

## ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE A PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

### TEAM HEALTH CARE TO PATIENTS FOR STROKE VICTIMS

Santos AG,<sup>1</sup> Costa Neto AM<sup>2</sup>

1 Enfermeira Mestranda em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí

2 Enfermeiro graduado pela Universidade Federal do Piauí

Autor para correspondência: Santos AG. Condomínio verde que te quero verde; bloco ébano; apartamento 305; rua Jacob Martins; bairro Santa Luzia; Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64020095. Email: arianeg.santos@hotmail.com

#### RESUMO

Tem por objetivo: analisar as produções científicas sobre o atendimento da equipe de saúde ao paciente vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Metodologia: estudo bibliográfico. Utilizou-se as bases de dados do LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). O recorte temporal foi de 2000 a 2011. Os descritores foram: enfermagem e acidente vascular cerebral, foram selecionados 20 artigos. Estes foram subdivididos em três categorias: educação em saúde para o cuidado domiciliar de pacientes vítimas do AVC; diagnóstico e tratamento precoce de pacientes vítimas de AVC; e reabilitação de pacientes após o AVC. Resultados: 30% dos artigos se referiam a educação em saúde. O processo educativo tem se constituído como uma das principais intervenções, junto a pacientes e familiares de pessoas com AVC. 55% eram referentes ao diagnóstico e tratamento precoce do AVC. Percebeu-se que os pacientes com AVC são atendidos de forma muito tardia, isto prejudica o tratamento. E 15% dos artigos referiram-se à reabilitação destes pacientes. Conclusão: A maior parte dos artigos referiam-se ao atendimento precoce e à prevenção do AVC. É necessária a execução de mais estudos científicos que tratam sobre pacientes vítimas de AVC, pois o conhecimento é essencial para o desenvolvimento de um plano de cuidado de enfermagem qualificado.

**Palavras - chaves:** Urgência. Emergência. Enfermagem. Acidente vascular cerebral.

#### ABSTRACT

Its objective: to analyze the scientific production about the health care team the patient suffered stroke (CVA). Methodology: bibliographic study. We used the databases LILACS (Latin American Health Sciences) and SciELO (Scientific Electronic Library Online). The time frame was 2000 to 2011. The descriptors were: nursing and stroke, we selected 20

articles. These were divided into three categories: health education for home care of patients suffering from stroke, early diagnosis and treatment of patients suffering from stroke, and rehabilitation of patients after stroke. Results: 30% of the articles referred to health education. The educational process has been established as one of the major interventions with patients and family members of people with stroke. 55% were related to early diagnosis and treatment of stroke. It was noticed that patients with stroke are treated very late, it hampers treatment. And 15% of the articles referred to the rehabilitation of these patients. Conclusion: Most of the articles referred to the early treatment and prevention of stroke. It is necessary to run more scientific studies that deal with victims of stroke patients, because knowledge is essential for the development of a plan of care to skilled nursing.

**Key - words:** Urgency. Emergency. Nursing. Stroke.

## INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é um quadro neurológico agudo, de origem vascular, com rápido desenvolvimento de sinais clínicos devido a distúrbios locais ou integrais da função cerebral (MAKIYAMA; BATTISTELLA; LITVOC; MARTINS, 2004). É hoje, uma das causas mais comuns de disfunção neurológica que ocorre na população adulta (COSTA; DUARTE, 2002).

É classificado em duas grandes categorias: o AVC isquêmico, quando ocorre a oclusão de um vaso sanguíneo (artéria) que irriga determinada região encefálica, privando essa região de nutrientes e oxigênio, e o AVC hemorrágico, quando há ruptura de um vaso sanguíneo encefálico (SMELTZER; BARE, 2005).

Os sinais e sintomas mais comuns que ocorrem após o acidente vascular cerebral (AVC) são: alteração do nível de consciência, paralisia ou paresia, distúrbios sensitivos, incoordenação, espasticidade, apraxias, anosognosia, alterações do campo visual, ataxia, afasia, disartria, julgamento e planejamento prejudicados, discalculia, entre outros (ANDERSON, 1984).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco preditivo para AVC, pois está presente em cerca de 70,0% dos casos de doença cerebrovascular (DCV). Cardiopatias são consideradas o segundo fator de risco mais importante para AVC, cuja frequência é 41,9% para AVCi (contra cerca de 2,0% para AVC hemorrágico). Fibrilação atrial crônica (FA) é a doença cardíaca mais associada com AVC, representando cerca de

22,0% destes casos. Diabete melito (DM) é fator de risco independente para a DCV, uma vez que acelera o processo aterosclerótico. Cerca de 23% de pacientes com AVCi são diabéticos (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

O Brasil, desde a década de 1940, vem passando por um processo de inversão das curvas de mortalidade, observando-se um declínio de mortes por doenças infecciosas e um concomitante aumento por doenças crônicas não-transmissíveis e causas externas. Este processo é conhecido por fenômeno de transição epidemiológica, ocorrida em todos os países hoje desenvolvidos, nos quais a população de idosos é cada vez mais expressiva (BRASIL, 2000).

Dentre as doenças não-transmissíveis interessam, particularmente, os acidentes cardiovasculares cerebrais e o infarto do miocárdio (IM) devido à sua importância no obituário geral, tanto em homens quanto nas mulheres (RUMEL, *et al*, 1993). As doenças cerebrovasculares, particularmente, o AVC representa a terceira causa de morte em países industrializados e a primeira causa de incapacidade entre adultos (FALCÃO, *et al*, 2004).

Existe uma tendência generalizada ao aumento da porcentagem de idosos na população e isso significa que o AVC deve continuar sendo um problema de saúde pública de relevância superior neste século XXI. A prevalência de AVC é alta e, apesar de a taxa de sobrevivência ser elevada, atualmente 90% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de deficiência, o que o torna uma das principais causas de incapacidade em adultos (MAKIYAMA; BATTISTELLA; LITVOC; MARTINS, 2004).

Pois, após um AVC o sujeito pode evoluir com distúrbios na comunicação, na memória, alterações visoespaciais, alterações sensoriais e motoras. Assim, além de contribuir para a morbidade e mortalidade, essa doença também implica em altos custos.

Com isso, pode-se perceber que o Acidente Vascular Cerebral é uma patologia de alta incidência e taxa de mortalidade, sendo assim considerado como um importante problema de saúde pública no mundo. Suas conseqüências podem ser de grande impacto, gerando enormes demandas de recursos em diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A doença configura-se como um desafio para os profissionais de saúde, pois grande parte desses ainda são despreparados para o atendimento aos pacientes com AVC, seja pelo reconhecimento tardio da patologia, pela carência de aparelhagem adequada para o diagnóstico por imagem ou mesmo por subestimar a gravidade da doença. Assim, o presente trabalho se fará importante, pois servirá para ampliação do conhecimento dos enfermeiros nesta área.

O estudo tem por objetivo: analisar as produções científicas no que diz respeito ao atendimento da equipe de saúde ao paciente vítima de AVC.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo bibliográfico. Os estudos primários são, neste caso, os sujeitos da pesquisa.

Para realização deste estudo, primeiramente foi feito um levantamento bibliográfico acerca da temática do atendimento da equipe de saúde aos pacientes com acidente vascular cerebral, utilizando as bases de dados do LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online). O recorte temporal foi de 2000 a 2011.

Para proceder à busca das referências bibliográficas nestas bases de dados, foram utilizados como descritores: enfermagem e acidente vascular cerebral, de acordo com o sistema BIREME. Foram encontrados 53 trabalhos, a partir da leitura de todos os títulos e resumos das referências bibliográficas identificadas nas bases de dados.

Na etapa subsequente foram selecionadas as referências bibliográficas de interesse para este estudo, considerando como critérios de inclusão: ser um trabalho desenvolvido no âmbito nacional; ter sido publicado entre os anos de 2000 a 2011 e abordar, no resumo do trabalho, o atendimento da equipe de saúde aos pacientes com acidente vascular cerebral. Assim, para o presente estudo foram selecionados 20 artigos.

Na análise dos artigos, estes foram lidos na íntegra e subdivididos em três categorias : educação em saúde para o cuidado domiciliar de pacientes vítimas do AVC; diagnóstico e tratamento precoce de pacientes vítimas de AVC; e reabilitação de pacientes após o AVC.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CUIDADO DOMICILIAR DE PACIENTES VÍTIMAS DO AVC**

Do total de artigos encontrados seis (30%) relatavam sobre a importância da educação em saúde para o cuidado domiciliar de pacientes que sofreram um AVC.

As ações desenvolvidas pelo enfermeiro no treinamento da família devem levar em consideração a identificação das facilidades e dificuldades para o cuidado domiciliar, avaliar os aspectos cognitivos e o perfil da pessoa que continuará com os cuidados a fim de elaborar a

melhor estratégia de orientação para o mesmo (GOMES; SENNA, 2008). Deve-se possibilitar ao cuidador familiar a utilização, no domicílio, de conhecimentos adquiridos durante a estada no hospital, o que deve ser realizado, com a orientação pelo enfermeiro, o qual deve utilizar as suas habilidades de educador.

É necessário que a família receba informações relativas ao estado clínico do paciente e seu tratamento de forma clara para que tenha condições de decidir o que considera benéfico ao familiar. Dessa forma, as orientações precisam ser repassadas de maneira que facilitem a compreensão da família, de acordo com seu nível de conhecimento (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Para tanto, o enfermeiro é o profissional mais habilitado, seja pelo caráter holístico de sua formação, ou pelo simples e incontestável fato de estar presente por mais tempo na assistência aos pacientes. Dessa maneira, as orientações de enfermagem ao acompanhante/familiar devem contemplar desde aspectos mais gerais, relativos à dinâmica hospitalar para facilitar sua adequação ao ambiente, até explicações mais específicas acerca dos equipamentos utilizados e procedimentos aos quais o paciente é submetido (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

O processo educativo tem se constituído como uma das principais intervenções, junto a pacientes e familiares de pessoas com AVC. Dentre os diversos cuidados, faz-se necessário que os profissionais de enfermagem, juntamente com a equipe multidisciplinar, efetuem orientações acerca da prevenção de quedas em caso de treino de marcha realizado no domicílio (BOCCHI, 2004).

Tal processo deve ser iniciado preferencialmente durante a internação, para evidenciar no ambiente hospitalar os problemas a serem enfrentados durante o cuidado domiciliar, visando reduzir os níveis de ansiedade dos familiares e paciente antes da alta facilitando, assim, a reintegração do paciente à sociedade (EASTON; ZEMEN; KWIATKOWSKI, 1994).

Com isso, os familiares acabam manifestando entusiasmo e interesse em adquirirem conhecimentos e por entenderem princípios básicos sobre a reabilitação baixam seus níveis de ansiedade (MARCON et al, 2002). A literatura demonstra que o apoio de um profissional especializado no cuidado do familiar de pessoas com AVC melhora a satisfação com o cuidado e em particular àqueles relacionados à comunicação e suporte. Os dados mostram resultados positivos na área social e psicológica para ambos (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

No entanto, recomenda-se que as necessidades educacionais, tanto do paciente quanto da família sejam reavaliadas, continuamente, mesmo após o paciente ter recebido alta da reabilitação. As famílias necessitam de uma referência para auxiliá-las quando os problemas surgirem no domicílio, pois a descontinuidade tende a levá-los, novamente, a graus de ansiedade e depressão (BOCCHI, 2004).

Vários fatores, no entanto, vêm afetando a capacidade da enfermeira oferecer intervenções de suporte e de educação para as famílias de pessoas na fase aguda do AVC, dentre eles a redução da permanência do paciente no serviço hospitalar acompanhada pelo aumento do número de internações de pacientes com a doença e pela redução do quadro de pessoal (BOCCHI, 2004).

Marcon *et al.* (2002) ressaltam que os enfermeiros reconhecem a importância da família na recuperação do doente e discutem estratégias que poderiam ajudar as famílias a cuidarem melhor de seus membros doentes. No entanto nem sempre colocam isso em prática, devido a uma dificuldade individual decorrente da própria formação profissional deficiente nessa área.

É difícil para os enfermeiros estabelecerem uma relação de proximidade com a família, envolvendo-a em sua prática de cuidados, uma vez que tal abordagem é pouco incentivada enquanto esses ainda são acadêmicos. Desse modo, discussões nesse sentido, geralmente, são escassas. Entretanto a formação do vínculo entre enfermeiros e família, além de enriquecedor para ambos, traz ao paciente inúmeros benefícios, em particular aos pacientes com AVC, que requerem cuidados especiais de cunho afetivo-emocionais e físicos. De acordo com Taylor e Renpenning (1995), a família é um fator condicionante básico do indivíduo, e é por meio dela que ele aprende o autocuidado. Assim, segundo a autora, a família pode ser um recurso disponível a ser usado para e pelo paciente na gerência de seus requisitos de cuidado.

## **DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DE PACIENTES COM AVC**

A maior parte dos artigos selecionados, totalizando onze pesquisas (55%), tiveram como abordagem principal a importância do diagnóstico e tratamento precoce de pacientes com aneurisma encefálico.

O tratamento da hipertensão arterial e do diabetes melito, é a maneira mais fácil, barata e eficiente de prevenir um acidente vascular cerebral (AVC). O enfermeiro, de forma contínua, deve relacionar o mecanismo de ação da medicação, com seus efeitos, como estratégia para garantir a manutenção da prescrição, já que, a principal causa de hipertensão

arterial resistente é a descontinuidade da prescrição estabelecida (SILVA; HENRIQUE; SCHUTZ, 2009).

Quando se refere ao indivíduo com sinais e sintomas de AVC, o atendimento e reconhecimento dos diagnósticos, proporcionam a grande diferença no resultado do tratamento. O paciente atendido, diagnosticado clinicamente, tomograficamente e tratado nas três primeiras horas após o início do evento, tem maior probabilidade de diminuir as seqüelas acarretadas pelo AVC (GOMES; SENNA, 2008).

Os objetivos deste atendimento inicial são: a confirmação do diagnóstico, a identificação da hora de início do quadro e da sua evolução e a graduação da gravidade do acidente vascular cerebral<sup>9</sup>. A avaliação na urgência inclui ainda a estabilização das condições vitais do paciente, tais como cuidados respiratórios, balanço hidroeletrólítico, monitorização hemodinâmica, condições dietéticas, controle rigoroso da temperatura e da glicemia e prevenção de trombose venosa profunda (YAMASHITA et al, 2004).

Nas últimas décadas, grande quantidade de recursos tem sido investida em pesquisa na tentativa de reduzir a morbidade e mortalidade dos pacientes acometidos por AVC. Várias modalidades terapêuticas têm sido preconizadas, todas objetivando minimizar o grau de lesão neuronal que ocorre após uma oclusão ou sangramento arterial. Dentre essas, estão as intervenções objetivando a otimização do fluxo sanguíneo (farmacológicas e cirúrgicas), sobre o metabolismo neuronal (drogas neuroprotetoras, uso de agentes anestésicos), controle agressivo da hipertensão intracraniana, aperfeiçoamento das técnicas neurocirúrgicas, permitindo maior segurança na sua indicação e execução. Além disso, um intenso esforço tem sido despendido na tentativa de controlar os fatores de risco e na profilaxia de novos eventos, também através da terapêutica medicamentosa ou intervenção cirúrgica precoce (endarterectomias) nos pacientes de alto risco (RADANOVIC, 2000).

No entanto, a maior parte do atendimento de pacientes com AVC no Brasil é realizada em hospitais secundários. Hospitais deste porte muitas vezes não dispõem de uma infra-estrutura adequada para o atendimento completo deste tipo de doente. Assim, A maioria dos pacientes com AVC recebe o primeiro atendimento em centros onde não existem especialistas ou Serviços de Neurologia. Este atendimento vai ser realizado, em grande parte, pelo clínico geral. Os resultados do levantamento realizado por Radanovic, no ano de 2000, mostraram que em relação ao procedimento diagnóstico, 19% dos pacientes não realizaram TC de crânio, sendo o diagnóstico atribuído com base apenas em critérios clínicos. Tal fato certamente tem impacto negativo sobre o tratamento do AVC na fase aguda, bem como sobre

a possibilidade de orientar adequadamente o paciente do ponto de vista da profilaxia de novos eventos, dada a dificuldade de se estabelecer qual o tipo e etiologia do AVC sem exame de neuroimagem.

Esta pesquisa mostrou, ainda, que em 50,4% dos casos, a equipe clínica sentiu necessidade de encaminhar o paciente a um serviço terciário para realizar avaliação neurológica. Os principais motivos para esta solicitação foram realização ou interpretação de TC de crânio, questões sobre indicação de anticoagulação e avaliação por equipe de Neurocirurgia.

Recentes evidências experimentais e clínicas sugerem que a persistência da isquemia cerebral por mais de 4 a 6 horas produz lesões neurológicas permanentes (FALCÃO et al, 2004).

Alguns estudos demonstraram que a principal causa que restringe o uso de trombolíticos no paciente com AVC isquêmicos é o tempo de apresentação ao serviço de emergência desde o início dos sintomas, quando excede 3 horas<sup>12,13</sup>. Diante desta janela de tempo o Food and Drug Administration (FDA) aprovou em junho de 1996 o uso do rt-PA, baseado nos resultados do National Institute of Neurologic Disorders (NINDS), que analisou os passos sequenciais a serem seguidos para um atendimento rápido e sistematizado, obedecendo à janela terapêutica, entre eles: o reconhecimento dos sinais e sintomas e ação pelo paciente ou conhecido, acesso ao cuidado, transporte ao hospital com TC, diagnóstico rápido no departamento de emergência, interpretação da TC, critérios de inclusão e tratamento (KOHTARI et al, 2001). No entanto Yashita et al (2004) evidenciou em seu estudo que: A média do intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a chegada ao hospital foi de 10 horas e 7 minutos.

Entre as dificuldades encontradas pela população estudada até a chegada ao hospital, 6 pacientes (15,8%) tentaram atendimento sem sucesso em outro serviço, 6 (15,8%) alegaram falta de transporte, 5 (13,2%) referiram que havia congestionamento de trânsito, 4 (10,5%) não sabiam a gravidade, 3 (7,9%) referiram que moravam ou estavam sozinhos, 6 (15,8%) negaram dificuldades, 6 (15,8%) apresentaram outros tipos de problemas, tais como: carregar a vítima ao veículo, morar longe e a demora da ambulância. Não foi possível obter esta informação de pacientes (18,4%) (YASHITA et al, 2004).

Em estudo realizado no Hospital São Paulo (HSP) no período de 1998 a 1999, antes da utilização de trombolítico, verificou-se o grande intervalo de tempo no atendimento a



pacientes com diagnóstico de AVC, mostrando que a doença não era considerada emergência médica (LEOPOLDINO et al, 2003).

A utilização de diretrizes sobre atuação profissional nos cuidados de pacientes com AVC e a busca das melhores evidências científicas quanto à tomada de decisões clínicas não é rotina para a maioria dos profissionais entrevistados. A ausência desta rotina talvez advinha da falta de conhecimento, por parte de muitos destes profissionais, sobre a existência de várias diretrizes publicadas e disponíveis gratuitamente em bases de dados da literatura nacional e internacional ou, por não considerarem importante esta prática para suas atuações profissionais, podendo gerar condutas ineficientes e ou inapropriadas (NEVES, 2004).

A equipe de enfermagem tem papel preponderante no atendimento do paciente com AVC, participando ativamente do controle rigoroso dos sinais vitais, cuidando para que a realização de procedimentos invasivos seja criteriosa, para diminuir os focos infecciosos.

Todavia, o atendimento adequado ao paciente com AVC ainda constitui um desafio, devido ao alto potencial de morbidade e mortalidade associados a este diagnóstico. O cuidado ideal deste paciente é caro, pois demanda a realização de exames subsidiários de alto custo para confirmação do diagnóstico, etiologia e planejamento terapêutico (TC de crânio, arteriografia cerebral, ressonância magnética de encéfalo), pode requerer internação em UTI ou intervenção neurocirúrgica e necessita de equipe de reabilitação desde as fases mais precoces (RADANOVIC, 2000).

Portanto, alerta-se não apenas para o tratamento medicamentoso, mas também para o controle de todos os fatores que podem agravar a lesão neurológica. Salientamos o esforço conjunto da equipe de atendimento ao paciente no setor de emergência e a motivação para se empreender um trabalho árduo, com menor risco de complicação possível (YASHITA et al, 2004).

## **REABILITAÇÃO DE PACIENTES APÓS O AVC**

Foram selecionados três artigos (15%) abordando a reabilitação dos pacientes que sofreram um acidente vascular cerebral.

Indivíduos com sequelas decorrentes de AVE, geralmente apresentam debilidades de movimentação causadas pela redução da amplitude articular e da musculatura (RYERSON, 2004). A enfermagem pode inserir-se neste cuidado reforçando os ensinamentos, adaptando-os a realidade do indivíduo no domicílio e estimulando a realização correta e contínua dos mesmos. Durante a prática assistencial, atendimentos envolvendo terapia ocupacional, devem

estimular os indivíduos e as famílias para a continuidade destas atividades no domicílio. Estas ações possibilitam a gradual execução das atividades como vestir-se, arrumar-se, lavar-se, cuidar da aparência, alimentar-se e também proporcionam a melhoria das relações sociais (PERLINI; FARO, 2005).

Programar atividades físicas também é de fundamental importância, pois essas atividades têm por objetivo melhorar o condicionamento físico geral, reduzir os fatores de risco do AVC e proporcionar vivência e experiência em atividades em grupo, favorecendo a reinserção social. Devem ser iniciados após avaliação em parceria com profissionais especializados (GOMES; SENNA, 2008).

Em estudo realizado por Perlini e Faro em 2005, foi possível proporcionar a manutenção da amplitude de movimentos aplicando e ensinando atividades de alongamento, de forma passiva, quando as autoras realizaram estes exercícios nos indivíduos acometidos pelo AVE, ou de forma ativa quando os próprios indivíduos efetuaram os exercícios. Foi realizada orientação a todos os indivíduos, bem como seus familiares, acerca da realização de alongamentos com a finalidade de manutenção da amplitude de movimentação, principalmente em membros inferiores e superiores.

A reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que busca no indivíduo a independência para a realização do autocuidado. A habilidade para realizá-lo é frequentemente a chave para a independência, para o retorno ao lar e para a vida comunitária. Assim quanto mais precoce é iniciado o processo de reabilitação, melhores são as possibilidades de recuperação do indivíduo (LESSMANN, 2011).

Aliado a estes conhecimentos, a aplicação da Teoria Geral de Enfermagem de Orem conferiu maior qualidade e cientificidade ao cuidado, visto que os indivíduos com AVE apresentam em sua maioria, limitações para exercer atividades do cotidiano e de reabilitação (LESSMANN, 2011) a reabilitação dos pacientes portadores de AVC envolve primariamente a educação, o que mobiliza a equipe multidisciplinar, a fim de promover ações que visam garantir o exercício de suas atividades habituais com segurança e incluem também o auxílio à alimentação (PAIXÃO, 2009).

Assim, literatura aponta sobre a importância da criação de políticas públicas, sociais e de saúde direcionadas ao cuidado domiciliar e à cuidadora, em virtude de, na maioria das vezes, um elemento só atuar no cuidado o que ocasiona a sobrecarga física e mental. É importante atentar-se para o fato de que não somente a pessoa vitimada de AVC, mas o seu cuidador também passa a ser cliente (GOMES; SENNA, 2008).

A partir deste estudo pode-se concluir que existem múltiplos fatores envolvendo o atendimento ao paciente com AVC. Notou-se que educação em saúde é de crucial importância na vida do paciente e familiares, que o atendimento em saúde ainda deixa a desejar devido a sua má infra-estrutura ou mesmo à ausência de profissionais capacitados para atenderem esses indivíduos e que a enfermagem tem fundamental importância na reabilitação de indivíduos sequelados.

É de suma importância a execução de mais estudos científicos que tratam sobre pacientes vítimas de AVC, sejam tratando da prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação, pois o conhecimento é essencial para o desenvolvimento de um plano de cuidado de enfermagem qualificado, já que, poderá constituir em estímulo para investigações, visando a busca de referenciais teóricos norteadores de uma prática assistencial.

Nesse sentido, este estudo contribuiu não só para dar foco a questões de pesquisa, como também para adicionar conhecimento, influenciando positivamente o trabalho do enfermeiro, já que contribuiu para estabelecer prioridades em seu trabalho e assim favorecer o alcance de melhores resultados junto aos pacientes vítimas de AVC.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, T.P. Reabilitação de pacientes com derrame completado. In: KOTTKE, F.J; STILLWELL, G.K; LEHMANN, J.F. Krusen: **Tratado de Medicina Física e Reabilitação**. São Paulo: Manole, 1984. p.604-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e projetos:doenças cardiovasculares**. 2000. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>.

BOCCHI, S.C.M. O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. **Rev Bras enferm**. v. 57, n. 5, p. 569-73, set/ out. 2004.

CASTRO, A.A; SACONATO, H; GUIDUGLI, F; CLARK, O.A.C. **Curso de revisão sistemática e metanálise**. São Paulo (SP): LED-DIS/UNIFESP; 2002.

CHAGAS, N.R; MONTEIRO, A.R.M. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Scientiarum Health Sciences**.v. 26, n.1, p. 193-204. 2004.

COSTA, A.M; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Rev. Bras. Ciên. e Mov**. v. 10, n. 1, p. 47 - 54, 2002.

EASTON, K.L; ZEMEN, D.M; KWIATKOWSKI, S. Developing and implementing a stroke education series for patients and families. **Rehabil nurs**. v. 19, n.6, p. 348-51, nov/ dec. 1994.

FALCÃO, *et al.* Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo sistema único de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 4, n. 1, p. 95-102. 2004.

GOMES, S.R; SENNA, M. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. **Cogitare enferm.** v.13, n. 2, p.220-6, jan/ mar. 2008.

KOHTARI, R.U; *et al.* Stroke. **Ann emerg med.** v. 37, s137-s144. 2001.

LEOPOLDINO, J.S.F; FUKUJIMA, M.M; SILVA, G.S; PRADO, G.F. Time of presentation of stroke patients in São Paulo Hospital. **Arq Neuropsiquiatr.** v. 61, p.186-7. 2003.

LESSMANN, J. C. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular cerebral. **Rev Bras enferm.** v.64, n.1, p.198-2002, jan/fev. 2011.  
MAKIYAMA, T.Y; BATTISTELLA, L.R; LITVOC, L; MARTINS, L.C. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. **ACTA FISIATR.** v. 11, n.3, p. 106- 9, 2004.

MARCON,S.S *et al.* **Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002. p. 311-35.

NEVES, P.P.P. Profissionais da saúde, que assistem pacientes com acidente vascular cerebral, necessitam de informação especializada. **Neurociências.** v.12,n.4, p. 173-81, out/ dez. 2004.

PAIXÃO,C.T. **Segurança na deglutição de pacientes disfágicos pós acidente vascular cerebral:** contribuições do enfermeiro. [Dissertação]. UERJ. 2009.92p.

PERLINI, N.M.O.G, FARO, A.C.M. Cuidar da pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev Esc Enferm USP.** v. 39, n. 2, p. 154-63. 2005.

PIRES,S.L; GAGLIARDI, R.J; GORZONI, M.L. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq Neuropsiquiatr.** . v. 62, n. 3-B, p. 844-851, 2004.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Arq Neuropsiquiatr.** v.58, n.1, p.99-106. 2000.

RYERSON,S.D. Hemiplegia. In: UMPHRED, D.A, Organizador. **Reabilitação neurológica.** 4ª ed. Brueri: manole. 2004. p. 782-830.

RUMEL, D; *et al.* Infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral associados à alta temperatura e monóxido de carbono em área metropolitana do sudeste do Brasil. **Rev. Saúde pública.** v. 27, n.1,p.15-22. 1993.

SILVA, L.D; HENHIQUE,D.M; SCHUTZ,V. Ações do enfermeiro na terapia farmacológica para o acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. **Rev enferm UERJ.**v. 17, n.3, p.423-9, jul/ set. 2009.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares cerebrais; p. 1996-2020.

TAYLOR,S.G; RENPENNING, K.M. The practice of nursing in multiperson situations, family and community. In: OREM,D.E. **Nursing concepts of practice**. 5.ed. Missouri: Mosby,1995. Chapter 11,p.348-380.

YAMASHITA, L.F; *et al.* Paciente com acidente vascular cerebral isquêmico já é atendido com mais rapidez no hospital São Paulo. **Arq Neuropsiquiatr**. v. 62, n.1, p.96-102. 2004.