciado o mais cedo possível, logo que o doente esteja estável e as lesões sejam identificadas, entre as quarenta e oito e setenta e duas horas após AVC deve instituir-se o plano de reabilitação.

Uma revisão sistemática sobre as actividades funcionais a reabilitar no doente com AVC realizada em 1997 por Ryerson S. e Levit K., refere que a reabilitação deve ser iniciada ainda na posição de deitado contemplando os ensinamentos ao doente e sua família.

Martins (2016, p. 45), diz que se deve actuar nas primeiras horas na parte da isquemia que permanece viável à recuperação.

O sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC depende de uma série de rotinas de exercícios, que devem ser de crescimento lento, repetitivo e persistente e que não devem evoluir para além da capacidade individual da pessoa (Branco & Santos, 2010, p. 45).

A reabilitação da pessoa vítima de AVC deve ser acompanhada por uma equipa multidisciplinar, em que estão presentes disciplinas fundamentais como a Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Serviço Social (Langhorne, 2011, p. 45).

Menoita E. , 2015, explica que:

Neste processo o EEER tem um papel determinante uma vez que realiza, desde a admissão até à alta, o acompanhamento do doente e família estabelecendo objetivos de recuperação atingíveis com base numa

relação de confiança. Este também intervém junto de diversos sistemas, nomeadamente na rede de suporte social e serviços que possam contribuir para a qualidade da reabilitação (Menoita E. , 2015, p. 46).

Antes de iniciar qualquer intervenção terapêutica é essencial uma correta neuroavaliação, realizada pelo EEER, para determinar o sentido do processo terapêutico e conduzir ao sucesso desse mesmo processo (Branco & Santos, Reabilitação da Pessoa com AVC, 2010, p. 46). Realiza-se, de preferência com a presença de algum membro da família, a anamnese, o exame físico e o exame neurológico, que deve ser realizado em ambiente calmo e tranquilo.

Segundo Menoita (2015, p. 46), a avaliação da pessoa com AVC deve contemplar os seguintes itens:

- **Estado mental**

Para avaliação do estado mental é necessário que o doente mantenha a capacidade cognitiva preservada para a maior parte do exame. Esta engloba as seguintes avaliações: consciência; orientação; atenção; memória; capacidades práticas; negligência hemiespacial unilateral e linguagem.

- **Pares cranianos**

Os pares cranianos são doze e encontram-se ligados ao encéfalo. Estes incluem: I-olfativo; II-ótico; III-oculomotor comum; IV-patético ou troclear; V-trigêmeo; VI-motor ocular externo; VII-facial; VIII-vestíbulo-coclear ou estado-acústico; IX-glossofaríngeo; X-vago/pneumogástrico; XI-espinhal ou acessório e XII-hipoglosso.

A avaliação neurológica por pares cranianos envolve uma ampla variedade de aplicações técnicas específicas que permitem a detecção de alterações graves do foro neurológico (Branco & Santos, 2010).

- **Motricidade**

O exame da motricidade pode-se dividir em exame da força, tônus muscular e coordenação motora.

Na força muscular avaliam-se todos os movimentos dos vários segmentos corporais. A escala utilizada no serviço de Medicina UF3 é a de Medical Research Council.

O tônus muscular é um reflexo proprioceptivo destinado a manter a postura corporal através de uma contracção permanente e moderada dos músculos (Pinto, 2001, p. 46). Aqui avalia-se se o doente apresenta espasticidade sendo que a escala mais utilizada é a de Ashworth (Leitão, 2006, p. 46).

A avaliação da coordenação motora baseia-se no ritmo, simetria, alternância e rapidez.

- **Sensibilidade**

Podem ser avaliadas dois tipos de sensibilidade, a superficial que engloba a sensibilidade táctil, térmica e dolorosa e a profunda que engloba a sensibilidade vibratória ou palestésica e postural.

- **Equilíbrio e marcha**

Avalia-se o equilíbrio estático e dinâmico na posição sentado e de pé. Na avaliação do VIII par craniano esta avaliação já é realizada.

A locomoção e postura corporal normal exigem integridade da função vestibular, da propriocepção e da visão (Menoita, 2015, p. 47).

Na fase aguda do AVC, a redução do edema cerebral, absorção do tecido lesado e o aumento do fluxo vascular local levam a ganhos funcionais que são inerentes ao processo de recuperação espontânea.

Na base da reabilitação está a compreensão do processo de neuroplasticidade, com a regeneração e reorganização do sistema nervoso cerebral (SNC).

A neuroplasticidade ou plasticidade neuronal é definida, como a capacidade que o SNC tem para alterar o seu perfil químico, estrutural e a sua função (Takase, 2021, p. 47). Existe evidência de que as células nervosas centrais se podem regenerar ou até mesmo formarem-se de novo (Menoita, 2015, p. 47).

As técnicas de reabilitação devem ser focalizadas em actividades ou tarefas funcionais significativas para a pessoa e com gradual aumento da dificuldade, pois vão influenciar a neuroplasticidade, resultando numa recuperação mais rápida. Assim, o EEER através de planos de tratamento adequados consegue a obtenção de elevados ganhos funcionais.

Após a neuroavaliação, o EEER deve, com o doente, determinar as estratégias terapêuticas mais adequadas para que o mesmo possa atingir os resultados desejados. O grau de recuperação depende não só da localização e extensão do AVC, como também da qualidade do tratamento de reabilitação recebido no hospital e após a alta (Boing & Boing, 2017).

A motivação do doente e da família e/ou cuidador é também um factor determinante na recuperação da funcionalidade. Uma família que estimula o doente, não o substituindo, está a ajudar na recuperação do mesmo.

- **Alteração da mobilidade**

As alterações da mobilidade estão relacionadas com alterações da força e do tônus muscular, alteração do mecanismo de controlo postural e da sensibilidade (Menoita E. , 2015, p. 48).

Segundo Menoita (2015, p. 48) as estratégias terapêuticas para actuar na alteração da mobilidade são: facilitação cruzada; indução de restrições forçando o uso do sistema lesado; posicionamentos em padrão anti-espástico que devem ser mantidos até à recuperação total do doente; estimulação sensorial, que actua na plasticidade cerebral; mobilizações de todas as articulações, podendo estas ser passivas, activas assistidas, activas e activas resistidas, de acordo com a evolução do doente e actividades terapêuticas que se baseiam no desenvolvimento motor adquirido pelos bebés (rolar, sentar, posição ortostática e marcha).

- **Alteração da motricidade facial**

Na paralisia facial há a interrupção da informação motora para a musculatura da face.

As estratégias terapêuticas para actuar na motricidade facial são: massagem, pois esta estimula os receptores proprioceptivos preservando o esquema corporal da mesma para além de elevar o metabolismo celular, e a reeducação dos músculos da face que é longa e minuciosa (Menoita, 2015).

- **Alteração da linguagem: disartria**

A disartria é uma perturbação da articulação das palavras que resulta da falta de força, alteração do tónus ou da coordenação dos músculos do aparelho fonador (laringe, palato, língua ou lábios), não sendo considerada uma perturbação da função cognitiva.

As estratégias terapêuticas para reabilitar a disartria são: fonação reflexo, como a tosse, o riso, o pigarrear entre outras; terapia fisiológica, realizando-se a adução laríngea através do suspiro, bocejo e o som nasal ou vibrante; reeducação da musculatura facial; técnicas que ajudam a melhorarem o discurso (Menoita E. , 2015).

- **Alteração das funções cognitivas**

As alterações cognitivas dependem do hemisfério cerebral que foi afectado.

O hemisfério esquerdo é responsável pelas capacidades verbais e pelas que requerem uma análise minuciosa dos estímulos (leitura, escrita, cálculo, linguagem oral, memória verbal), enquanto que o hemisfério direito é responsável pelas capacidades não-verbais que são aquelas que requerem um processamento mais global dos estímulos (memória de faces e visuoespaciais, capacidade musical) (Martins T. , 2016, p. 49).

No doente com AVC, ficam acometidas diversas funções cognitivas dependendo do hemisfério lesado. Pode haver alteração da memória, alteração das capacidades práxicas, negligência hemiespacial unilateral, alterações da linguagem (afasia) e alteração da capacidade de cálculo, existindo diversas estratégias terapêuticas para reabilitar cada alteração (Menoita, 2015).

Para a alteração da memória podem ser utilizadas várias terapias, dependendo do tipo de memória afectada, memória a curto prazo, memória a longo prazo ou amnésia. Segundo Menoita (2015, p. 49), para a recuperação da memória podem aplicar-se as seguintes terapias: terapia de orientação para a realidade (trabalha fundamentalmente a memória a curto prazo); reeducação comportamental activa (trabalha as atitudes alteradas através da intensificação das interacções sociais e ambientais); terapia da reminiscência (trabalha a memória episódica) e a reabilitação baseada na facilitação da memória implícita residual (baseia-se no treino por repetição com a finalidade de reaprender).

- **Alteração na deglutição**

Para a alteração da deglutição ou disfagia, torna-se necessária uma intervenção o mais precoce possível, pois está associada muitas vezes a várias complicações, como o aumento das secreções orais que podem conduzir à obstrução das vias respiratórias e à pneumonia de aspiração, desidratação, perda de peso e má nutrição.

Antes de qualquer administração de alimentos líquidos ou sólidos o EEER deve proceder a uma correcta avaliação: observar o controlo da cabeça numa posição sentado a 90º, avaliar a simetria da face e dos lábios, observar a capacidade do doente para fechar firmemente os lábios, observar a simetria interna da boca e observar o estado geral dos dentes colocando prótese dentária se for o caso (Direção Geral da Saúde, 2019, p. 50).

A intervenção do EEER no doente com disfagia passa não só pela avaliação, como também pela classificação da mesma. Deve-se administrar 10 ml de água utilizando uma colher e se o doente deglutir administra-se 50 ml num copo pequeno realizando-se posteriormente a classificação (Monteiro, 2010, p. 50).

- **Alteração do padrão de eliminação vesical e intestinal**

A incontinência urinária é comum após AVC principalmente nos doentes mais idosos, mais incapacitados e com maior deterioração cognitiva.

O doente em fase aguda de AVC apresenta habitualmente bexiga neurogênica desinibida, resultante da lesão cerebral. Esta caracteriza-se pela

capacidade normal ou diminuída, com ausência do controlo voluntário da micção e volume residual nulo.

(Branco, 2019, p. 51) afirma:

Inicialmente o doente pode apresentar retenção urinária por supressão do tónus dos músculos da bexiga, sendo necessário nesta fase recorrer à algaliação. Com a melhoria da situação clínica há indicação para desalgaliar e recorrer a cateterismos intermitentes, se necessário. Se o doente conseguir urinar espontaneamente, mas apresentar perdas involuntárias de urina deve-se estabelecer e adequar um horário em função dos líquidos ingeridos (Branco, 2019, p. 51).

Deve-se ensinar ao doente, técnicas de reeducação perineal, através do treino vesical, permitindo deste modo o restabelecimento cortical sobre a bexiga – terapia comportamental.

- **Alteração da integridade cutânea**

A alteração cutânea mais frequente no doente com AVC são as úlceras de pressão. A úlcera de pressão é uma lesão localizada na pele ou tecido subjacente, que se localiza normalmente numa proeminência óssea, como resultado da pressão exercida ou de uma combinação entre a pressão e forças de torção (European Pressure Ulcer Advisory Panel, 2019, p. 52).

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados (Direção Geral de Saúde, 2018, p. 52).

Os doentes acometidos por AVC, desenvolvem frequentemente úlceras de pressão, pois estão sujeitos a alterações da mobilidade, da sensibilidade, à humidade excessiva devido à incontinência de esfíncteres, tornando-se todos estes itens factores de risco.

Outros factores de risco são a idade, a desnutrição, a desidratação, o peso corporal (doente emagrecido ou obeso), o estado da pele e o estado geral. Todos estes factores são muito frequentes em doentes com AVC internados no serviço de Medicina.

- **Alteração na sexualidade**

A sexualidade é uma dimensão constitutiva da identidade e da personalidade de cada ser humano (Menoita E. , 2015, p. 53).

Segundo a OMS a sexualidade humana forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica de cada um que não pode ser separada de outros aspectos da vida. A pessoa, após AVC, apresenta alterações da sexualidade podendo estas alterações serem uma consequência directa do AVC ou advirem de factores psicossociais como a depressão.

De um modo geral, na nossa sociedade, o tema da sexualidade continua cheio de preconceitos, discriminações, tabus, que se acentuam nos doentes com AVC.

Nesta conformidade, é normal existir uma diminuição do desejo sexual em doentes após ocorrência de AVC, devido principalmente às atitudes sociais que tendem a dessexualizar estas pessoas, às alterações da imagem corporal e da auto-estima, à redução da mobilidade e às dificuldades de controlo vesical e intestinal, bem como aos efeitos provocados pela medicação (Menoita E. , 2015, p. 53).

- **Alteração emocional e social**

O doente acometido por um AVC, para além das consequências directas da lesão pode experienciar alterações emocionais, como a ansiedade e depressão (Cancela, 2018, p. 54). Estas alterações podem levar a um maior comprometimento funcional uma vez que o doente deixa de cuidar de si e de investir no processo de reabilitação. Por outro lado originam dificuldades de relação com a família e amigos, conduzindo a um isolamento social dificultando a reintegração familiar e social.⁵⁴

É indispensável estabelecer uma relação de confiança com o doente, onde a confidencialidade, a partilha, a segurança e o reforço positivo se tornem basilares. Deve-se promover a socialização, fomentando o recurso à sua rede de suporte social (Menoita E. , 2015, p. 54).

É fundamental promover a auto-estima destes doentes, promovendo a sua participação em actividades diárias ou em grupos de actividades, tornando a família parceira e prestadora de cuidados.

1.6.2. Autocuidados na pessoa com AVC em linguagem CIPE

As políticas de saúde procuram capacitar a pessoa para que esta consiga gerir com maior eficácia os processos de saúde doença, ao cerebralizarem a responsabilização na pessoa/cuidador para cuidar de si própria nomeadamente no que refere as AVD em que, com ajuda de profissionais, há a procura de comportamentos adequados face às suas necessidades (Petronilho, 2019, p. 55).

As AVD's fazem parte do quotidiano de todas as pessoas sendo consideradas actividades de auto-cuidado que segundo Orem (Orem, 1980, p. 55) são actividades que a pessoa realiza em seu próprio benefício para manter o bem-estar, saúde e vida.

O foco auto-cuidado consta do resumo mínimo de dados, do sistema de informação e do core de indicadores de enfermagem, para o repositório cerebral de dados de saúde, encontrando-se orientado para o enunciado descritivo dos padrões de qualidade de Enfermagem de Reabilitação definidos pela Ordem dos Enfermeiros "O bem-estar e o auto cuidado" (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que procura a independência para a realização do auto-cuidado. Este, e segundo Orem (2015, p. 56), é entendido como sendo um conjunto de acções desenvolvidas pelo indivíduo/cuidador para atender às AVD's que são aprendidas e aperfeiçoadas ao longo da vida.

O EEER pretende ajudar a pessoa a alcançar o seu próprio nível de saúde, quer pela optimização de recursos externos, quer pela orientação prestada, promoção e desenvolvimento de todo um potencial individual que seja capaz de contribuir para a concretização do projecto de saúde.

A pessoa que sofreu um AVC manifesta quase sempre alterações em diversos auto-cuidados levando a um comprometimento da sua independência. Estas, por norma, têm um grande grau de prontidão para aprender, o que torna o hospital um local privilegiado para essa reeducação (Silva, 2017, p. 56).

(Menoita E. , 2015, p. 56) afirma que:

Quando a pessoa sofre um AVC, a sua família e o seu meio ambiente também sofrem alterações. Para a pessoa, representa uma diminuição da sua autonomia, para a família pode representar alterações de papéis e problemas económicos e para a sociedade diminuição da produtividade e elevada utilização dos serviços de saúde.

Assim, o EEER deve promover na pessoa com AVC a máxima independência, promovendo segurança no desempenho das actividades de auto-cuidado e prevenindo complicações. Deve planificar rigorosamente a sua intervenção de modo a atenuar os problemas detectados e se necessário recorrer a produtos de apoio (ex.: assentos de banheira, barras de apoio, pratos e talheres adaptados, material antiderrapante, entre outros) para aumentar a autonomia do doente.

Existem diversos factores que contribuíram para que o auto-cuidado fosse considerado foco de atenção no domínio da saúde: mudança de paradigma de cuidados curativos para uma lógica orientada para a promoção da saúde; contenção de custos levando a internamentos mais curtos e aumentando a relevância dos cuidados no domicílio; maior consumo de informação por parte da pessoa tornando-a mais motivada para melhorar a saúde e o bem-estar; o envelhecimento da população que a torna mais dependente devido às doenças crónicas (Petronilho, 2019, p. 56).

Os resultados esperados são a promoção da independência ou a melhoria no grau de dependência no auto cuidado, assim como na aquisição de conhecimento, por parte da pessoa, sobre estratégias adaptativas para lidar com os défices no auto cuidado (Pereira F. , 2019, p. 57).

No programa de reabilitação o treino das AVD's é essencial para a promoção do auto-cuidado.

A versão dois da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define auto-cuidado como uma actividade realizada pelo próprio em que trata do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as AVD's (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 57).

Segundo a (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 57):

CIPE é uma classificação do International Council of Nurses (ICN) que está integrada no A aplicativo informático SAPE, foi concebido para facilitar a comunicação dos enfermeiros com outros enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pela decisão política, acerca da sua prática. Esta facilita aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes, sendo que os dados obtidos podem sustentar a tomada de decisões, melhorando a qualidade dos cuidados prestados aos doentes/cuidadores.

Na prática, permite a classificação de aspectos de saúde com relevância para a prática de enfermagem, como são os auto-cuidados, formando os fenómenos/focos de atenção, posteriormente institui-se acções de Enfermagem de Reabilitação e avalia-se os resultados obtidos.

Para este estudo foram analisados os auto-cuidados higiene, uso do sanitário, transferir-se, deambular e alimentar-se. Foi verificada a evolução da dependência nestes auto-cuidados (dependente em grau elevado, moderado, reduzido e independente) nos doentes com AVC isquémico, internados no serviço de Medicina UF3 do CHTS EPE, nos meses de maio a dezembro do ano de 2011, na admissão e na alta.

CAPÍTULO II. METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipo de pesquisa

Para elaboração do nosso trabalho utilizaremos a pesquisa descritiva.

A pesquisa descritiva inclui um estudo observacional, onde se compara dois grupos similares, sendo assim, o processo descritivo visa à identificação, registo e

análise das características, factores ou variáveis que se relacionam com o fenómeno ou processo. A grande contribuição da pesquisa descritiva é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida (Gil, 2010). Se prevê realizar um estudo obrigacional descritivo transversal.

2.2. Modelo de abordagem

Trata-se de um estudo com o modelo de abordagem quantitativa.

Quantitativa: tem como principal característica a utilização da quantificação, seja nas modalidades de colecta de informações ou no tratamento das mesmas. Isso é realizado por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples. (Pereira J. M., 2012, p. 84)

2.3. Nível de estruturação de método

Método dedutivo:

O nosso pensamento é dedutivo quando enuncia logicamente uma conclusão necessária a partir de premissas dadas. Em geral, as conclusões a que se chega já estão implícitas nas premissas adoptadas. Nesse sentido, o rigor nas passagens e os caminhos do raciocínio e demonstrações lógicas são os factos de maior atenção do método dedutivo. Trata-se de ir do geral ao particular (Cipriano, 2020, p. 74).

Pesquisa Bibliográfica:

Quando é elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e actualmente com material disponibilizado na internet. (Gil, 2010)

Método estatístico:

Fornece uma abordagem muito didáctica referente à delimitação de amostra e ao emprego da estatística em pesquisas. (Barbeta, 2021)

Método hipotético – dedutivo:

Este método inicia-se pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos, acerca da qual se formula hipóteses (Carvalho J. E., 2009).

Variáveis:

Variável é a característica de interesse que é medida em cada elemento da amostra ou população. Como o nome diz, seus valores variam de elemento para elemento. As variáveis podem ter valores numéricos ou não numéricos, (Pereira J. M., 2012).

Dependente:

Variável dependente – uma variável que representa o fenómeno a ser explicado (Carvalho & Cepik, 2023).

Os cuidados prestados a idosos hospitalizados com acidente vascular cerebral isquémico, no hospital Josina Machel/Maria Pia no IIº Semestre de 2023.

Independente

Variável independente – variável que representa o factor causal de uma teoria ou hipótese causal, (Carvalho J. E., 2009).

Idade;

Nível de escolaridade;

Estado civil;

2.4. Técnica (s) de recolha de dados

Adoptará as seguintes técnicas de recolha de dados: questionário com perguntas múltiplas.

Questionário:

O questionário é um instrumento de colecta de dados constituído por uma série de ordenada de perguntas feitas por secção, subtítulos, etc., que podem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. (Cipriano, 2020, p. 82)

Observação:

A observação constitui um campo específico da ciência baseada na realidade empírica. Ela tem em mira os fenómenos que se podem ver, sentir, tocar, examinar. Dai a importância que tem a observação (Cipriano, 2020, p. 80)

2.5. Instrumento e procedimento de recolha de dados:

Pesquisa documental:

Documental. Tem por finalidade reunir, classificar e distribuir os documentos de todo género dos diferente domínio da actividade humana. (Pereira J. M., 2012, p. 86).

A recolha de dados será feita através de um questionário de perguntas múltiplas previamente avaliado e testado, contendo todas as variáveis em estudo com auxílio de uma software SPSS.

Os dados serão processados no programa Microsoft Office Excel e digitado no Microsoft Office Word 2007. Os resultados serão apresentados.

2.6. População e amostra:

População: A nossa população foi constituída por 40 profissionais no hospital Maria Pia no II semestre de 2023.

A nossa amostra: foi constituída por 20 Profissionais do hospital Maria Pia no II semestre de 2023.

2.7. Dificuldades encontradas

- A demora da respostas da carta dirigida a instituição hospital para recolha de dados, uma vez que causou alguns transtornos;
- Dificuldades na Obtenção informação;
- Falha da colaboração das Perguntas.

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS

3.1. Apresentação e Interpretação dos resultados

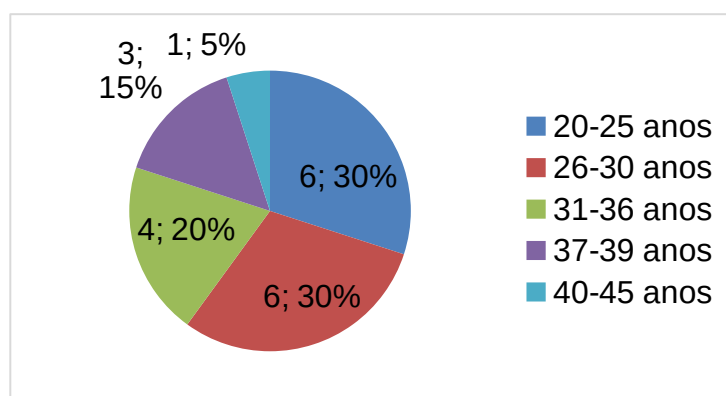
Neste Capítulo fez-se a apresentação dos resultados e sua discussão que forma obtidas através de questionário e observação directa de todos os dados recolhidos em tabelas e gráficos citados abaixo, sem ultrapassar as regras metodológicas que a nossa instituição recomendada.

Tabela n.º 1: Caracterização dos dados sócio demográfico da amostra

Idade	Frequência	%
20-25 anos	6	30
26-30 anos	6	30
31-36 anos	4	20
37-39 anos	3	15
40-45 anos	1	5
Total	20	100

Fonte: Questionário em apêndice

Gráfico n.º 1: Caracterização dos dados sócio demográfico da amostra



Fonte: Tabela. nº 1

No que concerne a caracterização dos dados sócio demográfico da amostra, é pertinente dizer que a tabela e o gráfico mostram que 20-25 anos de idade tiveram uma frequência de 6 inquiridos a que corresponde à 30% da amostra global; 26-30

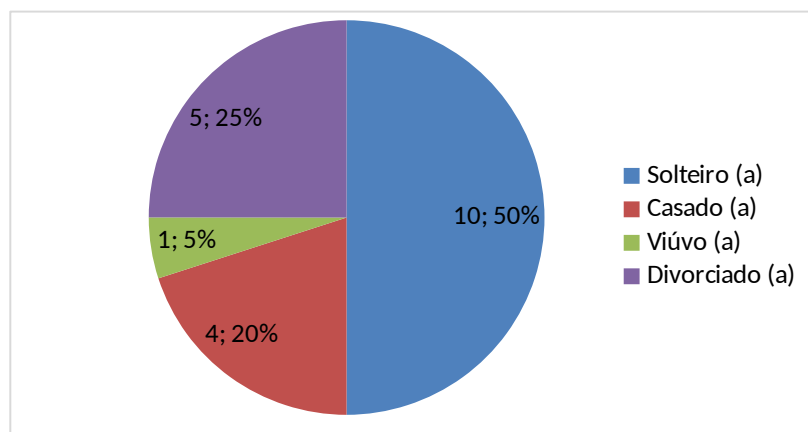
anos de idade tiveram uma frequência de 6 inquiridos a que corresponde à 30% da amostra global; dos 31-36 anos de idade tiveram uma frequência de 4 inquiridos a que corresponde à 20% da amostra global; dos 37-39 anos de idade tiveram uma frequência de 3 inquiridos a que corresponde à 15% da amostra global; dos 40-45 anos de idade tiveram uma frequência de 1 inquiridos a que corresponde à 5% da amostra global.

Tabela n.º 2: Caracterização dos Inquiridos segundo o Estado Civil

Estado Civil	Frequência	%
Solteiro (a)	10	50
Casado (a)	4	20
Viúvo (a)	1	5
Divorciado (a)	5	25
Total	20	100

Fonte: Questionário em apêndice

Gráfico n.º 2: Caracterização dos Inquiridos segundo o Estado Civil



Fonte: Tabela. nº 2

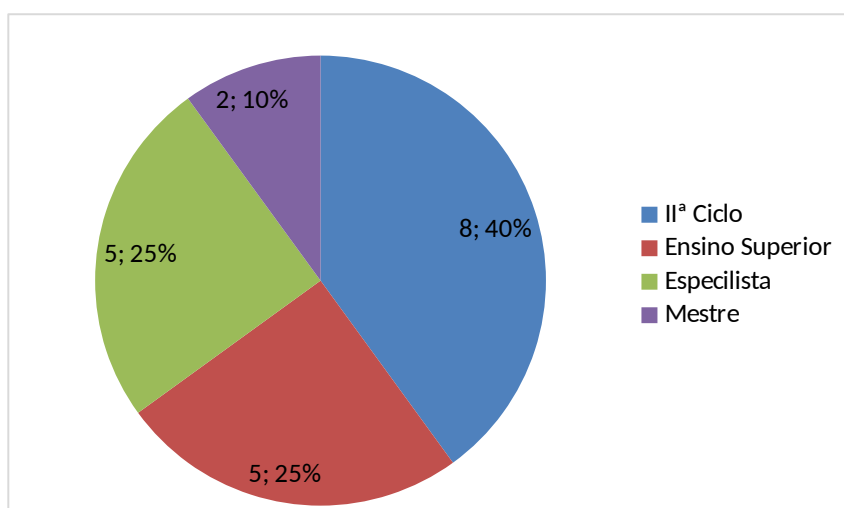
No que concerne a caracterização dos Inquiridos segundo o Estado Civil, a tabela e o gráfico realça que 10 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 50% são solteiros; 4 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 20% são casados; 1 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 5% é viúvo; 5 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 25% são divorciados.

Tabela n.º 3: Caracterização das Inquiridas segundo o Nível de escolaridade

Nível de Escolaridade	Frequência	%
IIª Ciclo	8	40
Ensino Superior	5	25
Especialista	5	25
Mestre	2	10
Total	20	100

Fonte: Questionário em apêndice

Gráfico n.º 3: Caracterização das Inquiridas segundo o Nível de escolaridade



Fonte: Tabela. nº 3

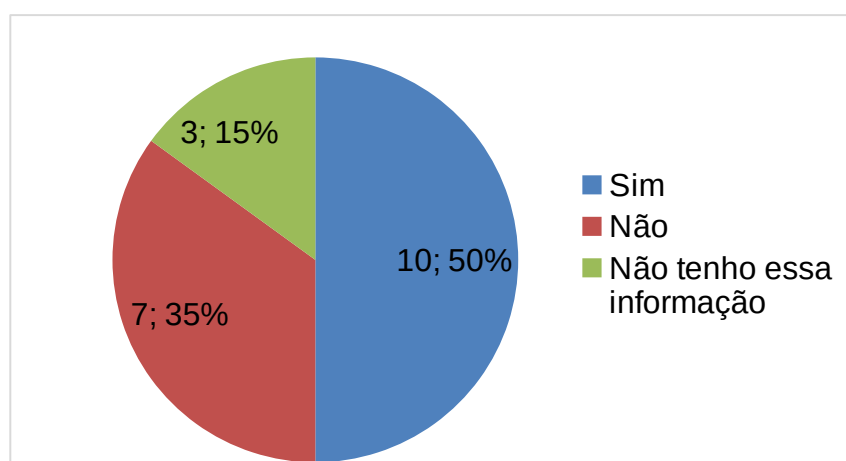
No que concerne a Caracterização das Inquiridas segundo o Nível de escolaridade, a tabela e o gráfico realça que 8 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 40% têm o IIº Ciclo; 5 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 25% têm Ensino Superior; 5 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 25% têm Especialidade; 2 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 10% são Mestre.

Tabela n.º 4: Existe um protocolo específico para o cuidado de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico?

Protocolo específico	Frequência	%
Sim	10	50
Não	7	35
Não tenho essa informação	3	15
Total	20	100

Fonte: Questionário em apêndice

Gráfico n.º 4: Existe um protocolo específico para o cuidado de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico?



Fonte: Tabela. nº 4

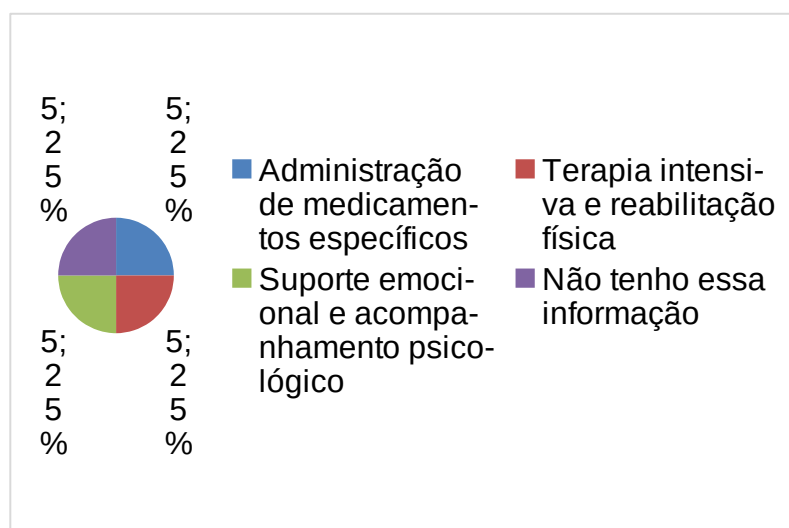
Quanto à questão “Existe um protocolo específico para o cuidado de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico?” a tabela e o gráfico mostram que: 10 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 50% responderam que sim; 7 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 35% responderam que não; 3 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 15% responderam que não têm esta informação.

Tabela n.º 5: Qual a abordagem principal no tratamento de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico?

Abordagem principal no tratamento de idosos	Frequência	%
Administração de medicamentos específicos	5	25
Terapia intensiva e reabilitação física	5	25
Suporte emocional e acompanhamento psicológico	5	25
Não tenho essa informação	5	25
Total	20	100

Fonte: Questionário em apêndice

Gráfico n.º 5: Qual a abordagem principal no tratamento de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico?



Fonte: Tabela. nº 5

Relativamente a questão “Qual a abordagem principal no tratamento de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico?” os inquiridos responderam da seguinte forma: 5 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 25% responderam que a “Administração de medicamentos específicos” é a abordagem principal no

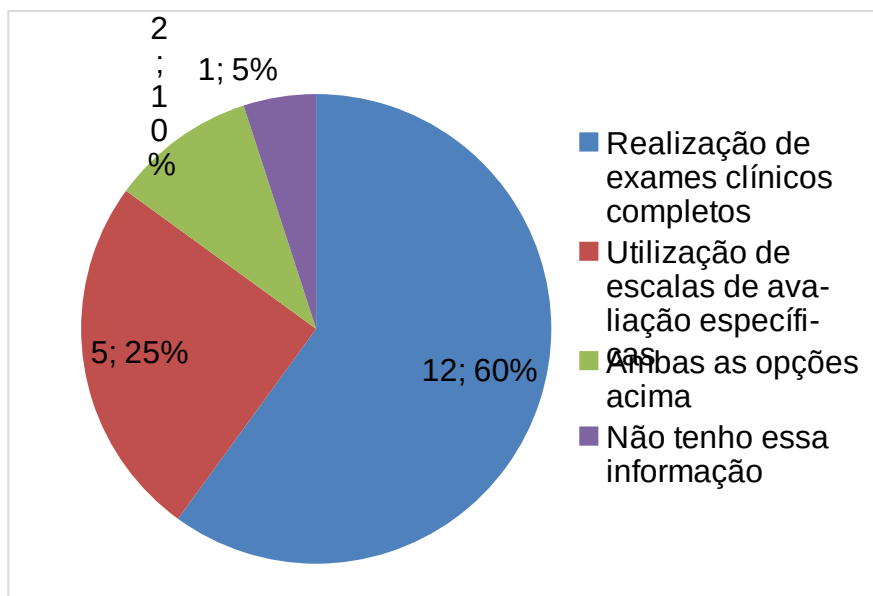
tratamento de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico; 5 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 25% responderam que a “Terapia intensiva e reabilitação física” é a abordagem principal no tratamento de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico; 5 dos indivíduos inquiridos a que corresponde à 25% responderam que a “Suporte emocional e acompanhamento psicológico” é a abordagem principal no tratamento de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico.

Tabela n.º 6: Como é feita a triagem e avaliação dos idosos admitidos com acidente vascular cerebral isquêmico?

Como é feita a triagem e avaliação dos idosos	Frequência	%
Realização de exames clínicos completos	12	60
Utilização de escalas de avaliação específicas	5	25
Ambas as opções acima	2	10
Não tenho essa informação	1	5
Total	20	100

Fonte: Questionário em apêndice

Gráfico n.º 6: Como é feita a triagem e avaliação dos idosos admitidos com acidente vascular cerebral isquêmico?



Fonte: Tabela. nº 6

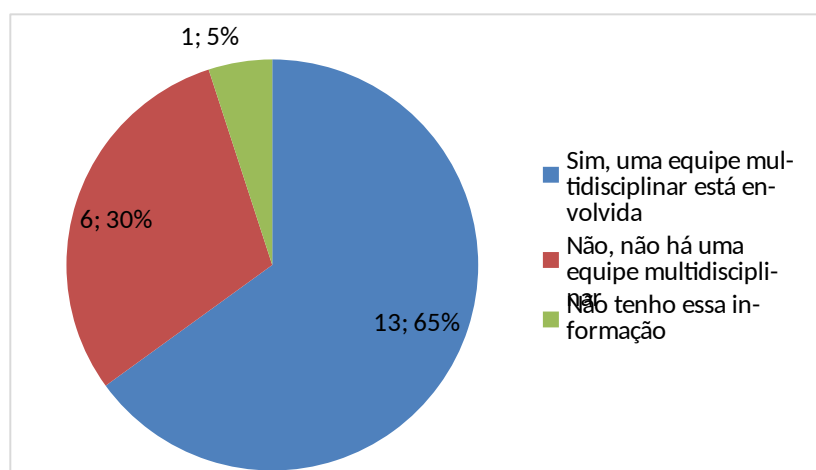
Quanto à questão “Como é feita a triagem e avaliação dos idosos admitidos com acidente vascular cerebral isquêmico?” os inquiridos responderam a esta questão da seguinte forma: 12 dos inquiridos a que corresponde a 60% da amostra global responderam que a triagem e avaliação dos idosos admitidos com acidente vascular cerebral isquêmico, é feita através da “Realização de exames clínicos completos”; 5 dos inquiridos a que corresponde a 25% da amostra global responderam que a triagem e avaliação dos idosos admitidos com acidente vascular cerebral isquêmico, é feita através da “Utilização de escalas de avaliação específicas”; 2 dos inquiridos a que corresponde a 10% da amostra global responderam que a triagem e avaliação dos idosos admitidos com acidente vascular cerebral isquêmico, é feita através da “Ambas as opções acima”; 1 dos inquiridos a que corresponde a 5% da amostra global responderam que a triagem e avaliação dos idosos admitidos com acidente vascular cerebral isquêmico, é feita através da “Não tenho essa informação”.

Tabela n.º7: Existe uma equipe multidisciplinar envolvida no cuidado desses pacientes (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.)?

Existe uma equipe multidisciplinar	Frequência	%
Sim, uma equipe multidisciplinar está envolvida	13	65
Não, não há uma equipe multidisciplinar	6	30
Não tenho essa informação	1	1
Total	20	100

Fonte: Questionário em apêndice

Gráfico n.º7: Existe uma equipe multidisciplinar envolvida no cuidado desses pacientes (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.)?



Fonte: Tabela. nº 7

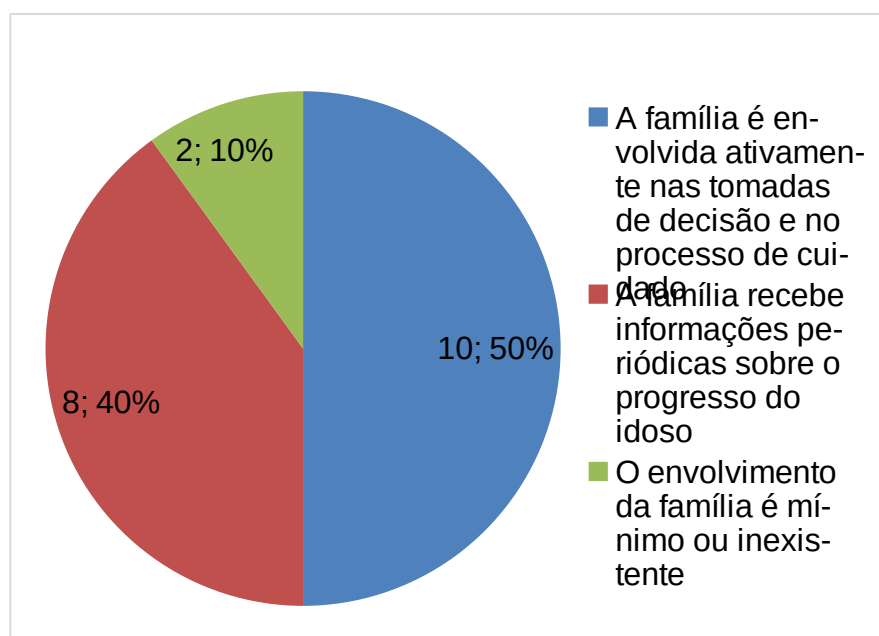
No que toca a questão “Existe uma equipe multidisciplinar envolvida no cuidado desses pacientes (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.)?” os inquiridos responderam a esta questão da seguinte forma: 13 dos inquiridos a que corresponde a 65% da amostra global responderam que “Sim, uma equipe multidisciplinar está envolvida” envolvida no cuidado desses pacientes; 6 dos inquiridos a que corresponde a 30% da amostra global responderam que “Não, não há uma equipe multidisciplinar” envolvida no cuidado desses pacientes; 1 dos inquiridos a que corresponde a 5% da amostra global responderam que “Não tenho essa informação”.

Tabela n.º 8: Como é realizada a comunicação e o envolvimento da família nos cuidados do idoso hospitalizado?

Como é realizada a comunicação	Frequência	%
A família é envolvida activamente nas tomadas de decisão e no processo de cuidado	10	50
A família recebe informações periódicas sobre o progresso do idoso	8	40
O envolvimento da família é mínimo ou inexistente	2	10
Total	20	100

Fonte: Questionário em apêndice

Gráfico n.º 8: Como é realizada a comunicação e o envolvimento da família nos cuidados do idoso hospitalizado?



Fonte: Tabela. nº 8

No que toca a questão “Como é realizada a comunicação e o envolvimento da família nos cuidados do idoso hospitalizado?” os inquiridos responderam a esta

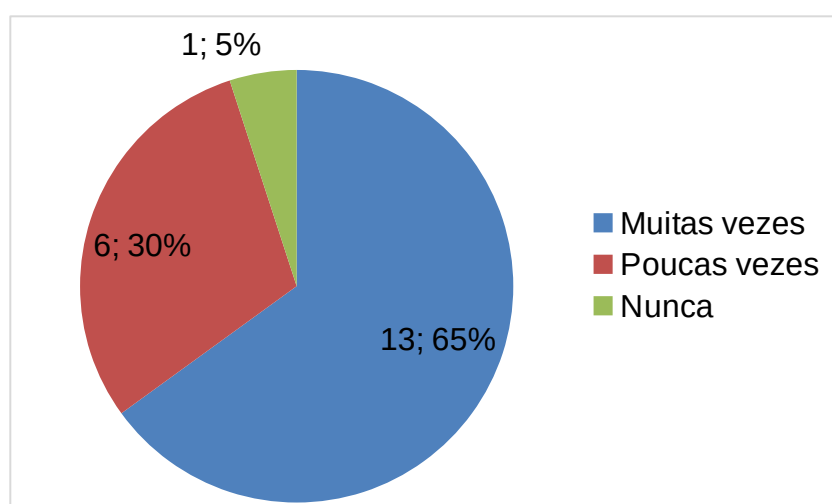
questão da seguinte forma: 10 dos inquiridos a que corresponde a 50% da amostra global responderam que a comunicação é feita por meio da “família é envolvida activamente nas tomadas de decisão e no processo de cuidado”; 8 dos inquiridos a que corresponde a 40% da amostra global responderam que a comunicação é feita por meio da “A família recebe informações periódicas sobre o progresso do idoso”; 2 dos inquiridos a que corresponde a 10% da amostra global responderam que a comunicação é feita por meio do “envolvimento da família é mínimo ou inexistente”.

Tabela n.º 9: As famílias têm ajudado nos cuidados do idoso hospitalizado?

As famílias têm ajudado nos cuidados	Frequência	%
Muitas vezes	13	65
Poucas vezes	6	30
Nunca	1	5
Total	20	100

Fonte: Questionário em apêndice

Gráfico n.º 9: As famílias têm ajudado nos cuidados do idoso hospitalizado?



Fonte: Tabela. n.º 9

No entanto, quanto à questão “As famílias têm ajudado nos cuidados do idoso hospitalizado?” os inquiridos responderam a esta questão da seguinte forma: 13 dos inquiridos a que corresponde a 65% da amostra global responderam que “Muitas vezes” As famílias têm ajudado nos cuidados; 6 dos inquiridos a que corresponde a 30% da amostra global responderam que “Poucas vezes” As famílias têm ajudado nos cuidados; 1 dos inquiridos a que corresponde a 5% da amostra global responderam que “Nunca” As famílias têm ajudado nos cuidados.

CONCLUSÃO

Após esta odisseia procura-se reflectir sobre as limitações deste estudo, fornecendo sugestões e fazer de seguida uma breve abordagem à forma como cumpriu-se o trajecto efectuado e onde focou-se as principais conclusões deste trabalho. Assim, tomando em consideração a ordem dos objectivos gerais da presente investigação, compreende-se o seguinte:

Relativamente às determinantes da capacidade funcional do doente após acidentes vascular cerebral, podemos identificá-las como sendo: a idade, o sexo, o tipo de AVC, o tempo de internamento, o local da lesão, os factores de risco e o programa de reabilitação;

Quanto à influência das determinantes na evolução da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral, podemos concluir que a evolução desta mesma capacidade funcional foi melhor em doentes com idades compreendidas entre os 60 e 65 anos, vítimas de AVC do tipo isquémico, com uma localização no hemisfério esquerdo e com um tempo de internamento inferior a Quinze dias. Os doentes que usufruíram do programa de reabilitação tiveram uma evolução favorável da capacidade funcional física com um valor crítico de significância: 0.001, isto é, muito significativo.

Gresham et al (1997) cit in Silva (2010) consideram que o processo de reabilitação envolve determinados princípios: prevenção de complicações e o reconhecimento destas; tratamentos para alcançar o máximo de independência possível; aproveitar ao máximo a capacidade do doente e família adaptando-se à nova situação; promoção da reinserção social no regresso ao domicílio com actividades recreativas e vocacionais; readquirir um melhor nível possível de qualidade de vida apesar dos défices e a prevenção de AVC recorrente.

Após estas considerações, torna-se indispensável pôr em prática dois projectos interventivos no campo de trabalho:

Consulta de enfermagem no seguimento após alta dos doentes do foro cerebrovascular que estiveram internados no Hospital Josina Machel/Maria Pia.

Visita domiciliária pré-alta, identificando potenciais barreiras ergonómicas e arquitectónicas, promovendo sugestões de mudança e adaptabilidade para a promoção da autonomia do doente que sofreu AVC, bem como esclarecer dúvidas e apoiar o seu cuidador informal na prestação de cuidados especializados.

SUGESTÕES

Sugestões sobre cuidados prestados a pacientes hospitalizados com acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico no Hospital Maria Pia:

1. Monitoramento contínuo: Garanta a monitorização constante dos sinais vitais do paciente, incluindo pressão arterial, frequência cardíaca, nível de oxigênio no sangue e nível de consciência.

2. Administração de medicamentos: Cumpra rigorosamente a prescrição médica para a administração de medicamentos, incluindo anticoagulantes, antiplaquetários e trombolíticos, além do controle da pressão arterial.

3. Controle da pressão arterial: Mantenha a pressão arterial dentro das faixas recomendadas, utilizando medicações específicas para isso ou outros métodos, como ajustes na dieta ou restrição de fluidos.

4. Mobilização precoce: Inicie a mobilização precoce, dentro das recomendações médicas, para evitar complicações relacionadas à imobilidade prolongada, como pneumonias associadas à ventilação mecânica e trombose venosa profunda.

5. Controle da dor e desconforto: Esteja atento ao alívio da dor e desconforto do paciente, utilizando analgésicos adequados e proporcionando conforto em termos de posicionamento e cuidados com a pele.

6. Nutrição adequada: Garanta que o paciente receba uma alimentação completa e balanceada, atendendo às suas necessidades nutricionais e considerando a possibilidade de disfagia ou outras dificuldades alimentares decorrentes do acidente vascular cerebral.

7. Fisioterapia e terapia ocupacional: Encaminhe o paciente para sessões de fisioterapia e terapia ocupacional para ajudar na recuperação física e funcional, estimulando a mobilidade e a reabilitação.

8. Monitoramento neurológico: Acompanhe regularmente o status neurológico do paciente, realizando avaliações como o National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), para detectar e tratar precocemente qualquer deterioração.

9. Cuidados com a pele e prevenção de úlceras de pressão: Realize avaliações frequentes da pele do paciente, especialmente em áreas de pressão constante (como calcanhares, sacro e cotovelos), e implemente medidas preventivas, como mudança de posição frequente e utilização de colchões especiais.

10. Suporte psicológico: Reconheça a importância do suporte psicológico durante a hospitalização do paciente, tanto para ele quanto para seus familiares. Encaminhe-os, se necessário, para suporte emocional adequado, como psicólogos ou grupos de apoio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, L. P. (2017). REINPEC-Revista Interdisciplinar Pensamento Científico. SL: Sn.

Barbeta, P. A. (2021). Estatística aplicada as ciências sociais . Santa Catarina : UFSC.

Barbosa, M. A. (2019). Prevalência da hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. SL: RevBrasClinMed,.

Barrella, R. P. (2019). Arquivos Catarinenses de Medicina. SL: Sn.

Benner, P. (2016). “De iniciado a perito; excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto.

Bianchini, S. M. (2019). Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa. SL: Online braz. j. nurs.

Boing, A. C., & Boing, A. F. (2017). Revista Brasileira de Hipertensão. Florianópolis.

Botelho, T. S. (2016). Temas em saúde. SL: Sn.

Branco, T. (2009). Estratégias na incontinência urinária – novas abordagens. Coimbra: Revista Sinais Vitais.

Branco, T. (2019). Estratégias na incontinência urinária – novas abordagens. Coimbra: Revista Sinais Vitais.

Branco, T., & Santos, R. (2010). Reabilitação da Pessoa com AVC. Coimbra: Formasau.

Brown, A., & King, D. (2021). Urgências Neurológicas. Loures: Lusociência.

Cancela, D. (2018). O acidente vascular cerebral – classificação, principais consequências e reabilitação. Porto: Universidade Lusíada do Porto.

Carneiro, R. F. (2015). Revista Tendências da Enfermagem Profissional, Fortaleza. Fortaleza: Sn.

Carvalho, A. B., & Cepik, M. (2023). Metodologia de Pesquisa. São Paulo: UFRGS.

Carvalho, J. E. (2009). Metodologia do Trabalho Científico. Lisboa: Escolar Editora.

Castro, R. S. (2018). Revista de Enfermagem da UFJF. SL: Sn.

Cavalcante, T. F. (2018). Revista da Escola de Enfermagem da USP. SL: Sn.

Cipriano, S. K. (2020). O ABC da Metodologia de Investigação Científica. Luanda: Mayamba Editora.

Cruz, B. M. (2016). Revista Inspirar Movimento & Saúde. SL: Sn.

Cunha, M. G. (2014). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.

Direção Geral da Saúde. (2019). Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis. SL: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral de Saúde. (2018). Portugal- Doenças cerebro-cardiovasculares em números- 2013. Portugal: Direção Geral de Saúde.

European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2019). Prevention treatment of pressure ulcers; quick reference guide. SL: European Pressure Ulcer Advisory Panel.

European Stroke Initiative. (2021). AVC Isquémico. SL: European Stroke Initiative.

Falcão, I. (2014). Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. SL: Sn.

Filho, R. D., & Martinez, T. L. (2022). Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo. SL: Sn.

Gagliard, R. J. (2017). Revista Brasileira de Jornalismo Científico. São Paulo: Sn.

Galisa, M. S. (2018). Nutrição: Conceitos e Aplicações. São Paulo: M. Books do Brasil.

Gil, A. C. (2010). Como elaborar projetos de pesquisa (4 ed.). São Paulo: Atlas.

Goldstein, L. B., & Samsa, G. P. (2019). Reability of the Naction Institutes. S.l.: S.n.

Gravito, M. I. (2016). Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Hacke, W. (2017). AVC isquêmico, European stroke initiative recommendations. SL: Sn.

Hesbeen, W. (2021). A Reabilitação : Criar Novos Caminhos. Loures: Lusociência.

Hospital Sírio Libanês. (2021). Protocolo Gerenciado de AVC do Hospital Sírio Libanês. SL: Sn.

Johnstone, M. (2020). Enfermagem de Reabilitação. Loures: Lusociência.

Katsuji, I. (2017). Antioxid. Redox Signal. SL: Sn.

Langhorne, P. (2011). Stroke rehabilitation. SL: Lancet.

Leal, F. (2015). Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. Coimbra: Formasau.

Leininger, M. M. (2018). Transcultural Nursing. S.l.: S.n.

Leitão, A. (2006). Projetos Diretrizes. SL: Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação.

Lima, A. C. (2016). Revista Brasileira de Enfermagem. SL: Sn.

Mariano, J. P. (2017). Conhecimento populacional no município de Uberlândia - MG sobre acidente vascular encefálico x cobertura da atenção básica. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia.

Martins, M. (2016). Uma Crise Acidental na Família O doente com AVC. Coimbra: Formasau.

Martins, N. (2017). Envelhecimento e Iniquidades na Saúde. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Martins, T. (2016). Acidente Vascular Cerebral. Coimbra: Formasau.

Menoita, E. C. (2018). Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Portugal: Lusodidacta.

Menoita, E. (2015). Reabilitar a pessoa idosa com AVC; Contributos para um envelhecer resiliente. Loures: Lusociência.

Ministério da saúde Brasil. (2012). Acidente vascular cerebral. SL: Sn.

Ministério da Saúde Brasil. (2018). Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília: Ministério da Saúde Brasil.

Monteiro, L. (2010). Cuidados a pessoa com doença neurocirúrgica, Apontamentos do CPLEER. Bragança: Escola Superior de Saúde Do Instituto Politécnico de Bragança.

Morais, M. T. (2017). Projeto de pesquisa o conhecimento da população de Uberlândia sobre o fluxo do acidente vascular encefálico: o caminho curto para uma vida longa. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia.

Najas, M., & Yamatto, T. H. (2019). Avaliação do estado nutricional de idosos. S.L.: S.N.

Neves, D. S. (2010). taxa de internação por acidente vascular cerebral: um problema de saúde pública no município de santo antônio do retiro, minas gerais. Minas Gerais: Araçuaí.

Nobre, M. (2014). Acidente Vascular Cerebral (AVC). SL: Sn.

Nunes, D. L. (2016). Revista Brasileira de Ciências da Saúde. SL: Sn.

O'Sullivan, S. (2019). Avaliação e Tratamento. São Paulo: Manole.

Oliveira, A. R. (2017). Diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício em pacientes com acidente vascular cerebral. SL: Rev. enferm. UERJ.

Oliveira, M. F. (2021). METODOLOGIA CIENTÍFICA:. Goiás: Universidade Federal de Goiás. II. Título. .

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo de desenvolvimento profissional: Sistema de Individualização das especialidades clinicas em enfermagem. SL: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação. SL: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (1980). Nursing: concepts of practice. New York: McGrau-Hill.

Orem, D. (2015). Nursing: concepts of practice. Saint Louis: Sn.

Organização Mundial de Saúde. (2019). “Enfoque passo a passo da OMS para a vigilância de acidentes vasculares cerebrais”. SL: Sn.

Pereira, F. (2019). Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros –Estudo Empírico sobre um resumo mínimo de dados de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto.

Pereira, J. M. (2012). Manual de Metodologia da Pesuisa Cinetífica (3 ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A.

Petronilho, F. (2019). O Autocuidado: Conceito Cerebral da Enfermagem. Coimbra: Formasau.

Pinto, V. (2001). Papel do enfermeiro na neuroavaliação do doente com alterações do nível de consciência. Coimbra: Formasau.

Pires, S. L. (2014). Arquivo de Neuropsiquiatria. São Paulo: Sn.

Ramas, J. (2017). Effect of training programs and exercise in adult stroke patients: literature review” Annales de readaptation et de medicine physique. SL: Sn.

Rodrigues, M. d. (2017). Revista Médica. São Paulo: Sn.

Rolim, C. L., & Martins, M. (2015). Revista Brasileira de Epidemiologia. SL: Sn.

Rolindo, S. J., & Oliveira, L. T. (2016). Revista de Patologia do Tocantins. SL: Sn.

Sales, F., & Iraci, S. (2017). Perfil de idosos Hospitalizados e Nível de Dependência de Cuidados de Enfermagem: Identificação de Necessidades. Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina –Brasil.

Santos, L. B., & Waters, C. (2020). Brazilian Journal of Development. SL: Sn.

Silva, A. (2017). AVC – O essencial da Saúde. Porto: Quidnovi.

Souto, R. S., Lima, T. O., & Santos, W. L. (2019). Revista de Iniciação Científica e Extensão. SL: Sn.

Takase, E. (2021). Neurociências do esporte e do exercício. Neurociências. Santa Catarina: Sn.

Watson, J. (2018). Nursing: The Philosophy and science of caring. University of Colorado: College of Nursing.

Zapellini, W. B. (2010). Planejamento. Santa Catarina: Florianópolis.

APÊNDICES

REGIÃO ACADÉMICA I

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

**CUIDADOS PRESTADOS A IDOSOS HOSPITALIZADOS COM ACIDENTES
VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO, NO HOSPITAL JOSINA MACHEL/MARIA
PIA NO IIº SEMESTRE DE 2023**

LUANDA, 2023

Este questionário tem por objectivo recolher informações sobre o interesse no Projecto de Níveis de Conhecimento dos Profissionais Sobre Cuidados Prestados a Idosos Hospitalizados com Acidentes Vascular Central Isquémico, no Hospital Josina Machel/Maria Pia no IIº semestre de 2023. Não existem respostas corretas ou erradas, as respostas serão tratadas de forma estritamente CONFIDENCIAL. Esse questionário é anónimo, secreto e individual, por isso, pedimos que o responda com sinceridade e dizendo exactamente o que você pensa ou sente em relação ao que tem vivenciado.

Lembre-se de escolher a opção para cada pergunta com base em sua experiência ou conhecimento.

Iª Parte

1- Caracterização dos dados sócio demográfico da amostra

1.1- Idade

- a) 25-30 anos ☐
- b) 26-30 anos ☐
- c) 31-36 anos ☐
- d) 37-39 anos ☐
- e) 40-45 anos ☐

1.2- Estado Civil

- a) Solteiro (a) ☐
- b) Casado (a) ☐
- c) Viuvo (a) ☐
- d) Divorciado (a) ☐

1.3- Nível de Escolaridade

IIº Ciclo ☐

Ensino Superior ☐

Especialista ☐

Mestre ☐

IIª Parte

2- DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS

Leia cuidadosamente cada afirmação e coloque uma cruz no quadrado que vai de encontro ao que na sua perspectiva está correcta.

2.1. Existe um protocolo específico para o cuidado de idosos com acidente vascular central isquêmico?

- a) Sim ☐
- b) Não ☐
- c) Não tenho essa informação ☐

2.2. Qual a abordagem principal no tratamento de idosos com acidente vascular central isquêmico?

- a) Administração de medicamentos específicos. ☐
- b) Terapia intensiva e reabilitação física. ☐
- c) Suporte emocional e acompanhamento psicológico. ☐
- d) Não tenho essa informação. ☐

2.3. Como é feita a triagem e avaliação dos idosos admitidos com acidente vascular central isquêmico?

- a) Realização de exames clínicos completos. ☐

☐

- b) Utilização de escalas de avaliação específicas.
- c) Ambas as opções acima. ☐
- d) de decisão e no processo de cuidado. ☐
- e) Não tenho essa informação. ☐

4. Existe uma equipe multidisciplinar envolvida no cuidado desses pacientes (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.)?

- a) Sim, uma equipe multidisciplinar está envolvida. ☐
- b) Não, não há uma equipe multidisciplinar. ☐
- c) Não tenho essa informação. ☐

Como é realizada a comunicação e o envolvimento da família nos cuidados do idoso hospitalizado?

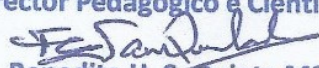
- a) A família é envolvida ativamente nas tomadas ☐
- b) A família recebe informações periódicas sobre o progresso do idoso. ☐
- c) O envolvimento da família é mínimo ou inexistente. ☐

As famílias têm ajudado nos cuidados dos idosos hospitalizado?

- a) Muito vezes ☐
- b) Poucas vezes ☐
- c) Nunca ☐

Muito obrigada!

ANEXOS

O Director Pedagógico e Científico

Dr. Benedito H. S. Quinta MSc
= Médico Especialista em Cardiologia =



República de Angola
Ministério da Saúde
Hospital Josina Machel/Maria Pia
Direcção Pedagógica e Científica
Departamento de Formação Permanente e Investigação

À

Direcção do Serviço de Neurologia
do Hospital Josina Machel /Maria
Pia.

Luanda

Assunto: **Guia de recolha de dados nº 211/DPC/HJM/2024.**

Para devidos efeitos, segue apresentar – se ao serviço supracitado deste Hospital, estudante finalista, **Helena Domingos Manuel Adelino**, para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, pelo Instituto Superior de Angola (ISA), a fim de efectuar o trabalho de fim de curso subordinado ao tema: **“Cuidados prestados a idosos hospitalizados com Acidente Vascular Cerebral Isquémico no Hospital Maria Pia no IIº Semestre de 2023.”**

Direcção Pedagógica e Científica do Hospital Josina Machel/Maria Pia em Luanda, 17 de Abril de 2024.

O Chefe de Departamento de Formação Permanente e Investigação



Dr. Francisco Paulo Quimbamba
-Licenciado em Enfermagem e
Pós-Graduado em Educação/Formação-

C/c:
Direcção de Enfermagem

À

DIRECÇÃO DO HOSPITAL MARIA PIA

LUANDA

CREDENCIAL

Ref.: 279/DAC/ISA/023

Melhores Cumprimentos,

Excelência,

O Instituto Superior de Angola – ISA, aprovado pelo Decreto Presidencial nº 168/12 de 24 de Julho, com sede em Luanda, bairro da Pedreira, município de Cacuaco, apostado na formação de quadros qualificados na investigação científica para dar respostas as necessidades locais e nacionais de acordo com as orientações emanadas pelo Executivo Central.

Havendo a necessidade de credenciar e enviar nos diferentes locais para pesquisar a temática do Trabalho de Fim de Curso para obtenção do grau de Licenciatura em **ENFERMAGEM** o (a) estudante:

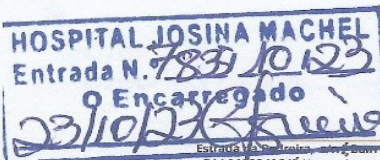
NOME: **HELENA DOMINGOS MANUEL ADELINO**

TEMA : **CUIDADOS PRESTADOS A IDOSOS HOSPITALIZADOS COM
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO NO HOSPITAL MARIA
PIA NO II SEMESTRE DE 2023.**

Vimos por intermédio desta, solicitar os vossos ofícios, no sentido de autorizar o estudante a realizar a pesquisa/recolha de dados na instituição que vossa excelência mui dignamente dirige.

Certo da vossa especial atenção de sempre, reiteramos os nossos respeitosos cumprimentos.

INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA, em Luanda aos 13 de Outubro 2023.



Estimada Vossa Excelência, em Luanda, 17 de Setembro (Zona da Vidrul)
+244 9150840645 // www.isa-angola.ao
Cacuaco & Luanda & Angola &

O Vice – Presidente Para os Assuntos Científicos
WALDANO HELER NATXARI WANGA

DPE
Mach. Heler
24/10/2023

923 9175 90