

MANUAL

Orientações multidisciplinares para pacientes pós AVC



MANUAL

Orientações multidisciplinares para pacientes pós AVC



Organizadora:

Natália Andrade de Camargo - Terapeuta Ocupacional

Orientador:

Rodrigo Bazan - Neurologista

Autores:

Natália Andrade de Camargo - Terapeuta Ocupacional

Evelin Roberta Silva Dalle Molle - Fisioterapeuta

Priscila Watson Ribeiro - Fonoaudióloga

Natália Cristina Ferreira - Enfermeira

Gabriel Pinheiro Modolo - Neurologista

Juli Thomaz de Souza - Nutricionista

Caique Aparecido Faria - Farmacêutico

Daniela Valério Souza Favorito - Assistente Social

Harue Damasceno - Psicóloga

Cristiane Lara Mendes Chiloff - Psicóloga

Laura Cardia Gomes Lopes - Neurologista e Medicina Paliativa

Revisão:

Gustavo José Luvizutto - Fisioterapeuta

Rafael Dalle Molle da Costa - Fisioterapeuta

Carlos Clayton Macedo de Freitas - Neurocirurgião

Editoração e Diagramação:

Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira - NEAD.TIS

Desenvolvimento de imagens:

Clara Fumes Arruda - NEAD.TIS

Felipe Cauan Benica Rodrigues - NEAD.TIS

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSÂNGELA APARECIDA LOBO* - CRB 8/7500

Camargo, Natália Andrade de.

Orientações multidisciplinares para pacientes pós AVC [recurso eletrônico] /
Natália Andrade de Camargo ; Orientador Rodrigo Bazan ; Editoração e diagramação:
Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira. - Botucatu : Universidade Estadual
Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina, NEAD.TIS, 2019
1 E-book

Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/publicacoes>
ISBN: 9788565318747

1. Acidente vascular cerebral. 2. Pacientes - Recuperação. 3. Acompanhantes de
Pacientes. 4. Acidente vascular cerebral - Manuais, guias, etc. 5. Neurologia. I. Título.
II. Bazan, Rodrigo. III. Ferreira, Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra.

CDD 616.81

Prefixo Editorial: 65318

Número ISBN: 978-85-65318-74-7

Título: Orientações multidisciplinares para pacientes pós AVC

Tipo de Suporte: E-book

Formato Ebook: PDF



Em 2007, um grupo de pessoas envolvidas com o atendimento ao AVC no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP começa a discutir a ideia de promover um atendimento mais qualificado e organizado a esses pacientes. Após muitas conversas, cria-se em 2009 a Unidade de AVC (U-AVC) do HCFMB, uma das primeiras unidades com esta caracterização no interior do Estado de São Paulo. Inicialmente, a U-AVC ficou organizada no espaço físico do Pronto Socorro, contando com 4 leitos, destinados à fase aguda da doença. Em 2012, com o crescimento dos atendimentos e amadurecimento da equipe, houve o deslocamento da unidade para um espaço próprio e mais abrangente, no primeiro andar do Pronto Socorro, agora com 10 leitos destinados ao atendimento integral ao paciente com AVC.

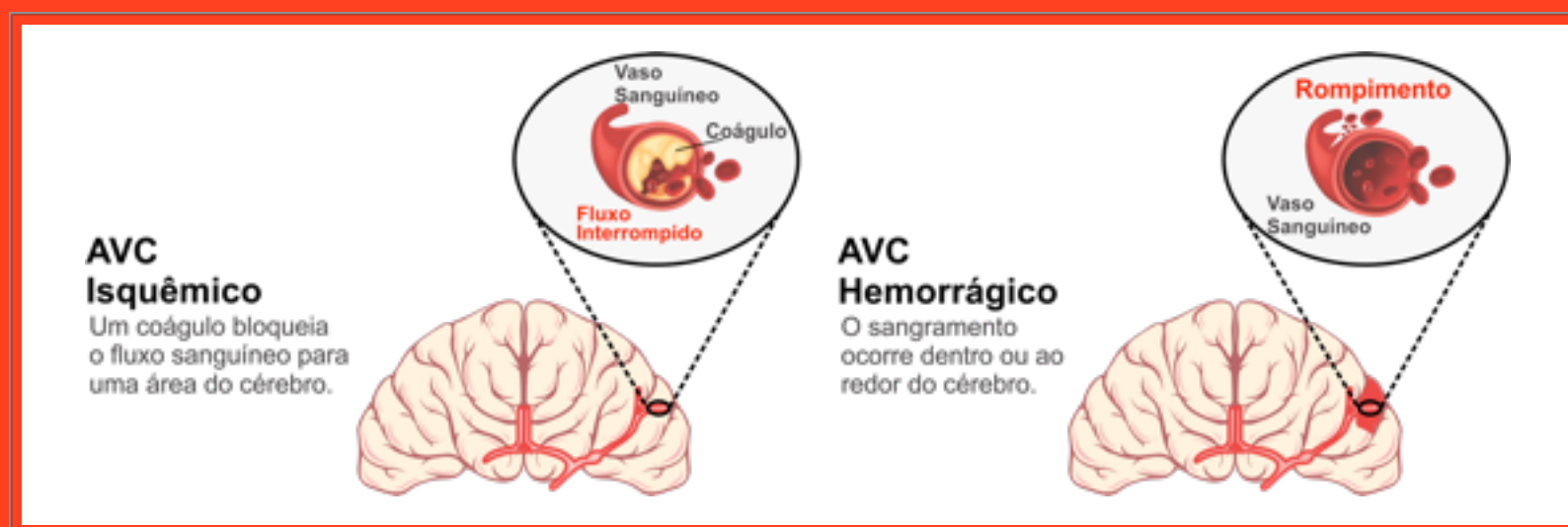
Em 2015, a unidade recebe o reconhecimento do Ministério da Saúde e se torna uma unidade credenciada como nível de complexidade 3, de cuidados não somente na fase aguda, mas também de cuidados integrais ao paciente com AVC.

A equipe foi progressivamente crescendo e se qualificando, constituindo um verdadeiro time multiprofissional de cuidados a esses pacientes. A preocupação com a educação em saúde, qualificação continuada dos diferentes profissionais e atendimento de excelência aos pacientes são marcas da nossa U-AVC. Nesse contexto, surgiu esse **“Manual de orientações multidisciplinares para pacientes pós AVC”** que visa melhorar o atendimento aos pacientes, com orientação também aos cuidadores. O sucesso no atendimento está na dedicação, carinho e competência de todos os membros da equipe. Esperamos que essa ferramenta seja útil aos centros de atendimento e as unidades de AVC desse país, constituindo-se num instrumento de grande auxílio aos profissionais da saúde, pacientes e cuidadores.

Equipe da Unidade de AVC

O que é AVC?

O acidente vascular cerebral (AVC), popularmente conhecido como “derrame” ou “trombose”, é uma doença causada quando uma artéria entope ou sangra no cérebro levando a uma falta de oxigênio e nutrientes e consequente morte de parte do tecido cerebral.



Como reconhecer?

O AVC se manifesta de forma repentina, em segundos, pois o cérebro não consegue sobreviver sem oxigênio. Seus sintomas mais comuns são dificuldade de movimentar metade do corpo, dificuldade de falar, compreender ou articular a fala (fala “enrolada”) e assimetria da face (sorriso “torto”). Sintomas como dor de cabeça, tontura e desequilíbrio, embora menos comuns, quando ocorrem subitamente, devem levantar a suspeita.



O que fazer??

Quando uma pessoa apresentar algum destes sintomas o SAMU deve ser acionado imediatamente (telefone 192). O SAMU levará o paciente para o local onde houver os recursos necessários para ser atendido. O hospital/serviço de emergência é notificado, o que permite preparação de infraestrutura e equipe, evitando assim perda de tempo no atendimento.



Quem tem risco de ter um AVC?

O AVC pode acontecer em qualquer idade, porém é muito mais comum nas pessoas que apresentam um ou mais dos fatores de risco, que são:

- Pressão alta
- Diabetes
- Altos níveis de colesterol ou triglicérides
- Tabagismo (fumantes)
- Problemas no coração
- Sedentarismo (falta de atividade física)
- Dieta pobre em vegetais e frutas e rica em gorduras e frituras
- Idosos
- Consumo de bebidas alcoólicas

Sequelas e Cuidados

O AVC pode acontecer em várias regiões do cérebro, podendo causar diversas sequelas para o paciente.

Em função disso, esse manual tem o objetivo de orientar o paciente e cuidador sobre todos os cuidados a serem realizados em casa, após a alta hospitalar.

SUORTE
EMOCIONAL

MOTORAS E
SENSORIAIS

DEGLUTIÇÃO

DIREITOS E
BENEFÍCIOS

**SEQUELAS
E
CUIDADOS**

ALIMENTAÇÃO

COMUNICAÇÃO
E FALA

MEDICAÇÕES

ATIVIDADES
DE VIDA
DIÁRIA

CUIDADOS
GERAIS

Motor

☐ Paciente deitado de barriga para cima. Com a mão não comprometida segura o punho do braço comprometido e realiza o movimento de levantar o braço até a altura da orelha e abaixar.

Obs: Realizar o movimento até onde o paciente não sinta dor. Caso houver dor no ombro, procurar um fisioterapeuta para orientações específicas



☐ Paciente sentado a frente de uma mesa e com o braço comprometido sobre ela, realizar movimentos deslizando o braço para frente e para trás e de um lado para outro. Caso não consiga realizar sozinho, auxiliar com o outro braço, ou com o auxílio do cuidador.



- ☐ Paciente deitado de barriga para cima. Cuidador segura no punho e cotovelo do braço comprometido. Realizar movimento de abrir o braço para o lado até a altura do ombro e fechá-lo.



- ☐ Paciente deitado de barriga para cima, com as pernas esticadas. Dobrar e esticar a perna comprometida, passando a sola do pé na cama.



- ☐ Paciente deitado de barriga para cima, com as pernas esticadas. Levantar e abaixar a perna comprometida com o joelho esticado.



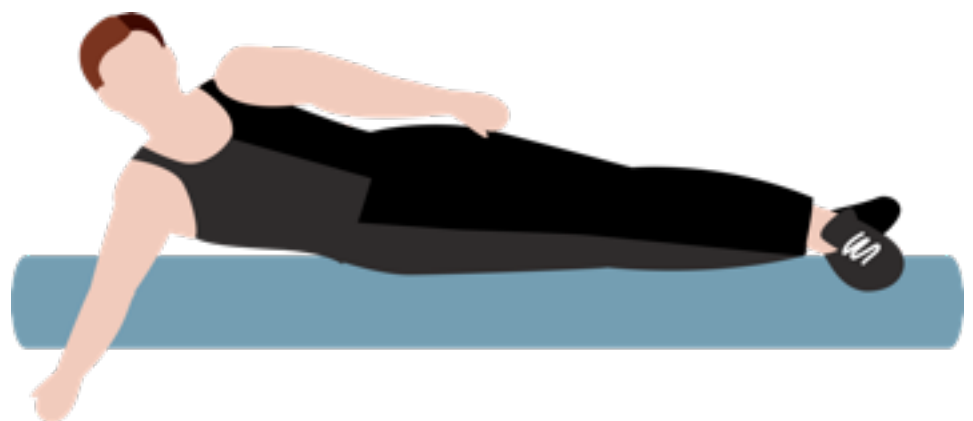
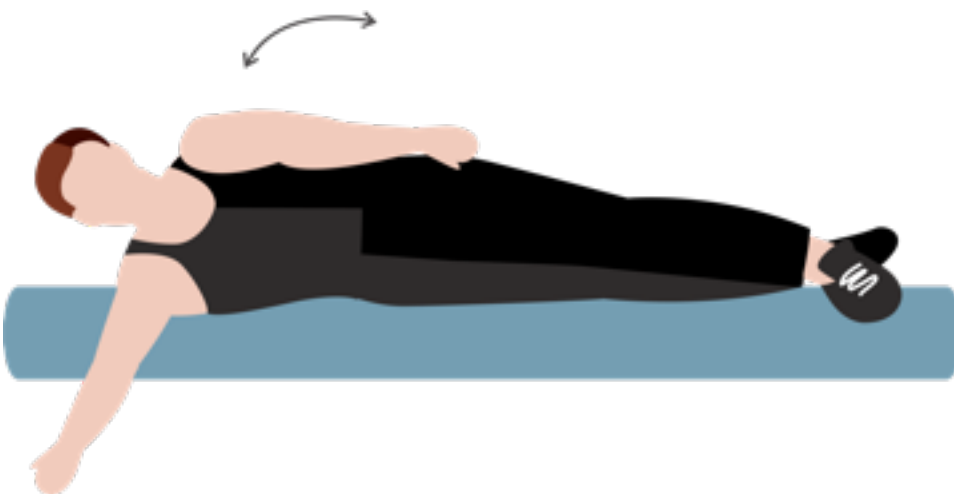
- ☐ Paciente deitado de barriga para cima, dobrar os joelhos com os pés apoiados na cama. Levantar e abaixar o quadril devagar.



- ☐ Paciente deitado de barriga para cima, as pernas dobradas e as mãos cruzadas no ombro. Levantar a cabeça por 30 segundos e voltar.



- ☐ Paciente deitado de lado, pernas dobradas e mãos ao lado do corpo. Levantar a cabeça por 30 segundos e voltar.



- ☐ Paciente deitado de barriga para cima, cuidador com uma mão no joelho e a outra na ponta do pé, da perna comprometida. Empurrar a ponta do pé levemente em direção ao rosto do paciente. Manter por 30 segundos.



NÃO APERTAR BOLINHA

Esse exercício fortalece os músculos que precisam relaxar.



Posicionamentos

- ☐ **Deitado de costas:** Apoiar um travesseiro embaixo do braço comprometido. Manter cotovelos e dedos esticados. Colocar um rolo embaixo dos joelhos e um apoio para os pés



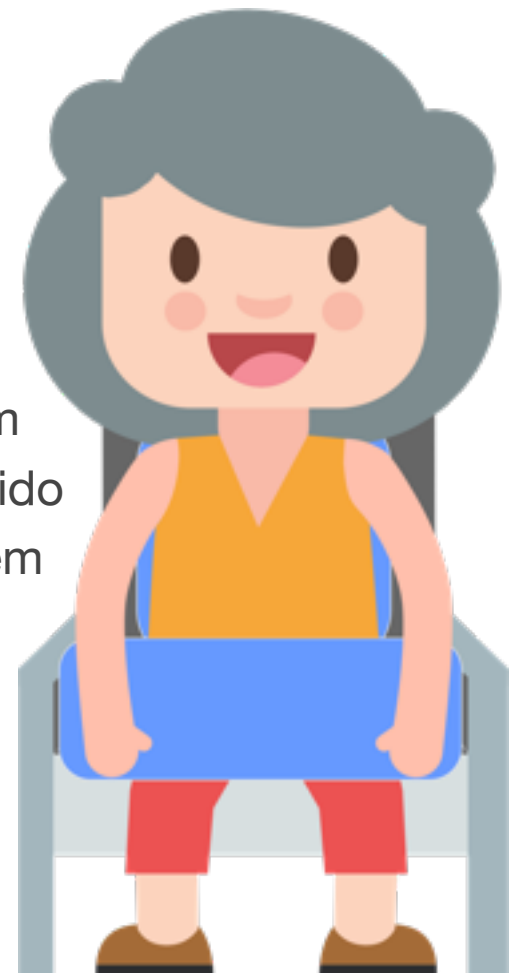
- ☐ **Deitado de lado sobre o lado comprometido:** Apoiar um travesseiro embaixo da cabeça. Posicionar o braço comprometido de forma esticada para frente, não comprimindo o ombro. Colocar um travesseiro ou rolo em cima e apoiar com o outro braço, como se estivesse abraçando o travesseiro. A perna comprometida deverá estar esticada e a de cima dobrada, também com um travesseiro entre as mesmas. Um rolo macio poderá ser colocado nas costas.



- ☐ **Deitado de lado sobre o lado não comprometido:** Apoiar um travesseiro embaixo da cabeça. Posicionar o braço comprometido de forma esticada para frente, em cima do travesseiro. A perna não comprometida deverá estar esticada e a de cima dobrada, também com um travesseiro entre as mesmas. Um rolo macio poderá ser colocado nas costas.



- ☐ **Sentado:** O paciente deverá estar sentado com a coluna ereta, pode ser usado um travesseiro nas costas. Apoiar ambos os braços sobre um travesseiro ou um rolo feito com cobertor, não deixando o braço comprometido solto na lateral do corpo. Os pés devem estar apoiados em uma superfície.



Sensorial

* Separar 3 texturas para estimular o membro comprometido (rosto, braço e/ou perna).



* O paciente ou cuidador deverá passar uma textura por vez, em cada membro comprometido, na direção debaixo para cima, ou seja, da mão para o ombro, do pé para a coxa, do queixo para a testa.

☐

Braço

☐

Direito

☐

Esquerdo

☐

Perna

☐

Direita

☐

Esquerda

☐

Rosto

☐

Direito

☐

Esquerdo

* Se o paciente tiver diminuição da sensibilidade deverá utilizar estímulo mais áspero até ser apto a sentir mais macio.

- * Quando o paciente tiver hiperestesia deve-se começar com o mais macio e progredir para o mais áspero.
- * Realizar essa estimulação por 10 minutos todos os dias, dividindo o tempo para cada textura.



- * Colocar em uma bacia grãos diversos (sagu cru, feijão, milho, arroz) e objetos. Pedir ao paciente que procure os objetos com a mão comprometida e com os olhos vendados. Começar com objetos maiores, como bola de gude e diminuir até cliques.

Deglutição

O AVC também pode trazer dificuldades na alimentação. A Disfagia é o nome dado para a dificuldade de engolir alimentos ou saliva. É um sintoma que traz comprometimentos pulmonares (aspiração de alimento), nutricionais e de hidratação com impacto negativo na qualidade de vida. Em alguns casos, são necessárias adaptações e modificações na consistência dos alimentos para facilitar a deglutição e evitar riscos.



Como deve ser a consistência desse alimento?

* O Fonoaudiólogo é o profissional que avalia e identifica as dificuldades para engolir e, junto com o nutricionista, define qual alimento e consistência é a mais adequada para cada paciente.



☐ **Pastosa** (alimentos batidos, que não precisa ser mastigado, textura lisa, sem resíduo). Exemplos: sopas batidas, leite com farinhas e alimentos batidos separadamente



☐ **Branda** (alimentos moídos e amassados que precisem de mínima mastigação, SEM PEDAÇOS). Exemplos: frutas amassadas ou desfiadas, arroz, feijão, legumes amassados / carnes com molhos



☐ **Líquido Engrossado:** (líquidos que por estarem mais grossos não caem gotejando, mas em fio) Exemplos: sucos de duas frutas, sucos grossos.

COMO ENGROSSAR A ÁGUA

- **Espessantes industrializados** (encontrados em farmácias). As instruções de preparo estará no produto, mas é importante confirmar a consistência adequada com o fonoaudiólogo.

_____ água _____ espessante

- **Espessantes naturais** (amido de milho, goma xantana)

_____ água _____ engrossante (_____)





☐ **Líquido Ralo** (líquido com fluxo rápido, que gotejam). Exemplos: sucos de uma fruta diluídos em água, café com leite, água



CUIDADO

NUNCA misturar sólidos e líquidos na boca – **RISCO DE ENGASGOS**



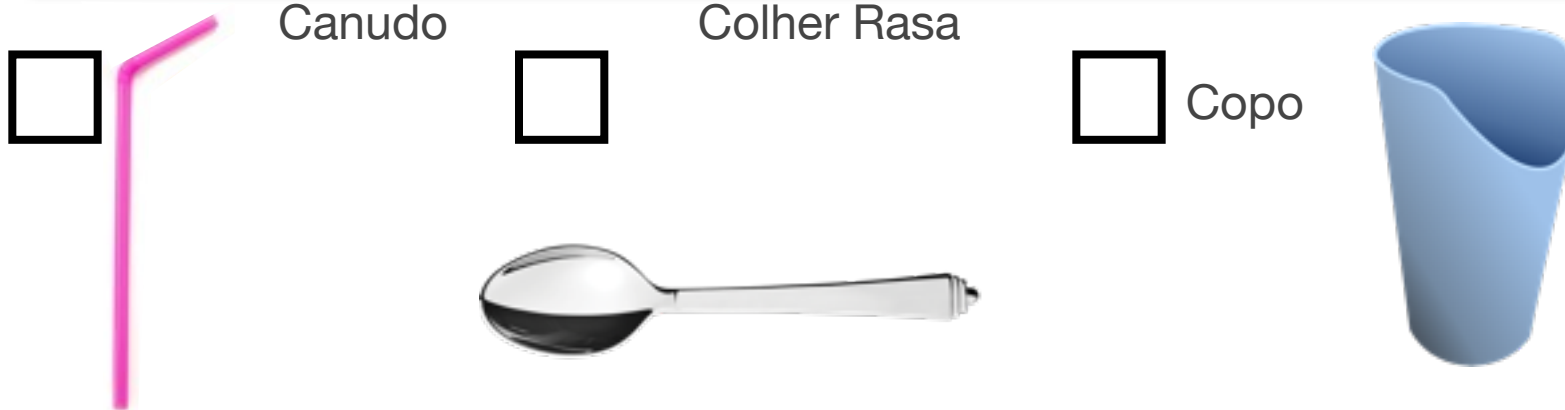
Exemplo: Sopa de bolacha ou de pão e Sopa de Legumes

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Mesmo que sejam necessárias modificações na consistência e preparo dos alimentos, isto não significa que o alimento não deva estar bonito aos olhos, cheiroso e gostoso ao paladar.

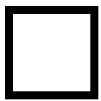


Como devo ingerir os líquidos (espessado ou ralo)?

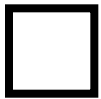


Como posso engolir melhor?

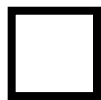
Engolir forte



Engolir duas vezes em cada colher



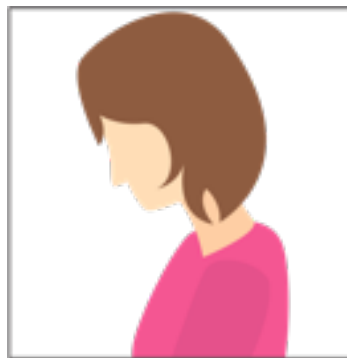
Engolir com a cabeça baixa



Utilizar um estímulo que seja azedo e gelado ao mesmo tempo.

-Caso o paciente possa ingerir somente alimentos pastosos e líquidos espessados, utilizar o iogurte natural misturado com o suco de limão em pó (servir gelado)

- Caso possa ingerir líquidos ralos, utilizar suco de limão (também servir gelado)



Fique atento aos sinais de risco!!!

- * Alimento parado na boca, demora para engolir ou resíduo depois de engolir
- * Tosse durante ou após a alimentação
- * Mudança na voz (parece que está com secreção)
- * Dificuldade para respirar (ofegante, cansado)
- * Sonolência
- * Aumento da secreção



Se observar estes sinais, entre em contato com o médico e fonoaudiólogo.



Alimentação

Hábitos saudáveis e uma alimentação adequada e equilibrada são essenciais para melhorar a qualidade de vida e evitar doenças.

Orientações:

- * Faça de 5 a 6 refeições ao dia evitando longos períodos de jejum.
- * Consuma diariamente frutas, verduras e legumes.
- * Beba de 6 a 8 copos de água por dia.
- * Prefira alimentos integrais, como, arroz, pão, biscoitos e cereais.
- * Dê preferência a leite e iogurtes desnatados e queijos brancos.
- * Evite alimentos industrializados, embutidos e congelados. Prefira alimentos frescos.
- * Retire a pele do frango e gordura aparente das carnes antes do preparo.
- * Prefira alimentos cozidos, assados e grelhados. Reduza as frituras.
- * Evite usar temperos prontos. Dê preferência aos naturais.
- * Diminua o consumo de açúcar, sucos em pó/caixinha e refrigerantes. Prefira sucos naturais.



Alimentação por sonda

A orientação de alimentação por sonda é individualizada e pode variar de paciente para paciente e é muito importante que o cuidador siga à risca o que foi orientado pelo nutricionista no momento da alta. Os cuidados com o armazenamento da dieta enteral são os mesmos para todos os casos e abaixo seguem algumas dicas para conservação da dieta e higiene de frascos e equipos:

1	Guardar a dieta preparada na geladeira em recipiente com tampa;
2	Retire da geladeira somente a quantidade necessária para cada horário de 30 a 40 minutos antes de passar a dieta para degelar;
3	Sempre oferecer a dieta em temperatura ambiente. Nunca aquecer;
4	Respeitar o volume e horários orientados para garantir que o paciente receba todos os nutrientes que precisa;
5	Para reaproveitamento dos frascos e tampas, sempre lave-os com água e detergente;
6	Enxágue bem em água corrente, retirando todo o detergente;
7	Encher o frasco com solução clorada (1 litro de água e 1 colher de sopa de água sanitária), deixar agir por 15 minutos, desprezar a água;
8	Deixar secar naturalmente, deixando o frasco aberto e de boca pra baixo em superfície limpa e coberta com pano limpo;
9	Lavar bem o equipo com detergente neutro, enxaguar bem e encher o equipo com solução clorada, deixar agir por 15 minutos e desprezar a água;
10	Guardar os equipos em geladeira, em um recipiente com tampa;

* Informações retiradas do sistema eletrônico de atendimento nutricional do Serviço Técnico de Nutrição e Dietética e do Serviço de Terapia Nutricional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.



SAIBA MAIS!

Como manejar a sonda?

- * Lave bem as mãos antes de manipular a dieta e/ou manusear a sonda.
- * Deixe o paciente com a cabeceira bem elevada ou sentado durante todo o tempo da administração da dieta e após 1 hora do término.
- * Verifique se a sonda está bem fixada.
- * Quando limpar a narina, garantir que a sonda não pressione o nariz, isso pode causar um ferimento.
- * Caso a sonda tenha saído, ou o paciente a tenha puxado, não tente introduzi-la novamente e nem administre a dieta, procure a unidade de saúde.
- * Após aberta, a dieta deve ser mantida na geladeira e retirada 30 minutos antes da administração.
- * Para facilitar a descida da dieta, pendure o frasco em posição bem mais alta que o paciente.
- * O gotejo deve ser lento e contínuo para evitar diarreia e vômito.
- * Administre 20 ml de água filtrada ou fervida em temperatura ambiente entre as refeições, utilizando seringa ou no frasco descartável.
- * A sonda deve permanecer fechada sempre que não estiver em uso.
- * Em casos de obstrução (entupimento), injete lentamente 20 ml de água filtrada, fervida e morna.
- * Administre pela sonda apenas o que for orientado pela equipe.



* Informações retiradas do sistema eletrônico de atendimento nutricional do Serviço Técnico de Nutrição e Dietética e do Serviço de Terapia Nutricional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Medicação

- * Os medicamentos são utilizados para prevenir e curar doenças. Se usados de maneira errada, podem causar sérios riscos à saúde.
- * Só tome os medicamentos prescritos pelo seu médico. O que é bom para uma pessoa pode não ser bom para você.
- * Mantenha os medicamentos na embalagem original para garantir sua qualidade.
- * Os medicamentos devem ficar em locais frescos, longe do calor, da luz ou da umidade, por isso eles não devem ser guardados no banheiro ou na cozinha.
- * Manter os medicamentos longe do alcance de crianças.

Preste atenção aos horários

- * Se preferir, coloque um despertador para lembrar-se da hora.
- * Procure manter sempre o mesmo horário das tomadas de cada medicamento.

Caso esqueça de tomar seu medicamento:

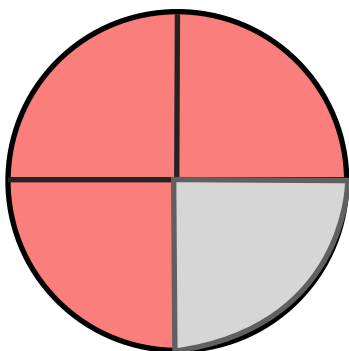
- * Se tiver esquecido apenas uma vez no dia, tome logo que lembrar. Se tiver esquecido mais vezes, tome apenas a dose do próximo horário.

- * Se o medicamento deve ser ingerido em jejum, tome com o estômago vazio.
- * Os demais medicamentos deve ser ingerido pelo menos de 30 a 60 minutos antes ou duas horas após a refeição.
- * Tome sempre com um copo de água e nunca tome com bebidas alcoólicas.
- * Evite tomar junto com leite, refrigerantes e também com bebidas quentes como chás.

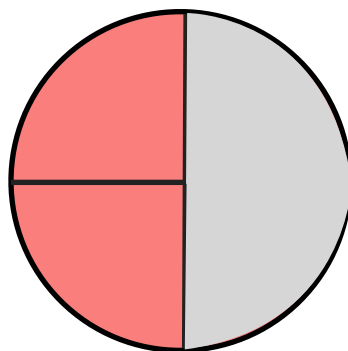
ATENÇÃO! Sempre verifique na embalagem a data de validade! Nunca tome medicamentos vencidos.

Medidas Importantes na hora de tomar seu medicamento:

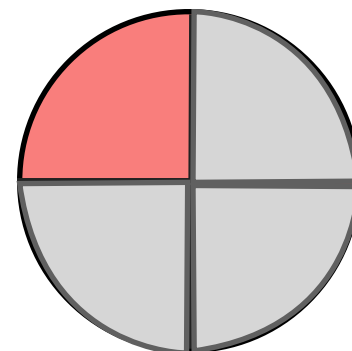
1/4



1/2



3/4



Como manejar a medicação pela sonda?



- * Separe os materiais necessários e sempre lave as mãos antes de manipular os medicamentos;
- * Antes de administrar o medicamento, lave a sonda com 20ml de água.
- * Nunca triture e misture mais de um comprimido diferente ao mesmo tempo;
- * Cada comprimido deve ser retirado da embalagem no momento de ser triturado;
- * Após a administração do medicamento, lavar a sonda com 20ml de água filtrada evitando o entupimento da sonda;



COMPRIMIDOS

Amassar cada comprimido separadamente em recipiente próprio e exclusivo



CÁPSULAS

Abrir a cápsula, dissolver em 20 ml de água filtrada



LÍQUIDOS

Aspirar a quantidade de cada medicamento completando o restante da seringa com água filtrada



SAIBA MAIS!

E o remédio que afina o sangue?

A maior parte dos pacientes que teve um AVC passa a usar ácido acetilsalicílico ou varfarina para prevenir um novo AVC. O remédio vai depender de vários fatores como doença que causou o AVC, comorbidades e escolha médica. Porém alguns cuidados devem ser tomados para impedir ou prevenir complicações.



* O ácido acetilsalicílico inibe a ação das plaquetas e assim previne a formação de trombos e o AVC. Aumenta a chance de sangramentos, principalmente estomacais. Pacientes com antecedente de gastrite devem ficar atentos para sinais de anemia e dor de estômago.

* A varfarina é uma medicação que impede a formação de trombos e coágulos. É mais potente que o ácido acetilsalicílico (AAS) e por isso deve gerar alguns cuidados. O paciente deve realizar periodicamente o exame para avaliar o INR. Esse exame permite avaliar o nível da coagulação e saber se está no nível desejado, pouco anticoagulado (popularmente “grosso”) ou muito alto (sangue muito “fino”). Quando INR está baixo a proteção de novos AVCs está inadequada. E se está muito alto aumenta muito o risco de sangramento. Devido a esse risco deve-se ter total atenção em relação à queda, pois qualquer pequeno impacto pode ocasionar hematomas e outros tipos de sangramento.

* Pacientes em uso de varfarina devem atentar para sangramentos em gengiva, estômago e urina. E se tiverem esses sintomas devem procurar um serviço de emergência imediatamente.

* Também devem ter cuidado com alguns alimentos como folhas verdes escuras (agrião e espinafre), óleos e frituras, que podem alterar o efeito da varfarina no organismo.

Qualquer alteração, contate seu médico



Diabetes

O diabetes é uma doença crônica que acontece quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não consegue mais utilizar de forma controlada a insulina que produz.

Alguns pacientes com Diabetes fazem uso da Insulina. Abaixo serão descritos alguns cuidados a respeito da sua aplicação.



Cuidados com a Insulina

Durante o tratamento com insulina é necessário checar periodicamente os níveis de glicose no sangue, isso é fundamental para avaliar o tratamento e verificar se as metas estabelecidas estão sendo alcançadas.

Importante lembrar que a insulina deve permanecer na geladeira e respeitar o prazo de validade estabelecido pelo fabricante.

Como devo aplicar a insulina?

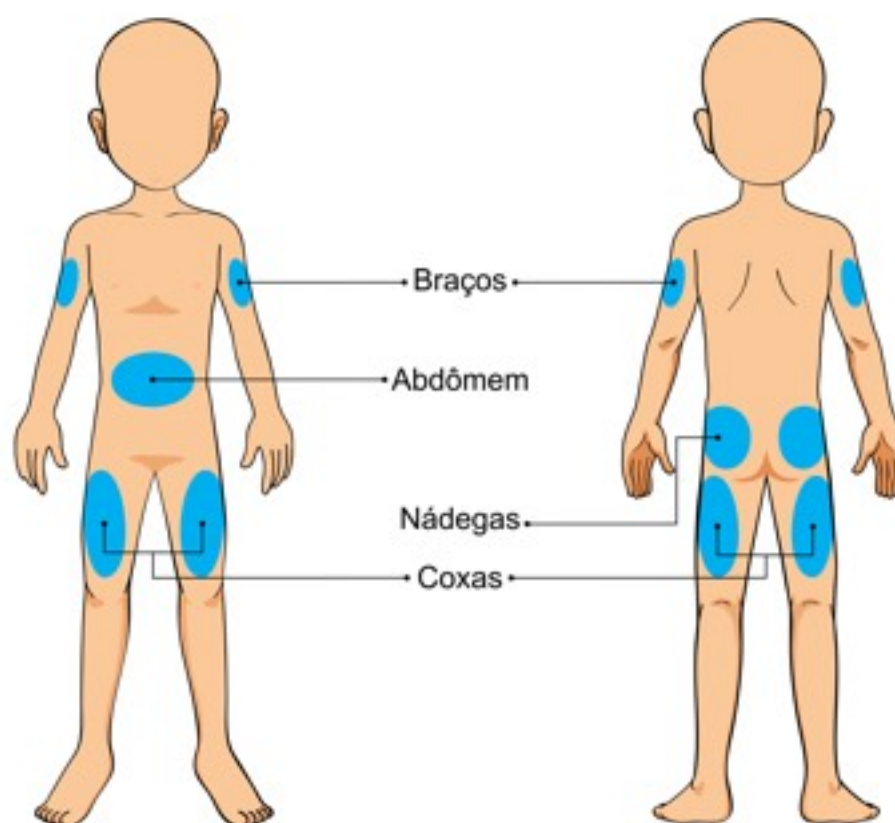
A insulina deve ser aspirada em seringa de 1 ml e aplicada com agulha específica.

Antes da aplicação é necessário fazer limpeza do local com algodão e álcool a 70%. Deve-se fazer uma “prega” com a pele e tecido subcutâneo e aplicar nesse local.



Pode ser aplicada em vários pontos como mostra a figura abaixo:

LOCAIS RECOMENDADOS PARA APLICAÇÃO DE INSULINA



Atenção:

Caso faça o uso dos dois tipos de insulina, essas podem ser aspiradas na mesma seringa seguindo essa sequência: primeiro a insulina Regular e depois a insulina NPH, não alterando essa ordem em hipótese alguma.

Vacinas

Uma das principais medidas para o controle e a prevenção de doenças é a imunização (Vacinação).

Desta maneira é importante que o familiar / cuidador esteja atento ao calendário vacinal e tempo de duração de cada vacina.

Caso tenha dúvidas quanto as vacinas, digira se a uma unidade básica de saúde, tendo em mãos a carteirinha de vacinação.



A vacinação é um direito que devemos utilizar!

Cuidados Gerais

- * Lave sempre as mãos antes e após realizar o cuidado do paciente, como administrar a medicação, realizar curativos ou cuidados com sonda;
- * Utilize luvas sempre que entrar em contato com secreções, urina, fezes ou sangue;



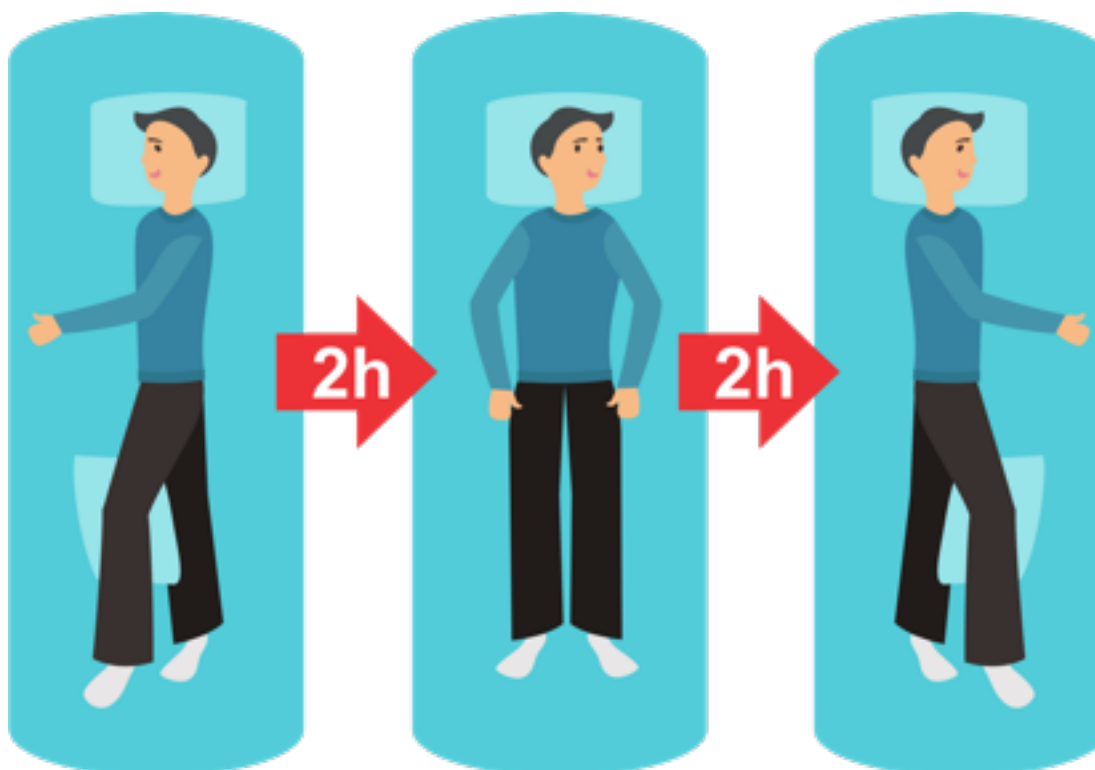
Hora do banho

- * Separe os itens para o banho e deixe próximo do paciente.
- * Se o paciente não estiver andando, porém apresenta bom controle de tronco, leve-o para o chuveiro na cadeira de banho para evitar quedas.
- * Não deixe o paciente sozinho.
- * Verifique se a temperatura da água está adequada, pois o paciente pode não perceber alguma parte do corpo;
- * Em caso do banho na cama, começar pela cabeça e depois ir para as demais partes do corpo, deixando as partes íntimas para o final.



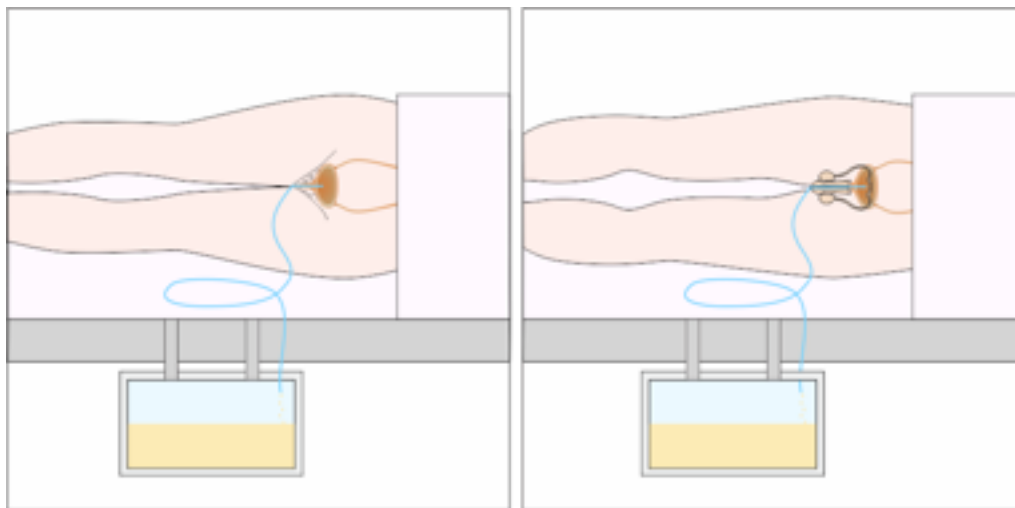
Como prevenir lesões por pressão?

- * Sempre que possível realize a troca de posição do paciente, preferencialmente a cada 2 horas.
- * Proteja o membro afetado nas trocas de posições, garantindo que ele não seja comprimido.
- * Procure manter a roupa de cama e da pessoa bem esticada, pois as rugas e dobras de roupas podem ferir a pele fina e frágil.
- * Realize a limpeza da pele utilizando água morna e sabão neutro para reduzir a irritação e o ressecamento da pele. Evite esfregar a pele com força.
- * Aplique hidratante na pele uma vez ao dia, preferencialmente após o banho, com movimentos suaves e circulares.
- * Atenção máxima nas áreas onde os ossos são mais salientes ou regiões com presença de vermelhidão. Nestes locais realizar massagem leve com hidratante, fazendo movimentos circulares.
- * Evite que o paciente permaneça com fralda molhada por longos períodos.
- * Utilize materiais macios como travesseiros, almofadas ou toalhas dobradas em forma de rolo, para proteger os locais do corpo do paciente onde os ossos são mais salientes.
- * Em pacientes acamados é indicado o uso de colchão piramidal (caixa de ovo).



Cuidados com a sonda vesical (urinária)

- * Lavar as mãos antes e depois da manipulação da sonda;
- * Deve realizar a higiene íntima diariamente e sempre que necessário, tendo o cuidado de não puxar a sonda.
- * Posicione a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga para evitar que a urina da bolsa retorne para a bexiga evitando infecções.
- * Observe o aspecto da urina e caso haja a presença de sangue ou pus vá a Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua casa.
- * Para esvaziar o coletor de urina, abra o clamp que fica na bolsa coletora, coloque um recipiente abaixo e despreze no vaso sanitário a urina coletada.



Cuidados com a dispnéia (dificuldade de respirar)

- * Escolha roupas leves que facilitem a movimentação do paciente.
- * Eleve a cabeceira do paciente (posição sentada).
- * Mantenha um bom fluxo de ar no ambiente através da abertura de janelas ou uso de ventiladores.
- * Durante o dia e sempre que possível, posicionar o paciente em poltrona, sofá ou cadeira de conforto. Esse posicionamento facilita a respiração e ainda previne o acúmulo de secreção e a ocorrência de pneumonia.

Náusea e vômito

- * Evite odores, ou cheiros muito fortes como alimentos, temperos e perfumes que provoquem náusea no paciente.
- * Administre o medicamento para náusea prescrito, sempre na dose e nos horários corretos.
- * Ofereça refeições em pequenas quantidades e várias vezes ao dia (conforme orientação nutricional).
- * Evite o excesso de líquidos durante as refeições (conforme orientação fonoaudióloga).
- * Paciente com episódio de vômito, importante mantê-lo sentado e/ou de lado para que o mesmo não se afogue.



Evite a constipação (intestino preso)

- * Observe a aceitação do alimento pelo paciente e não o force comer.
- * Siga a orientação de dieta da nutrição.
- * Relate à equipe há quantos dias o paciente não evacua.
- * Incentive o consumo de no mínimo 2 litros de líquidos por dia em torno de 8 copos), se não houver contraindicação.
- * Se possível, caso não haja contraindicação, estimule a movimentação do paciente (caminhadas, realização de atividades diárias).
- * Administre medicamento regulador intestinal quando prescrito.
- * Atenção aos pacientes que utilizam espessante na dieta, pois o mesmo causa constipação. Neste caso, estimular movimentação ativa e passiva do paciente, ingerir alimentos laxativos (frutas, legumes e verduras) e comunicar ao médico no dia do retorno.



Cuidados com a diarreia

- * Evite líquidos excessivamente quentes ou gelados.
- * Busque aumentar a ingesta de líquidos se não houver nenhuma contraindicação.
- * Se o paciente estiver em uso de sonda para alimentação, atente para que o gotejamento da dieta não esteja rápido. O gotejamento deve ser lento e contínuo.
- * Mantenha a higiene íntima após cada evacuação, utilizando água e sabão no sentido da frente para trás, para evitar contaminação da genitália com fezes. Caso possível, utilizar pomada de prevenção de assaduras, para evitar lesões.
- * Observe e procure a unidade de saúde caso ocorra o surgimento de lesões na pele (assaduras) e/ou a diarreia não pare após alguns episódios.

Como prevenir quedas

- * Evite obstáculos nos locais em que o paciente vai circular na casa
- * Evite tapetes, podem provocar escorregões.
- * Se tiver a possibilidade utilize dispositivos que auxiliem a deambulação. (conforme orientação da fisioterapia)
- * Se prescrito pelo médico, o paciente deverá usar seus óculos sempre.
- * Se possível adaptar o banheiro para o paciente, como barras de apoio.

As quedas podem causar um grau maior de danos ao paciente.



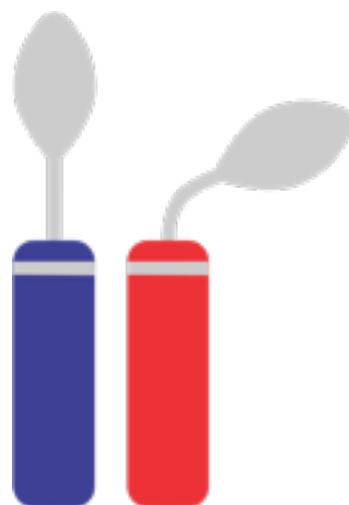
Atividades de Vida Diária

Atividades da Vida Diária (AVD) são tarefas básicas de autocuidado (bem estar) e sobrevivência. Elas incluem:

- * Alimentação
- * Usar o banheiro
- * Vestir-se e despir-se
- * Higiene pessoal (higiene oral e cuidado pessoal)
- * Tomar banho
- * Controle da bexiga e do intestino
- * Andar e transferir (por exemplo, da cama para a cadeira de rodas)

Alimentação

- * O paciente deverá estar sentado à mesa;
- * Colocar um tecido antiderrapante embaixo do prato, talheres e copo;
- * Se houver movimentação no membro comprometido, usá-lo para se alimentar;
- * Se não houver movimento, o membro comprometido deverá estar posicionado em cima da mesa e o outro deverá realizar a tarefa;
- * Se necessário, faça adaptações, como: engrossar os talheres, entortar o cabo, usar uma caneca com alça;



Usar o banheiro

- * Realizar a transferência da cadeira de rodas para o vaso sanitário;
- * Posicionar a cadeira de rodas com o paciente com o lado não comprometido ao lado do vaso sanitário;
 - Travar a cadeira de rodas;
 - Segurar com o membro não comprometido em uma barra e levantar (se possível);
 - Abaixar a parte inferior do vestiário;
 - Sentar no vaso sanitário;
 - Se não for possível ficar em pé, tirar a parte inferior ainda na cadeira de banho;
 - Após a eliminação, se higienizar conforme orientação da enfermagem;
- * A transferência de retorno deverá seguir os seguintes passos:
 - Posicionar a cadeira ao lado do membro não comprometido;
 - Segurar o braço da cadeira de rodas (travada) com o membro não comprometido;
 - Se impulsionar para a cadeira de rodas;
 - Levantar o vestuário inferior.

Vestir-se e Despir-se

- * Para facilitar o treino, utilize roupas mais práticas e folgadas, que abram na frente, como camisas;
- * O paciente deverá estar sentado, com os pés apoiados no chão;
- * **Vestir parte superior:** coloque primeiro a manga no braço comprometido, erguendo até o ombro, puxa para trás das costas ou passe pela cabeça e vista a manga no braço não comprometido;
- * **Despir parte superior:** primeiro retire a manga do lado não comprometido, tira das costas e tire do braço comprometido.
- * **Vestir parte inferior:** o paciente deverá estar sentado, dobrar a perna comprometida em cima do joelho da não comprometida. Vestir a calça nessa perna. Depois vestir na outra perna de forma rotineira. Em pé, com ajuda do cuidador, deverá erguer até o quadril;
- * **Despir parte inferior:** o paciente em pé, deverá abaixar a roupa e sentado, terminar de tirar dos pés.



Higiene pessoal

HIGIENE ORAL

- * O paciente poderá estar sentado, lhe proporcionando mais segurança;
- * Para abrir o creme dental, o paciente poderá segurar com a mão comprometida entre o indicador e o dedo médio, apoiando no corpo ou na pia;
- * Passar o creme dental e escovar os dentes com a mão não comprometida ou se algum movimento, deverá estimular;
- * Se possível, realize de frente ao espelho;



CUIDADO PESSOAL

- * Estimule o paciente a pentear o próprio cabelo;
- * Estimule a passar batom e maquiagens, que antes usava;
- * Estimule a cuidar da pele, passando cremes
- * Treine fazer a barba sozinho, mesmo que necessário, seja engrossar o cabo do barbeador (pode ser feito com EVA);
- * Se possível, realize de frente ao espelho.

Tomar banho

- * O paciente deverá estar posicionado na cadeira de banho;
- * Colocar um tapete antiderrapante no banheiro;
- * O braço comprometido deverá estar posicionado em cima da perna comprometida;

Sugestão: usar luvas de banho e sabonete líquido, colocando a mesma na mão não comprometida e assim ensaboar o corpo;

- * Se tiver movimentação, utilize o membro comprometido para esfregar o corpo;
- * O cuidador pode ajudar no final do banho, quando perceber que ficaram partes a serem limpas;



Controle da bexiga e do intestino

- * Procurar ajuda com fisioterapeuta especializado;

Andar

* A prescrição do dispositivo de apoio (bengala, entre outros) para andar é prescrito pelo fisioterapeuta;

Transferências

☐ **Deitado para sentado:** Ajude o paciente a se virar para o lado comprometido, próximo a beira da cama. Em seguida, colocar as pernas para fora da cama. Apoie o braço não comprometido na cama e empurre o corpo para cima.



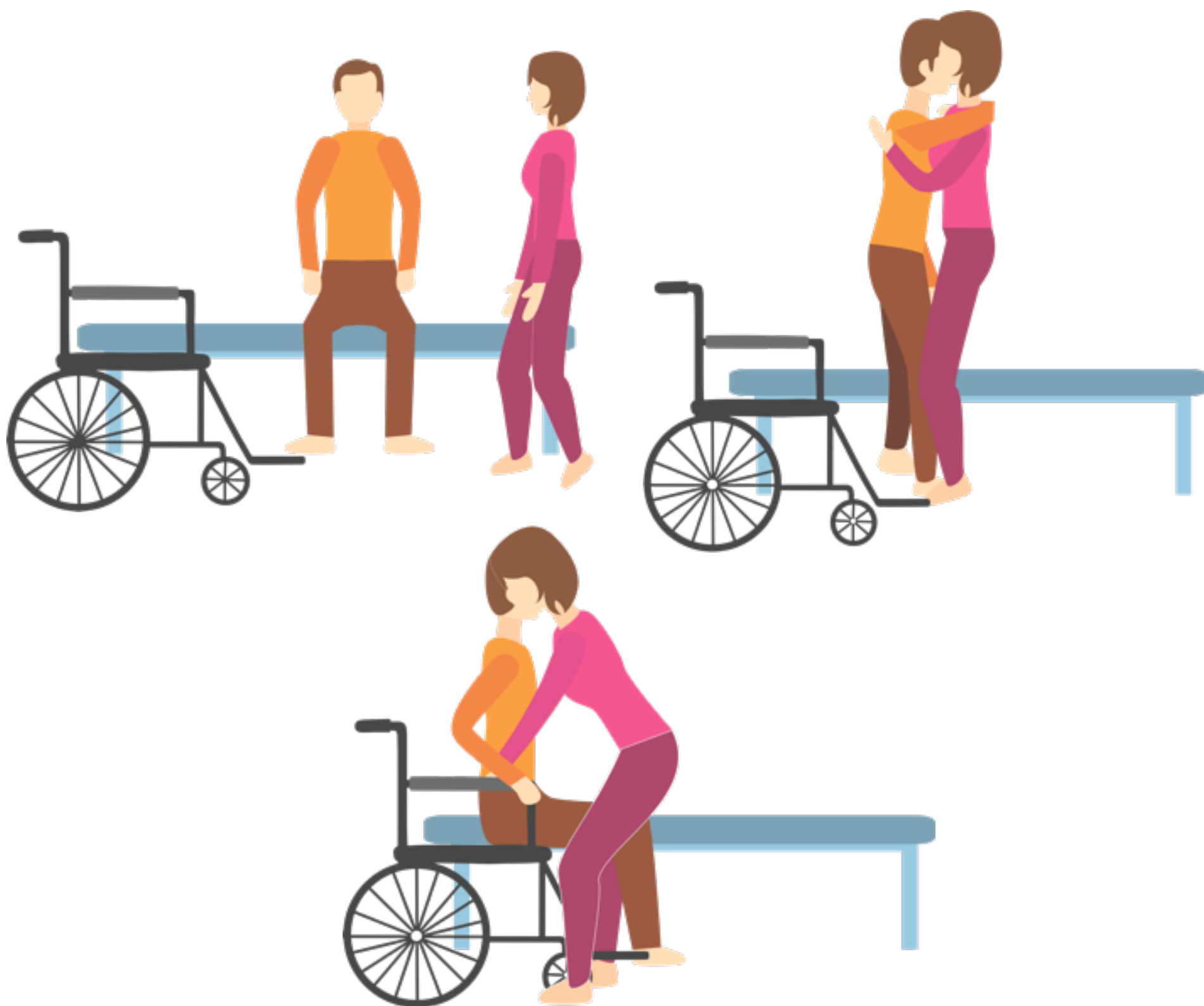
- ☐ **Sentado para em pé:** Quando o paciente tiver condições de ficar em pé, de acordo com as orientações do fisioterapeuta. O cuidador se posiciona na frente do paciente e com seus joelhos trava o joelho comprometido do paciente. O braço não comprometido deverá ser colocado na nuca do cuidador, o qual abraçará o paciente por baixo da axila e, assim, trazer o tronco do paciente para frente auxiliando-o a ficar em pé.

OBS: reforce ao paciente para fazer força com a perna não comprometida



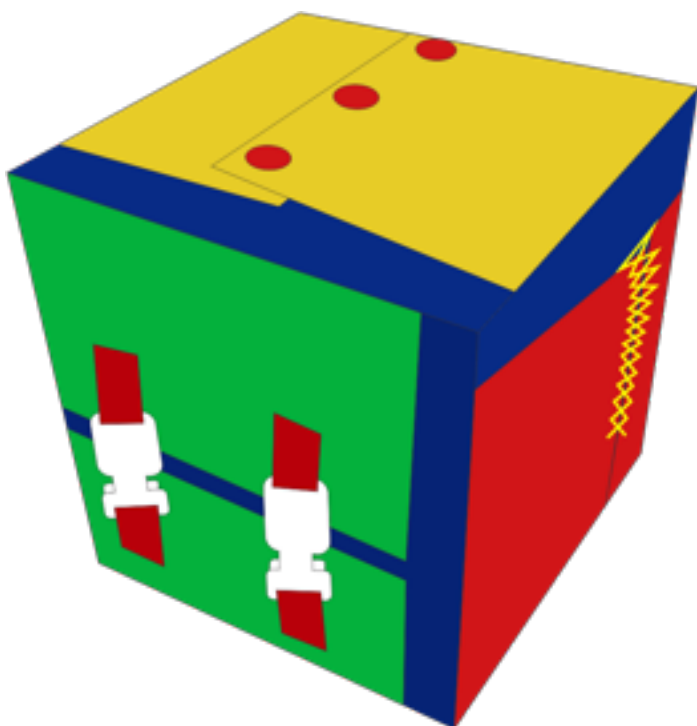
- ☐ **Da cama para a cadeira de rodas:** Posicionar a cadeira (de rodas/de banho/poltrona) ao lado da cama e do lado NÃO comprometido do paciente, e com a mesma posição da figura anterior, auxiliar o paciente a ficar em pé e virar para sentar na cadeira.

OBS: Solicitar para o paciente levar a mão não comprometida até o braço da cadeira, auxiliando assim no movimento de transferência.



Orientações gerais

- * Deve estimular o paciente a se manter o mais independente possível, estimulando-o a realizar suas tarefas rotineiras;
- * É importante estabelecer e manter uma rotina, com horários definidos para acordar, banho, refeições, tarefas, terapias, medicações, entre outras;
- * Não deixe o paciente na cama durante ou a maior parte do dia. Cama é para dormir;
- * Tomar banho de sol 2x ao dia, em horários apropriados durante a manhã e a tarde;
- * Estimular o uso das duas mãos;
- * Estimular o paciente a realizar tarefas que antes realizava, como aguar o jardim, dobrar roupas, jogar cartas, entre outras;
- * Permitir que o paciente participe das atividades domésticas e/ou do trabalho;
- * Estimule sempre o lado afetado, conversando com o paciente por esse lado, entregando objetos, posicionando estímulos como televisão, rádio;
- * Posicionar a cama no quarto, de forma que o lado não comprometido fique ao lado da parede e o não comprometido em direção a porta.



Comunicação e Fala

Afasia

É uma dificuldade na comunicação, que ocorre após a lesão (AVC) na região do cérebro que controla a linguagem.

* Essa alteração pode comprometer a compreensão ou entendimento da fala do outro, pode ocasionar dificuldade para falar, ler e escrever



*** NÃO AFETA A INTELIGÊNCIA !!!**

Como ajudar?

- * Simplificar a mensagem
- * Repetir, se necessário
- * Ter calma e não tentar completar ou adivinhar a fala
- * Ser bom ouvinte e estar atento quando ele fala

A PESSOA COM AFASIA É UM ADULTO.

CONVERSE NATURALMENTE!!

QUANDO NÃO COMPREENDE

- * Escreva as palavras mais importantes
- * Aponte e use gestos
- * Elimine ruídos e distrações
- * Fale de um assunto de cada vez
- * Fale de frente
- * Use frases curtas



A PESSOA COM AFASIA SABE O QUE DIZER. ESPERE!!

QUANDO NÃO FALA

- * Use figuras que auxiliem a conversa.
- * Faça perguntas simples de respostas “sim” ou “não”.
- * A escrita pode ajudar, tenha papel e lápis à mão.
- * Confirme o que já entendeu do que foi falado
- * Não termine as frases. Ofereça pistas que ajudem o paciente a encontrar a palavra que deseja.



EVITE O ISOLAMENTO! CONVERSAR É A MELHOR TERAPIA!

- * A pessoa com afasia “NÃO ESQUECE” a palavra. Ela não consegue encontrar a forma de pronunciar/falar.
- * NÃO utilize os termos “pense pra falar” ou “fale direito”.
- * É importante utilizar as atividades da família e da casa para estimular a comunicação.

Disartria

Dificuldade em pronunciar as palavras, podendo afetar a voz, articulação, velocidade e clareza da fala. A compreensão e a memória não estão alteradas.

Orientações práticas!

- * Promova a comunicação e o diálogo
- * Tenha paciência e tempo para as conversas
- * Evite ruídos, conversas ou outros estímulos competitivos
- * Evite conversas muito longas
- * Preste atenção, demonstre interesse, estabeleça contato visual
- * Não finja que entendeu, se necessário peça para repetir
- * Utilize outros recursos que favoreçam a comunicação como escrita, recursos tecnológicos.



Direitos e Benefícios

Pessoas que sofrem AVC e ficam com sequelas são consideradas para efeito de direitos, pessoas com necessidades especiais, se enquadrando assim nos programas sociais para Pessoa com Deficiência, além de acesso à benefícios e acompanhamento na rede.

Retornos

* Na alta hospitalar são entregues vários documentos para agendamento de consultas para acompanhamento do paciente, sendo tanto para consultas médicas, quanto para atendimentos da Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, exames, entre outros que forem necessários.

É de extrema importância o agendamento e o comparecimento nas consultas, pois desta forma o tratamento será realizado de maneira adequada e eficaz.

Auxílio Assistencial

* Na programação de alta do paciente, alguns itens orientados pela equipe multiprofissional são necessários para o retorno do paciente para o ambiente doméstico. Desta forma a rede socioassistencial se coloca a disposição para apoio.

Os itens será conforme a necessidade de cada paciente, podendo ser:

- * Cadeira de banho;
- * Cama hospitalar;
- * Cadeira de rodas;
- * Fraldas, entre outros.



Direitos

ISENÇÃO FISCAL

- * Imposto de Renda (Isso não desobriga a entrega anual da declaração)
- * IPI
- * ICMS
- * IOF
- * IPVA
- * Os carros adaptados devem permanecer com o comprador no mínimo 02 anos
- * Isenção de tarifas de transporte coletivo (com carteirinha)

PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

- * Aposentadoria por invalidez
- * Saque do FGTS
- * Saque do PIS

- * Caso o beneficiário já esteja aposentado por invalidez e necessitar de ajuda permanente para atividades de vida diária, poderá requerer ao INSS adicional de 25%;

- * Se não possuir renda e não se enquadrar nos critérios para aposentadoria, poderá requerer o BPC – Benefício de Prestação Continuada, através dos seguintes requisitos:
 - * Idosos, acima de 65 anos ou;
 - * Pessoas com deficiência;
 - * Possuir renda de 1/4 do salário mínimo por membro familiar.

Encaminhamento à Rede

* Após a alta, de acordo com a necessidade de cada caso, o Assistente Social, realiza contato com a rede assistencial (Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Unidade Básica de Saúde - UBS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, etc) de referência, para o acompanhamento e assistência do mesmo, garantindo e acompanhando de forma efetiva os direitos do paciente.



CUIDADOR



Suporte emocional

* O momento de retorno para casa pode ser marcado por uma mistura de expectativas, ansiedades e inseguranças sobre como vai ser essa adaptação a uma nova rotina. Poderá haver momentos de alegria, alívio, tristeza, frustração, superação, entre outros, como parte de um processo, no qual se torna menos difícil de enfrentar quando se tem os cuidados necessários e o apoio, seja de pessoas da família, dos amigos, da fé e/ou de qualquer outra fonte que traga segurança e conforto.



*Por uma soma de fatores, o paciente pode encontrar dificuldades para se adaptar às novas demandas do cotidiano. Mesmo que o paciente perceba essa dificuldade de adaptação, as pessoas próximas a ele podem observar possíveis alterações de comportamento, de cognição e de humor no paciente, como atitudes impulsivas, irritabilidade, agressividade, falta de controle das emoções, tristeza, falta de interesse nas atividades antes prazerosas, confusão, entre outros.

Cuidados com o Cuidador

* Além disso, o cuidador também pode vivenciar sofrimento emocional que, com o tempo, pode levar ao adoecimento. Assim, torna-se de extrema importância a união e organização entre as pessoas próximas ao paciente para a melhor distribuição das responsabilidades sem que ninguém fique sobrecarregado.

Se necessário, busque ajuda!

Ambulatório de Psicologia Neurovascular

*Ao notar alguma dessas alterações, além de ser importante comunicar algum profissional da equipe, o paciente também pode contar com o serviço de atendimento no Ambulatório de Psicologia Neurovascular.

*Esse ambulatório é um espaço, no qual paciente pode se expressar e organizar-se acerca de questões relacionadas ao AVC. Nele será feito o atendimento a cada 2 semanas, dando o apoio necessário para ajustes de enfrentamentos diante de suas dificuldades.

*Para ter acesso a esse serviço é necessário o encaminhamento de algum profissional da equipe multidisciplinar da Unidade de AVC.



Cuidados Paliativos



O que são cuidados paliativos?

Os cuidados paliativos são uma modalidade de cuidado que se destina a pacientes com doenças graves que ameaçam a continuidade de sua vida. Essa abordagem visa prevenir e aliviar sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais, tanto dos pacientes quanto dos familiares e cuidadores.

O AVC é uma condição muito prevalente. Apesar de todos os avanços já existentes ainda implica em alta mortalidade na fase aguda (mais de 10%) e na fase crônica pode acarretar em sequelas graves que limitam a funcionalidade e causam sofrimento.

Diante desse contexto, os cuidados paliativos tem um papel na composição da grande gama de profissionais que devem estar envolvidos para cuidar de tal doente. É imperativo que os profissionais envolvidos ao cuidado do paciente de AVC tenham conhecimento básico dos cuidados paliativos para manejo de sintomas, técnicas de comunicação de más notícias, avaliação prognóstica e definição de planejamento de cuidados futuros e em casos mais difíceis e específicos pode ser necessário encaminhar o paciente a um especialista em cuidados paliativos.

E qual paciente tem mais necessidades desses cuidados?

Conseguimos prever com relativa acurácia a chance do paciente ficar com sequela grave, acamado e dependente para as atividades básicas da vida diária e isso pode

ser suficiente para auxiliar na tomada de decisões sobre medidas invasivas ou não, levando em conta desejo prévio expresso pelo paciente.

Existem algumas condições, tanto relacionadas ao próprio AVC, quanto ao paciente, que trazem maior risco de internações recorrentes, sequelas graves e maior risco de falecer.

Fatores relacionados ao AVC que configuram maior gravidade:

- * AVC de tronco cerebral extenso, por exemplo com oclusão de artéria basilar;
- * AVC de artéria cerebral média extenso e pacientes que foram para craniectomia;
- * AVC extenso com alteração do nível de consciência com necessidade de cirurgia;
- * Maior escore de NIH na chegada no pronto socorro (escore de gravidade do AVC);
- * Necessidade de intubação orotraqueal na chegada no pronto socorro

Fatores relacionados ao paciente que configuram maior gravidade:

- * Paciente com muitas doenças crônicas associadas;
- * Idade mais avançada;

Quais são os sintomas frequentes no paciente pós AVC?

DOR:

- **Dor no paciente que não se comunica:** importante ressaltar que nos pacientes que perderam habilidade de comunicação verbal, identificar a presença de dor pode ser desafiador. Muitas vezes o paciente vai apresentar sinais indiretos de dor: agitação, gemência, contração muscular, face de dor com testa franzida, olhos cerrados, até lacrimejamento, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. Nesse caso devemos proceder com um teste terapêutico com uma medicação para dor forte e avaliar se esses sinais indiretos melhoraram. Além de investigar a causa para dor. Dor abdominal por constipação intestinal, ou retenção urinária são frequentes em pacientes acamados.
- **Dor central pós AVC:** 1 a 12 % tem dor crônica das partes do corpo que perderam parte de sua inervação sensitiva em decorrência do AVC. O tratamento é com medicamentos pra dor neuropática mas a resposta ao tratamento não costuma ser muito satisfatória.
- **Ombro doloroso:** dor no ombro que ficou com o déficit motor, tem componente musculo esquelético, melhora com a fisioterapia/reabilitação.
- **Espasticidade:** a espasticidade em si é muito frequente apos o AVC e não é sinônimo de dor. Entretanto em torno de 1/3 dos pacientes relatam uma dor decorrente da espasticidade, que também pode melhorar com fisioterapia/reabilitação e por vezes é necessário lançar mão de relaxantes musculares como o Baclofeno.

DELIRIUM: é um estado confusional agudo que pode oscilar em períodos de agitação e sonolência excessiva. Pode significar DOR, uma infecção ou distúrbio de eletrólitos e necessita de investigação com exames para descobrir a causa e tratar adequadamente. Infecções de repetição são sinal de mau prognóstico após o AVC.

FADIGA: relatada por mais da metade dos pacientes. É multifatorial. O que pode auxiliar é manter mobilização e exercícios físicos leves.

INCONTINÊNCIA URINARIA: cerca de 20% dos pacientes persistem com incontinência após 6 meses. Predispõe infecção urinária.

DISFUNÇÃO SEXUAL: pode ocorrer mesmo em pacientes que tenham ficado com mínimas sequelas, tem múltiplas causas. É uma queixa que as vezes não é espontaneamente relatada pelo paciente. Necessário encaminhar para urologista.

DEPRESSÃO: em torno de 1/3 dos pacientes com AVC se queixaram de estar se sentindo frequentemente tristes e deprimidos quando foram questionados. Mas é subdiagnosticado.

ANSIEDADE: aproximadamente 20% dos pacientes tiveram um transtorno de ansiedade generalizada nos primeiros 3 anos após o AVC.

CONVULSÃO/ EPILEPSIA PÓS AVC: pode ser tardia, ou seja, começar mais de 2 semanas após o AVC, e por vezes necessita de uso de drogas antiepilépticas.

DISTÚRBIOS DO SONO E HIPERSSONOLENCIA DIURNA: ocorre em até 50% dos pacientes após AVC, frequentemente com apneia do sono. Para o diagnóstico é necessário realizar polissonografia.

Cuidando de quem cuida

O AVC provoca muitas mudanças físicas, emocionais, cognitivas no paciente e os seus familiares/cuidadores tentam cooperar e se adaptar a essas mudanças. Porém as demandas podem aumentar muito, inclusive com muitas preocupações financeiras e perdas de papel social. Ansiedade, depressão e fadiga são sintomas frequentes entre os cuidadores. Existe muito medo do que pode acontecer, expectativa sobre o quanto ele pode melhorar, e sobre o risco de ter um novo AVC. Essas queixas são mais comuns quando o paciente perdeu sua habilidade de se comunicar após o AVC. É necessário que exista um acompanhamento dos familiares também, inclusive instruindo-os sobre o AVC, as causas, o prognóstico, o que se espera da recuperação, os riscos de novo AVC e o que podemos fazer para preveni-lo. Além disso estimular estratégias de auto cuidado nos cuidadores.

O familiar pode já estar vivenciando um luto antecipatório pela perda que já ocorreu quando ele percebe que seu familiar não voltou mais a ser como era antes, principalmente nos casos em que ficam acamados, com alteração do nível de consciência e perda da habilidade de comunicação.



Cuidar mesmo quando não podemos curar

Após passar da fase aguda e conseguir ter alta hospitalar, ainda existe risco de complicações tardias e maior mortalidade, principalmente para os pacientes com sequelas mais graves (acamados, com uso de via alternativa de alimentação, traqueostomia, sonda vesical). Na maioria dos casos o óbito ocorre após múltiplas internações com infecções que são consequência do paciente estar acamado e tão debilitado, e esse processo pode gerar muito sofrimento nos pacientes e cuidadores.



Os cuidados paliativos se baseiam em princípios:

1	Promover alívio da dor e outros sintomas desagradáveis
2	Afirmar a vida e considerar a morte como processo natural da vida
3	Não acelerar nem adiar a morte
4	Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente
5	Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte
6	Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto
7	Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto
8	Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
9	Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida

Se temos como princípio cuidar do indivíduo e de sua família, independente se sua doença tem cura ou não, e tentamos manter a melhor qualidade de vida possível com dignidade, levando em conta seus valores e sua cultura, sempre teremos algo a oferecer. A vida e a medicina tem seus limites e a morte é um processo natural da vida. Precisamos reconhecer seus sinais. O que pode e deve ser evitado é o

Bibliografia

Bernhardt J, Dewey H, Thrift A, Collier J, Donnan G. A very early rehabilitation trial for stroke (AVERT): phase II safety and feasibility. *Stroke* 2008; 39:390-396.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 50 p. : il. ISBN 978-85-334-1998-8

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/diabetes>

Carvalho, R. T. , Parsons H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2.ed. São Paulo: s. n., 2012.

Cohen DL, Roffe C, Beavan J, Blackett B, et al. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *Int J Stroke*. 2016; 11(4):399-411.

Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD, Katz RC, Lamberty K, Reker D. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline. *Stroke*. 2005;36(9):e100-43.

Daniels SK, Pathak S, Mukhi SV, Stach CB, Morgan RO, Anderson JA. The relationship between lesion localization and dysphagia in acute stroke. *Dysphagia*. 2017; 32(6): 777-84.

Dworzynski K, Ritchie G, Fenu E, MacDermott K, Playford ED; Guideline Development Group. Rehabilitation after stroke: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2013;346:f3615.

Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2018;49:e46– e99. doi: 10.1161/STR.000000000000158.

Holloway, R. G. , Arnold R. M., Creutzfeldt C.J., Lewis E.F., Lutz B.J. Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Statement for Healthcare Professionals From the American association/ American stroke association. *Stroke*. 2014;45:1887-1916

Martino R, McCulloch T. Therapeutic intervention in oropharyngeal dysphagia. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016; 13(11):665-79.

Recommendations for the Establishment of Stroke Systems of Care: A 2019 Update. *Stroke*. 2019;50:00-00. DOI: 10.1161/STR.000000000000173

Swan K, Speyer R, Heijnen BJ, Wagg B, Cordier R. Living with oropharyngeal dysphagia: effects of bolus modification on health-related quality of life--a systematic review. *Qual Life Res*. 2015; 24(10): 2447-56.

The Avert Trial Collaboration Group. Efficacy na safety of very early mobilisation within 24 h of stroke onset (AVERT): a randomised controlled Trial. *Lancet* 2015; 386:46-55.

Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, Deruyter F, Eng JJ, Fisher B, Harvey RL, Lang CE, MacKay-Lyons M, Ottenbacher KJ, Pugh S, Reeves MJ, Richards LG, Stiers W, Zorowitz RD; American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016 Jun;47(6):e98-e169.

_____. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm. Acesso em Fev. 2013.

Telefones úteis:

Serviço de Terapia Nutricional ou Núcleo de Nutrição e Dietética
Segunda a sexta das 8h às 18h
(14) 3811-6230 / (14) 3811-6179 / (14) 3811-6037

Serviço de Reabilitação
Segunda a Sexta das 7h00 as 18h00
(14) 3811-6049

Serviço Social do Pronto Socorro
(14) 3811-6315

Serviço de Fonoaudiologia
Segunda a Sexta das 8h as 17h
(14) 3811-6230

Rede Brasil AVC
www.redebrasilavc.org.br

Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares
http://www.sbdcv.org.br/medica_index.asp



ESTE MANUAL TEM O APOIO INSTITUCIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREbroVASCULARES



PATROCÍNIO

