

## ***INTERVENÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE EM CASOS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO***

### *Health Team Intervention in Accident Cases of Vascular Brain*

PINHEIRO, Breno Fontes<sup>1</sup>; GALVÃO, Késsio Tavares<sup>2</sup>; SOUSA, Milena Nunes Alves de<sup>3</sup>; LIMA, Cintya Formiga de Souza<sup>4</sup>; GONZAGA, Maria de Fátima Liliane Albuquerque<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande, Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade Santa Maria, brenofontesjp@hotmail.com; <sup>2</sup>Graduado em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria; <sup>3</sup>Graduado em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria; <sup>4</sup>Graduado em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria; <sup>5</sup>Doutora em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca; <sup>4-5</sup>Acadêmicas do curso Bacharelado em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria

---

#### **RESUMO**

---

Diversas são as doenças do aparelho circulatório, dentre elas podemos citar o Acidente Vascular Encefálico (AVE), com alto índice de morte no país. Os sobreviventes geralmente têm de enfrentar incapacidades motoras e cognitivas. Neste sentido, o presente estudo objetiva realizar um ensaio teórico referente às principais intervenções desempenhadas pela equipe de saúde ao se depararem com um paciente com AVE. E, através de um estudo exploratório do tipo ensaio teórico foi possível observar que é notável a grande associação do AVE com doenças cardiovasculares, tais como: hipertensão arterial e dislipidemias, todos esses agravos estão intimamente ligados aos fatores alimentares e a qualidade de vida das pessoas, os portadores do AVE são acolhidos por diversos profissionais em dois estágios da doença o tempo imediato que pode chegar até 72 horas do ocorrido, nesse caso entra os cuidados médicos e de enfermagem, este último grande responsável pela iniciação da reabilitação física e motora do paciente e por administrar trombolíticos que são padrão ouro para o AVE isquêmico e que apenas o enfermeiro tem a competência para tal fato. Em seguida entra nos cuidados mediatos fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas entre outros associados no processo de reabilitação de sequelas ocorridas pós AVE. Por fim diante da gravidade da doença fica evidente a falta de estrutura tecnológica e de recursos humanos especializados para acolher pacientes portadores de AVE, principalmente na rede pública de saúde, no entanto é de vital importância a atuação rápida da equipe de enfermagem que está afrente do processo de cuidar de pacientes e principalmente visando a reabilitação precoce, que possa garantir a independência para as AVD's, ou o mais próximo da normalidade.

**Palavras-Chave:** Acidente Vascular Encefálico. Enfermagem. Intervenções. Profissionais.

---

#### **ABSTRACT**

---

Several are cardiovascular diseases, among which we can mention the Vascular Accident (CVA), with high rates of death in the country. Survivors often have to face motor and cognitive disabilities. In this sense, this study aims to perform a theoretical essay referring to the main interventions carried out by the health team when faced with a patient with stroke. And through an exploratory study of the theoretical test type has been observed that it is remarkable the great association of stroke with cardiovascular diseases such as hypertension and dyslipidemia, all these diseases are closely linked to dietary factors and quality of life, holders of stroke are welcomed by many professionals in two stages of the disease the immediate time of up to 72 hours occurred in this case goes the medical and nursing care, the latter largely responsible for the initiation of physical rehabilitation and motor of the patient and administering thrombolytics that are gold standard for ischemic stroke and only the nurse has the authority to this fact. Then enters the care mediate physical therapists, speech therapists, nutritionists and others associated with the rehabilitation process post stroke sequelae occurred. Finally on the severity of the disease is evident the lack of technological infrastructure and skilled human resources to accommodate patients of stroke, especially in the public health system, however it is vitally important rapid action of the nursing team that is aFront the process of caring for patients and primarily aimed at early rehabilitation, that can guarantee independence for ADLs, or as close to normal.

**Keywords:** Stroke. Nursing. Interventions. Professionals.

## INTRODUÇÃO

Diversas são as doenças do aparelho circulatório, dentre elas podemos citar o Acidente Vascular Encefálico (AVE), enquadrada no perfil das emergências que apresentam maior índice de morbimortalidade no Brasil. Esse distúrbio é desencadeado por diversos fatores correlacionados, tais como: hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, arteriosclerose, sedentarismo, obesidade diabetes mellitus, coagulopatias, entre outros fatores que possam interromper o fluxo de oxigênio para as células do encéfalo (OVANDO; MICHAELSEN; HERBER, 2010).

Os sobreviventes geralmente têm de enfrentar incapacidades motoras e cognitivas como paralisia dos músculos, rigidez corporal, distúrbios da fala, perda da mobilidade das articulações, incapacidades sensoriais, diminuição da força física e em consequência destes, dependência total ou parcial para realização de tarefas básicas tal como alimentar-se, ou realizar higienização corporal.

O aumento da idade contribui para surgimento de doenças cardiovasculares sendo que o AVE pode ser considerado a principal causa de comprometimento cognitivo no idoso afetando cinquenta por cento dos pacientes (COSTA, SILVA; ROCHA, 2011). Contudo, existem dois tipos de AVE.: o isquêmico e o hemorrágico.

O AVE isquêmico é aquele decorrente de enfartes de pequenos vasos que irrigam o tecido nervoso, estão presentes em cerca de oitenta por cento dos casos e possuem melhor prognóstico aos pacientes, já o hemorrágico representa vinte por cento dos casos e manifesta-se por rompimento de vasos que irrigam o parênquima nervoso, com início brusco e geralmente acompanhado de cefaleia, náuseas, e alteração do estado de consciência. Para ser diagnosticado são necessários exames de imagem como tomografia computadorizada de crânio, ressonância magnética que apesar de esclarecer o diagnóstico favorecem na diferenciação da lesão se é isquêmica ou hemorrágica.

Os profissionais de saúde ao suspeitarem do AVE, devem atentar-se para monitoramento dos sinais vitais tal como: pressão arterial, glicemia capilar, monitoramento cardíaco incluindo eletrocardiograma ECG, monitorização do estado neurológico e prevenção de complicações tais como pneumonia aspirativa, agitação, baixo débito cardíaco, crises convulsivas, dor, além de úlceras de decúbito (OLIVEIRA, 2009).

Pacientes acometidos por essa doença apresentam em sua maioria sequelas que os impedem de desempenharem funções das mais simples como falar até as mais complexas tais como dirigir, trabalhar, deambular, subir escadas, etc. Quanto maior a extensão da lesão maior também serão as sequelas, esses pacientes precisarão passar por sessões de fisioterapia para recuperarem a autonomia motora além de mudarem os hábitos de vida em busca de melhor qualidade na alimentação realização de praticas físicas e controle de doenças crônicas como

diabetes e hipertensão arterial que está fortemente associado ao AVE, que representa a maior causa de incapacidade física e mental e uma das maiores taxas de mortalidade cardiovasculares do Brasil (COSTA; SILVA; ROCHA, 2009).

É notável que a agilidade da equipe de saúde no diagnóstico, tratamento e reabilitação do doente vítima de AVE além de evitar o óbito, promovem uma melhor qualidade de vida e diminuem as chances de sequelas físicas e mentais que possam desencadear dependência por toda vida (COSTA; SILVA; ROCHA, 2009).

Ante as proposituras, este trabalho tem como objetivo realizar um ensaio teórico referente às principais intervenções desempenhadas pela equipe de saúde ao se depararem com um paciente com AVE.

## METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, optou-se pela pesquisa bibliográfica relacionada ao tema em questão, sendo efetivado um ensaio teórico. Entende-se que a revisão bibliográfica tem papel fundamental, uma vez que reporta e sistematiza o conhecimento produzido por outras pesquisas, ao tempo que indica possibilidades de abordagens futuras. A metodologia utilizada está baseada em levantamento a partir da coleta de dados bibliográficos, que datam de fevereiro a maio de 2015, por meio da seleção de dados que esclarecessem sobre as intervenções dos profissionais frente ao AVE, tendo como fonte de pesquisa a publicação disponível na base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), na *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), e no Google Acadêmico. As Palavras-Chaves utilizadas foram: *AVE, Intervenção, tratamento, profissionais de Saúde*, sendo encontradas 55 publicações, das quais 13 enquadraram-se no perfil da pesquisa.

Da amostra, 11 estavam no idioma português e dois em inglês. Para a realização de uma leitura íntegra deste segundo idioma, contou-se com a ajuda parcial de um tradutor eletrônico do qual facilitou, em partes, a nossa leitura.

Como estratégia de busca adicional foram realizadas consultas às indicações de referências nos artigos utilizados e dessa forma obtivemos maiores informações, ao passo que nos certificamos da proeminência e originalidade dos mesmos. Para tanto, foi necessário que ambos os autores deste presente artigo, participassem de cada etapa da pesquisa, somando-se desde a procura das fontes, análise documental, elaboração da redação em tese e revisão da mesma.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os materiais enquadrados na pesquisa totalizam 13 referências bibliográficas, das quais predominam a base de dados do SCIELO, 08 no total de 13. Sendo que

são 08 artigos, 03 revistas e 02 dissertações, em relação ao ano da pesquisa observaram-se maior predominância de publicações datadas de 2009 (4), em seguida temos os anos de 2000 (2), 2011(2), 2012 (2), 2013 (2) e por fim 2014 (1).

Dos trabalhos selecionados foram usados como critérios de escolha informações que pudessem esclarecer sobre o Acidente Vascular Encefálico e a relação com os profissionais de saúde no atendimento ao paciente portador da doença (FILHO. E.M., CARVALHO.W.B., 2009) deu grande destaque ao tema relacionado a crianças e enfocando as principais diferenças entre AVE adulto e pediátrico.

Segundo Maniva; Freitas (2012), o tratamento mais seguro para o AVE isquêmico é o trombolítico Alteplase, que deve ser usado em até 4,5 horas do início da lesão, esse medicamento administrado por via endovenosa destrói o trombo levando oxigênio para zona de penumbra, desta forma as células do SNC voltam a fisiologia normal, livrando o organismo de danos irreversíveis. Esse mesmo autor retrata a importância do tempo/dependência para eficácia da droga e relata a falta de preparo dos profissionais de saúde nos critérios de agilidade e treinamento técnico, além do mais alerta que no Brasil existem apenas 13 unidades públicas habilitadas para oferecer esse tipo de tratamento para população. O destaque vai para os enfermeiros, que o autor relata não terem preparo técnico em sua maioria para atender especificamente as vítimas de AVE.

Ainda com relação à equipe de enfermagem Lessmann et al. (2010) citam as principais intervenções da equipe frente ao paciente vítima de AVE, tais como: estimulação sensitiva, motora, controle postural, amplitude de movimentos e treino de marcha, além de realizar educação em saúde e o trabalho de prevenção das doenças cardiovasculares, a equipe de enfermagem tomando como líder o enfermeiro, está intimamente ligada na assistência de prevenção, na fase aguda da doença e na fase de reabilitação da mesma, configurando-se um cuidado contínuo e de grande destaque.

Após a ocorrência do AVE, cerca de 80% dos pacientes apresentarão sequelas, nessa fase o destaque vai para os fisioterapeutas que segundo (LOPES; CASTANEDA; SOBRAL, 2012), melhoram o quadro de saúde dos pacientes, levando a independência funcional cerca de 95% dos pacientes lesionados pela doença, o principal objetivo da fisioterapia é levar o paciente a manter padrões de independência funcional semelhante aos níveis de antes da doença, ou o mais próximo possível.

Outra profissão intimamente relacionada com a reabilitação do paciente pós-AVE, está o fonoaudiólogo, um grande número de pacientes sequelados dessa doença apresentam dificuldades de deglutição e conseqüente perda de peso, além de pneumonia aspirativa que eleva consideravelmente a mortalidade desses pacientes, Abdulmassib et al. (2009) enfoca a importância dos profissionais de fonoaudiologia na atenção direta ao

portador de AVE, para realização de cuidados de reabilitação e elevação da autonomia e melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Por fim o trabalho tem abordado profissionais atuantes no cuidado imediato ao portador de AVE, que são aqueles que atuam nas primeiras 48 horas da doença, tendo destaque médicos, e equipe de enfermagem. Em seguida vem os que atuam voltados mais especificamente nas reabilitações que nas literaturas foram observados com maior frequência fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

Fica clara a importância do trabalho multiprofissional para o bem-estar do paciente, além de configurar-se como um tratamento completo de interrupção da progressão da doença, reversão da área lesionada e por fim reabilitação das funções motoras e cognitivas sofridas pelos pacientes. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVE é aquele que os sintomas duram mais de 24 horas e em sua grande maioria traz sequelas aos portadores, isquemias que duram tempo menor que 24 horas são denominadas de ataque isquêmico transitório (AIT), geralmente esse agravo não traz ao paciente nenhuma sequela, por ser menos grave que o AVE (MANIVA; FREITAS, 2012).

Fica evidente a atuação dos profissionais aliados a agilidade, tecnologia e a capacidade técnica para prestar assistência de qualidade ao portado da doença, sendo que os principais cuidados começam com a prevenção, controle e tratamento das doenças cardiovasculares, atividades físicas regulares e alimentação saudável que contribua com uma boa qualidade de vida.

## **CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DO (AVE)**

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de óbito no Brasil sendo que o AVE enquadra-se como a segunda causa de morte no mundo. Esse distúrbio está fortemente associado as doenças preveníveis em sua maioria, tais como: diabetes, hipertensão arterial, obesidade, tabagismo, sedentarismo, elevação do colesterol corporal, além de fatores como traumatismo crânio encefálico (TCE) que possa desencadear AVE do tipo hemorrágico (GARRITANO et al., 2011).

O cérebro representa aproximadamente 2% do peso corporal sendo suprido por 14% do débito cardíaco, possui baixo estoque de glicogênio, glicose e de adenosina tri-fosfato sendo que a nutrição desse órgão é feita por meio de fluxo contínuo dessas substâncias o baixo estoque desses nutrientes e a grande taxa metabólica cerebral levam o paciente a rápida perda da consciência podendo em poucos minutos levar o órgão a danos irreversíveis, os fatores de risco para o AVE dividem-se em modificáveis que foram citados acima exceto o TCE, temos também os fatores não-modificáveis que são: idade, sexo, raça negra e história familiar, a elevada taxa de mortalidade por AVE no Brasil é reflexo do estilo de vida das pessoas e da qualidade do serviço de saúde disponível para maior parcela da população que em sua maioria não dispõe de

alta tecnologia como TC e RM, além de equipes não capacitadas que atuam no cuidado ao portador desse distúrbio (ROLIM, 2009).

O AVE lidera as causas de morte no Brasil sendo que a incidência dobra após os 65 anos de idade, o gênero mais predominante é o feminino e a relação com a hipertensão arterial é de aproximadamente 90% dos pacientes acometidos, geralmente o lado levemente predominante do AVE é o direito, apresentando comprometimento do hemisfério esquerdo, levando em conta que quanto maior a área afetada maior será o grau de comprometimento cognitivo e motor do paciente sendo que há uma forte relação com o nível de dependência destes indivíduos para realização das atividades de vida diárias (AVD), sendo encontradas como principais consequências a hemiplegia, afasia, disfagia, déficit cognitivo, sialorréia, perda dos movimentos corporais e dificuldade para realizar tarefas simples como alimentar-se e/ou cuidar da higiene corporal, esses pacientes precisarão de acompanhamento profissional como: fisioterapeuta, enfermeiro, médico, nutricionista, fonoaudiólogo, dentre outras especialidades para desempenhar atividades que possam levar o paciente a independência funcional além de diminuir ao máximo as complicações ocasionadas pela doença (COSTA; SILVA; ROCHA, 2009).

Esses pacientes além de sofrerem com as sequelas da doença muitas vezes tem de enfrentar o medo da morte, o distanciamento de casa, dos familiares, amigos e da rotina diária pelo processo de internação, esses fatores poderão ser atenuados por meio de interação social através de conversas grupais, troca de experiências com outros pacientes, a equipe de enfermagem juntamente com o serviço social poderão promover palestras, encontros e rodas de conversas para tirar dúvidas e esclarecer sobre a doença e os cuidados a serem tomados durante a alta hospitalar, o paciente ao evidenciar a melhora do quadro clínico mostra-se mais determinado em cuidar da própria saúde envolvido pelo medo de recidivas e visando melhor qualidade de vida (MANIVA et al., 2013).

Além do AVE adulto tem também o tipo pediátrico que ocorre em crianças de até 14 anos de idade com incidência de dois a oito casos a cada cem mil. Os fatores são múltiplos e variados e divergem das causas que desencadeiam no adulto, as principais causas que podem promover o AVE pediátrico são: cardiopatias congênitas, doença hematológica, coagulopatias, meningites HIV, anomalias vasculares, trauma, hemorragia subaracnóidea, desidratação, dentre outros sintomas. O tipo de AVE predominante também é o isquêmico assim como no adulto, onde mostra que a incidência do hemorrágico é menor, sendo que o baixo peso ao nascer é fator contribuinte para gerar o AVE hemorrágico pediátrico, também, a falta de administração da vitamina K pode resultar em doença hemorrágica tardia em crianças na faixa etária de 2 a 12 semanas, a profilaxia com a vitamina K é de extrema importância para o recém-nascido. (MEKITARIAN FILHO; CARVALHO, 2009).

Os autores ainda destacam que a anemia falciforme é um dos principais fatores relacionados ao AVE isquêmico em crianças podendo ser de 280 vezes maior a incidência nos portadores dessa doença, sendo que a taxa de recorrência pode chegar a 30%, esses pacientes precisarão de uma maior monitorização e constante estado de alerta já que suas hemácias não possuem tamanho nem forma adequadas, desencadeando o comprometimento de oxigênio para o cérebro.

Conforme os autores, na medida que a idade aumenta os sintomas ficam cada vez mais semelhantes aos do adulto, sendo os mais comuns o surgimento da hemiparesia, redução do nível de consciência, hemiplegia, disfagia, tontura e distúrbios visuais. A tomografia computadorizada (TC) ainda é o método que apresenta maior praticidade e disponibilidade sendo que confirma ao mesmo passo que diferencia o tipo de AVE, no entanto a angiografia de ressonância magnética é considerada padrão ouro pois ela não apenas diagnostica a doença como também revela lesões que possam ainda desencadear um possível agravamento, esse exame deveria sempre ser indicado quando a TC e/ou RM não diagnosticassem a causa do AVE, pois sua capacidade de encontrar obstrução vascular é muito elevada.

#### TRATAMENTO DO AVE

Os cuidados começam na fase aguda da doença com monitorização dos sinais vitais e neurológicos do paciente, que ao chegar ao serviço de urgência deverá passar por exame físico anamnese, verificação da pressão arterial, níveis glicêmicos, reação pupilar e de formas e tamanhos, além de avaliar se ocorre diminuição e/ou ausência dos movimentos corporais, monitorização cardíaca e realização de eletrocardiograma. A TC de crânio deverá ser pedida pelo médico de imediato para diferencia o tipo de AVE, pois há diferença terapêutica entre o agravamento isquêmico e o hemorrágico (OLIVEIRA, 2009).

O autor ainda acrescenta que as medidas gerais incluem prevenção de infecção, de pneumonia aspirativa, mudança de decúbito para evitar surgimento de úlceras de decúbito, suporte ventilatório eficiente, controle da dor, prevenção de crises convulsivas, monitorar sinais de elevação da pressão intracraniana, evitar trombose venosa profunda e embolia pulmonar com o uso de trombolíticos. O uso de antiagregante plaquetário ou anticoagulante só está indicado quando o AVE for isquêmico, pois aumenta a vascularização local contribuindo para maior irrigação cerebral além de degradar os coágulos aderidos às paredes dos vasos sanguíneos. O tratamento da hipertensão intracraniana, a drenagem cirúrgica e a craniectomia podem ser usadas nos dois tipos de AVE, todo cuidado preventivo deve ser iniciado, pois o índice de morbidade e mortalidade nesses casos é muito elevado, sendo que os pacientes devem iniciar a fisioterapia precoce para recuperação dos movimentos afetados.

Uma terapia inovadora e que tem ganhado espaço

no tratamento do AVE é o uso do trombolítico Alteplase nome genérico utilizado para designar ativador do plasminogênio tecidual recombinante (rt-PA), essa técnica foi aprovada no Brasil em 2001 pelo Ministério da Saúde e apenas treze hospitais públicos em todo país estão habilitados para usar essa técnica. O (rt-PA) só deve ser usado no AVE isquêmico e sua eficácia gira em torno de até 4,5 horas após o início da isquemia, o foco desse tratamento é restabelecer o fluxo sanguíneo para a área lesionada realizando a dissolução do trombo, preservando a zona de penumbra que é a região em volta da isquemia o que justifica o uso da droga logo no início dos sintomas ou seja em no máximo 4,5 horas sendo que a margem de segurança é de até 3 horas, caso a zona de penumbra não seja revascularizada irá tornar-se zona de infarto, aumentando ainda mais a área isquêmica (MANIVA; FREITAS, 2012).

O uso do Alteplase traz diversos benefícios ao paciente tais como: recuperação da área lesionada, preservação da zona periférica, melhora do déficit neurológico, redução de incapacidades físicas, restabelecimento da função motora facilitando o retorno das atividades de vida diárias. No entanto diversos são os fatores que dificultam a administração do (rt-PA) dentre eles o principal é que os pacientes procuram a unidade de saúde após as três horas do início dos sintomas, cerca de 96% deles, ou seja, fora da janela terapêutica, outro fator negativo é o risco de hemorragia intracraniana.

Para aplicação do Alteplase é necessário recursos tecnológicos como TC e RM, além de profissionais capacitados e bem treinados para desempenhar a técnica, a administração da droga é de 0,9mg/kg administrado em até três horas do início dos sintomas, a grande dificuldade enfrentada é a falta de unidades especializadas em AVE no Brasil, que possam desenvolver essa terapêutica nos pacientes já que requer equipes treinadas, pois o risco de hemorragia é elevado e geralmente as unidades do SUS dificilmente contam com recursos tecnológicos distribuídos de forma homogênea no país, dificultando o acesso aos pacientes que moram distantes das capitais e dos centros que contam com o (rt-PA), já que existe o critério de tempo-dependência para eficácia do tratamento (MANIVA; FREITAS, 2012).

## **PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE**

Uma vez que o paciente apresente sinais e sintomas sugestivos de AVE, o médico deverá de forma ágil buscar maneiras de afastar ou fechar o diagnóstico da doença, pois dependendo do tipo, se isquêmico ou hemorrágico ocorrerá mudanças na terapêutica empregada, uma TC de crânio e/ou RM deverá ser pedida além de outros exames de imagem se disponível, para avaliar o tipo e o grau da lesão, após o diagnóstico iniciar com a terapia medicamentosa, o clínico deve trabalhar com o paciente desde a prevenção da doença até a fase pós AVE, que é neste momento que o cliente está na fase

depressiva por apresentar alguma sequela e até mesmo por ter passado por uma fase de iminência de morte sendo que a relação de depressão aumenta o risco de desenvolver AVE em 35%, o profissional médico deverá atentar-se para identificar esses sintomas no paciente e iniciar a terapêutica antidepressiva em pacientes que se julgam necessários (PEDROSO; SOUZA; TEIXEIRA, 2014).

Ainda tratando-se de cuidados médicos o profissional precisa atentar-se para descartar outras patologias que possam assemelhar-se aos sinais apresentados no paciente com AVE, e desde logo solicitar exames como glicemia capilar, coagulograma, eletrocardiograma, Proteína C Reativa, hemograma, avaliação da força corporal, além da utilização da escala de coma de Glasgow que apresenta parâmetros mínimos de três ao máximo de quinze, sendo que igual ou menor que oito indica necessidade de intubação orotraqueal.

O ideal é que todos os pacientes que estejam sobre suspeita de AVE sejam tratados em unidades especializadas, além disso, o sistema de saúde deve assegurar o acesso a cuidados médicos de alta tecnologia e cuidados cirúrgicos quando necessários, a equipe médica decide se inicia ou não a terapia com trombolíticos nas primeiras horas do início da doença, essa terapia mostra resultados satisfatórios no AVE isquêmico, além do mais os médicos devem estar preparados para realizarem a intervenção cirúrgica deixando a equipe sempre preparada, o procedimento cirúrgico é predominantemente realizado quando o tipo de lesão é hemorrágica e de extensão média a grande, o procedimento ocorrerá sob julgamento médico visando o melhor benefício ao paciente (ROLIM, 2009).

Um grande avanço no tratamento do AVE isquêmico é o uso da terapia com Alteplase, no entanto é comum o receio dos médicos no uso inovador desta terapêutica, pois ainda ocorre falta de comunicação entre a classe médica sobre o tema além do receio do uso do (rt-PA) pelo medo de desencadear hemorragias intracraniana, mesmo assim a decisão em usar ou não o trombolítico fica a critério médico de preferência neurologista, o uso dessa terapia diminui o risco de morbidade em até 30% se usado no tempo preconizado (FONSECA et al., 2013).

Na pediatria, nota-se que casos de AVE é muito incomum, contabilizando dados que variam entre 8 a cada 100.000 crianças abaixo de 14 anos. O denominador comum desses fatos parte de doenças de base, tais quais: a anemia falciforme, a cardiopatia congênita e malformações vasculares. Dessa forma, inexistem predeterminadas indicações sistemáticas para tratar o AVE em crianças, todavia, é preciso que o pediatra seja o principal mediador desse processo, através do acompanhamento, monitoração, tratamento de suporte e anticoagulação em casos selecionados, é o que prevê os estudos mais recentes de (MEKITARIAN FILHO; CARVALHO, 2009).

Assim sendo, os autores citados destacam que a principal intervenção clínica do AVE em crianças a ser efetivada é o diagnóstico precoce, é fundamental que o

pediatra, ao acompanhar o caso clínico da criança detecte as especificidades dos sintomas, assim, podendo evitar maiores problemas, sequelas e, dando maior suporte a qualidade de vida do paciente.

O enfermeiro é responsável em preparar e administrar o rt-PA no tempo estimado para isso são necessários preparos técnicos, o profissional deve ser treinado para administrar a terapia com antitrombolíticos, mas ainda é notável a deficiência em profissionais de enfermagem treinados pra prestação do cuidado ao paciente acometido com AVE, percebe-se que ainda é pouco ofertado capacitações e especializações na área de neurologia para os profissionais de enfermagem dificultando ainda mais a qualidade da assistência (MANIVA; FREITAS, 2012).

As sequelas motoras do AVE apresentam três fases: a fase flácida, a espástica e a de recuperação, na primeira ocorre perda e/ou diminuição da força muscular, na fase espástica ocorre um estado de hiperreflexão muscular e de tendões, nessa fase é necessário o trabalho multiprofissional para promoção da recuperação dos movimentos perdidos, por fim a fase de recuperação é alcançada apenas por meio de intervenções terapêuticas que auxiliam o indivíduo a restabelecer funções corporais afetadas, a reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que busca a independência para a realização do autocuidado é nesse momento que a equipe ensina o paciente maneiras diversas de adaptação para realização das AVD's, o cérebro é reeducado para enfrentar as sequelas da doença sendo assim a equipe de enfermagem busca alternativas para o enfrentamento das dificuldades, tais como: fixar o membro inferior de maior força para subir degraus, realização de exercícios físicos diante do espelho para que o paciente possa acompanhar em tempo real seu desenvolvimento, além de estimulação cerebral com jogos e brincadeiras que contribuam para desenvolvimento cognitivo do paciente, assim podemos citar o quebra cabeça, palavras cruzadas e figuras que possam dar semelhanças com o cotidiano vivido pelo paciente (LESSMANN et al., 2010).

Para os autores supracitados, o cuidado de Enfermagem integral ocorre com atividades de estimulação sensitiva, motora, controle postural, amplitude de movimentos e treino de marcha, sempre acompanhados por ações de educação em saúde. Estas habilidades conferem aos enfermeiros capacidades de atuação proporcionando a redução de danos e incapacidades.

As consequências que o AVE podem trazer para o paciente são graves e podem diminuir bastante a qualidade de vida dessas pessoas, cerca de 80% dos pacientes acometidos por essa doença apresentam déficit neurológico de menor e maior intensidade sendo que a hemiparesia é a sequela mais predominante nos pacientes. Nestes casos, a intervenção fisioterapêutica é imprescindível, pois ajuda os pacientes a melhorar o desempenho funcional para realização das AVD's, após a realização das sessões de fisioterapia os pacientes

apresentam melhores resultados para andar, comer, vestir-se, realizar higiene pessoal etc. (LOPES; CASTANEDA; SOBRAL, 2012).

Para os autores citados, a maior recuperação motora se dá nos três primeiros meses após a lesão encefálica, após esse período a recuperação é mais lenta, a fisioterapia deve ajudar o paciente na recuperação do nível funcional mais próximo da normalidade para que a condição de saúde permita satisfação e boa qualidade de vida. Uma das ferramentas mais utilizadas pelos fisioterapeutas para avaliar o nível de independência funcional para realização das AVD's dos pacientes é o índice de Barthel, após o resultado fica mais claro para os profissionais realizarem a fisioterapia com a finalidade de deixar o paciente com a maior independência possível.

Todos os indivíduos que sofrem AVE necessitam, em certo momento, de serem submetidos a um processo de reabilitação, já que o fato de ter sobrevivido indica grandes implicações na sua capacidade residual, como “[...] paralisia dos músculos, rigidez das partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais [...]” (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011, p.1084).

Dentre os profissionais que estão mais frequentemente engajados nesse processo pós-AVE, o fisioterapeuta merece destaque pelo seu trabalho prestado na tentativa de recuperar os movimentos sensitivos e coordenação motora do paciente, fator que está ligado ao desempenho cognitivo. “A interferência cognitiva-motora é de considerável importância clínica, uma vez que, em um processo de reabilitação, a execução dos exercícios envolve atividades motoras e cognitivas simultâneas”. Assim, a intervenção do fisioterapeuta é de grande relevância, enquanto maior a realização de seções maiores são as chances de o paciente recuperar movimentos leves e aproximar-se da total independência (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011, p. 1087).

Quanto as complicações pós-AVE podem-se destacar a disfagia que é a dificuldade de deglutir, tornando-se uma das principais morbidades levando na maioria das vezes o paciente a quadros de desnutrição e broncopneumonia, nesse caso é de fundamental importância a atuação do fonoaudiólogo para realizar manobras posturais e de proteção das vias aéreas superiores. Neste último caso o paciente é instruído a reter a respiração antes e durante a deglutição, as principais condutas orientadas pelos fonoaudiólogos para os portadores de AVE são: manter o paciente em decúbito elevado durante a alimentação, oferecer os alimentos em pequena quantidade, orientar para não falar enquanto deglute o alimento, durante a oferta do alimento o cuidador deve posicionar-se do lado comprometido do corpo do paciente. Quanto mais precoce a intervenção do fonoaudiólogo no processo de reabilitação menores são os riscos de agravamento do quadro clínico, a eficácia pode ser comprovada pelo aumento de peso do paciente, eficiência na alimentação por via oral e diminuição na

incidência de pneumonia aspirativa (ABDULMASSIB et al., 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notável que o AVE representa um agravo a saúde dos Brasileiros, pois apresenta a maior causa de morte entre as doenças cardiovasculares, esta doença está associada a fatores alimentares, sociais e apresenta forte ligação com o aumento da idade. Os tipos de AVE são: isquêmico quando ocorre enfarte de pequenos vasos causando impedimento do fluxo normal de oxigênio para as células cerebrais, esse agravo representa oitenta por cento dos pacientes acometidos por AVE. O segundo tipo é o hemorrágico que surge através de rompimento de pequenos vasos sanguíneos que irrigam o encéfalo, representando cerca de vinte por cento dos pacientes acometidos pela doença, com maior grau de morbimortalidade.

Observou-se que o diagnóstico se baseia em dados clínicos e exames de imagem dentre os quais a angiografia de ressonância magnética é considerada padrão ouro, mas a tomografia computadorizada de crânio é realizada com mais frequência talvez seja pela relação custo/benefício.

Os profissionais de saúde precisam buscar atualização sobre as novas terapias, mas é preciso reconhecer a deficiência na oferta de capacitações e especializações na área de neurologia e cuidados para o portador de AVE. Quando retratado no tema “profissionais de saúde”, fica clara a abrangência do tema em questão, mas ao longo do trabalho nota-se que esses profissionais estão divididos entre aqueles atuantes nas primeiras horas da urgência, que é o caso dos médicos e da equipe de enfermagem e os que atuam no pós-AVE principalmente na reabilitação de sequelas que a doença pode trazer, tais como fisioterapeuta e fonoaudiólogo, outros profissionais poderiam estar associados no cuidado ao paciente tais como: psicólogo, nutricionista, assistente social etc.

No entanto esses últimos não estariam necessariamente voltados ao cuidado frequente ao portador de AVE como é o caso do fisioterapeuta, médicos, equipe de enfermagem e fonoaudiólogo. É notável que cada profissional desempenha sua função em um conjunto de forças designado como “trabalho multiprofissional” atuando de forma ágil para salvar a vida do portador de AVE e diminuir ao máximo a morbimortalidade mesmo tendo que trabalhar sem recursos tecnológicos e materiais que é comum no sistema público de saúde do Brasil, em que muitas vezes não conta com serviços de imagem como TC e RM, além de que tratamentos inovadores como o uso do trombolítico Alteplase não é usado por falta de capacitação técnica das equipes e falta de investimentos públicos.

A equipe de Enfermagem fica responsável pelos cuidados gerais com o cliente que inicia-se desde a promoção da saúde com estimulação da alimentação saudável e estímulo as práticas físicas além de trabalhos

sociais de conscientização sobre a doença e suas ligações com o tabagismo a hipertensão arterial, sedentarismo, obesidade, estresse, além de outros fatores que possam comprometer o quadro neurológico desses pacientes. Diante da ocorrência do agravo o enfermeiro deve monitorar o paciente e buscar dados cardiográficos, nível de consciência, medida da força corporal de ambos os lados do corpo, agilizar coleta de exames laboratoriais e de imagem e iniciar o tratamento medicamentoso o quanto antes tendo em vista a eficácia terapêutica ser tempo dependente, medidas de higiene e conforto dever ser implementadas lembrando que esses pacientes correm maior risco de sofrer quedas, bronco aspirações, além de sofrer lesões em lados do corpo com pouca sensibilidade.

Por fim a melhor maneira de lidar com o AVE ainda é por meio de políticas de prevenção e promoção da saúde, onde possam ter ações educativas, tratamentos para tabagistas, disseminação de conhecimento através dos meios de comunicação, maior controle da hipertensão arterial e da obesidade. Essa forma de prestar saúde além de ser de menor custo se comparado as ações de maior complexidade reduz a morbimortalidade cardiovascular e oferece ao cidadão melhor qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

- ABDULMASSIB, E. M. S. et al. Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar. *Arq. Int. Otorrinolaringol* [Internet]., v. 13, n. 1, p. 55-62, 2009.
- COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Estado Neurológico e Cognição de Pacientes Pós-Acidente Vascular Cerebral. *Rev. esc. enferm. USP*, v. 45, n. 5, p. 1083-8, 2011.
- FONSECA, L. H. O. et al. Análise das Barreiras à utilização de trombolíticos em casos de acidente vascular cerebral isquêmico em um hospital privado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 29, n. 12, p. 2487-96, 2013.
- GARRITANO, C. R. et al. Análise da Tendência da Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral no Brasil no Século XXI. *Arq. Bras. Cardiol.* [online], v. 98, n. 6, p. 519-27, 2012.
- LESSMANN, J. C. et al. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. *Rev. bras. enferm.*, v. 64, n. 1, p. 198-202, 2011.
- MANIVA, S. J. F. et al. Vivendo o acidente vascular encefálico agudo: significados da doença para pessoas hospitalizadas. *Rev. Esc Enferm USP*, v. 47, n. 2, p. 362-8, 2013.
- MANIVA, S. J. F.; FREITAS, C. H. A. Uso de alteplase no tratamento do acidente vascular encefálico isquêmico

agudo: o que sabem os enfermeiros? **Rev Bras Enferm.**, v. 65, n. 3, p. 474-81, 2012.

MEKITARIAN FILHO, E.; CARVALHO, W. B. Stroke in children. Acidentes vasculares encefálicos em pediatria. **Jornal de Pediatria (Rio J.)**, v. 85, n. 6, p. 469-79, 2009.

OLIVEIRA, C. A. R. **Estudo retrospectivo das crises convulsivas na fase aguda do AVC no ano de 2008.** Frequência e implicações clínicas. 2009. 49f. Dissertação [Mestrado] - Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã, 2009.

OVANDO, A. C. et al. Avaliação da aptidão cardiopulmonar em indivíduos com hemiparesia após acidente vascular encefálico. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 96, n. 2, p. 140-7, 2011.

PEDROSO, V.S.P., SOUZA, L.C., TEIXEIRA, A.L. Síndromes neuropsiquiátricas associadas a acidentes vasculares encefálicos: revisão de literatura. **J Bras Psiquiatr.**, v. 63, n. 2, p. 165-76, 2014.

ROLIM, C .L. R. C. **Avaliação da Efetividade do Tratamento Hospitalar do Acidente Vascular Cerebral Agudo no Sistema Único de Saúde - SUS** - Utilização da Mortalidade Hospitalar como Indicador de Desempenho. 2009. 84f. Dissertação [Mestrado] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009.