

ENFERMAGEM NAS DIMENSÕES DO CUIDAR

CLEIDE CORREIA DE OLIVEIRA
ANA CAROLINY OLIVEIRA DA SILVA
LUIS FERNANDO REIS MACEDO
ROSELY LEYLIANE DOS SANTOS

VOLUME 1

ENFERMAGEM NAS DIMENSÕES DO CUIDAR

CLEIDE CORREIA DE OLIVEIRA
ANA CAROLINY OLIVEIRA DA SILVA
LUIS FERNANDO REIS MACEDO
ROSELY LEYLIANE DOS SANTOS

VOLUME 1


EDITORA
OMNIS SCIENTIA


Universidade Regional
do Cariri - URCA

Editora Omnis Scientia

ENFERMAGEM NAS DIMENSÕES DO CUIDAR

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2023

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Cleide Correia de Oliveira

Ana Caroliny Oliveira da Silva

Luis Fernando Reis Macedo

Rosely Leyliane dos Santos

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial

E56 Enfermagem nas dimensões do cuidar : volume 1 [recurso eletrônico] / organizadores Cleide Correia de Oliveira ... et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2023.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-6036-128-7
DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7

1. Enfermagem - Brasil. 2. Cuidados de enfermagem - Planejamento. 3. Serviços de enfermagem. 4. Assistência de enfermagem. 5. Saúde pública - Brasil. 6. Saúde coletiva. I. Oliveira, Cleide Correia de. II. Silva, Ana Carolyn Oliveira da. III. Macedo, Luis Fernando Reis. IV. Santos, Rosely Leyliane dos. V. Título.

CDD23: 610.730981

Bibliotecária: Priscila Pena Machado - CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

Caro leitor!

O livro *Enfermagem nas Dimensões do Cuidar* retrata diferentes contextos do cuidado de enfermagem em saúde, através de capítulos com pautas atuais e relevantes para a saúde coletiva. Dentre os assuntos abordados nesta obra tem-se: Educação em Saúde sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis na adolescência, Sistematização da Assistência de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, Crise hipertensiva e manejo assistencial no serviço de emergência, Impactos da incontinência urinária em mulheres, utilização das Práticas Integrativas e complementares pela equipe de enfermagem durante o processo de parturição e estratégias não farmacológicas para reabilitação de pacientes vítimas de acidente vascular encefálico.

Boa leitura.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIAS EDUCATIVAS SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ADOLESCÊNCIA

Felipe Paulino da Silva

Glauberto da Silva Quirino

Cinthia Gondim Pereira Calou

Joseph Dimas de Oliveira

Milena Silva Ferreira

Miranilton Lucena de Sousa

Elian Santos Ferreira

Vinícius Alves de Alencar Oliveira

Darly Suyane Felix Silva

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7/10-19

CAPÍTULO 2.....20

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ingrid Christyne Ferreira de Sousa

Vitória de Cássia Félix Rebouças

Rosely Leyliane dos Santos

Sarah Lima Pinto

Marcia Eduarda Nascimento dos Santos

Wellington Nogueira de Oliveira Pereira

André Lucas Café Lopes

Damiana Galdino Viana

Luyanne da Silva Sousa

José Armando Silva De Lima

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7/20-28

CAPÍTULO 3.....29

A CRISE HIPERTENSIVA E O MANEJO ASSISTENCIAL DA ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Vinícius Alves de Alencar Oliveira

Kelly Fernanda Silva Santana

Célida Juliana de Oliveira

Lucas Dias Soares Machado

Felipe Paulino da Silva

Marta Carol Taveira da Silva

Maria Joedna Ferreira Monteiro

Miranilton Lucena de Sousa

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7/29-36

CAPÍTULO 4.....37

IMPACTOS DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES

Gislaine da Silva Rocha

Rauan de Alcantara Alexandre

Yvinna Marina Santos Machado

Livia Parente Pinheiro Teodoro

Luis Rafael Leite Sampaio

Elian Santos Ferreira

Sarah Emanuelle Matias Penha

Fernanda Helen Gomes da Silva

Gabriel de Alencar Melo

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7 /37-44

CAPÍTULO 5.....45

UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

Elian Santos Ferreira

Taiane Rodrigues da Costa

Aline Rany Jorvino da Costa

Larissa Silva Lima

Gislaine da Silva Rocha

Damiana Galdino Viana

Ana Raiane Alencar Tranquilino

Lucas Alves Lima

Raquel Calixto Rodrigues da Silva

Felipe Paulino da Silva

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7/45-54

CAPÍTULO 6.....55

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA REABILITAÇÃO DE PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: REVISÃO INTEGRATIVA

Darly Suyane Felix Silva

Valterlúcio dos Santos Sales

Emmily Petícia do Nascimento Sales

Kenya Waléria de Siqueira Coelho Lisboa

Felipe Paulino da Silva_

Rufina Aparecida Matos de Alencar

DOI: 10.47094/978-65-6036-128-7/55-66

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA REABILITAÇÃO DE PACIENTES VÍTIMAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: REVISÃO INTEGRATIVA

Darly Suyane Felix Silva¹;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7193274951413143>

Valterlúcio dos Santos Sales²;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2375746913814031>

Emmily Petícia do Nascimento Sales³;

Universidade de São Paulo - USP

<http://lattes.cnpq.br/6554572423852538>

Kenya Waléria de Siqueira Coelho Lisboa⁴;

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2384792651547166>

Felipe Paulino da Silva⁵;

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/2736741621861701>

Rufina Aparecida Matos de Alencar⁶.

Universidade Regional do Cariri (URCA) Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/1374210305339241>

RESUMO: O Acidente Vascular Encefálico é considerado como a segunda maior causa de morte e incapacidade em todo mundo, sendo caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo para uma determinada área do cérebro resultando em um AVE isquêmico ou hemorrágico. O objetivo do trabalho foi identificar evidências na literatura sobre as estratégias não farmacológicas utilizadas para o processo de reabilitação de pacientes vítimas de Acidente Vascular Encefálico. O estudo se trata de uma revisão integrativa da literatura. Os artigos focaram sua intervenção na recuperação motora do paciente e na capacidade de deambulação, por ser considerada a meta de maior importância na recuperação e a principal meta almejada pelos pacientes, estando este tipo de prejuízo ligado ao desenvolvimento de depressão, redução da qualidade de vida. As intervenções proporcionaram maior grau de

independência na realização de atividades de vida diária, bem como também melhora na qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente vascular cerebral. Terapias não farmacológicas. Reabilitação.

NON-PHARMACOLOGICAL STRATEGIES FOR THE REHABILITATION OF PATIENTS VICTIMS OF STROKE ACCIDENTS: INTEGRATIVE REVIEW

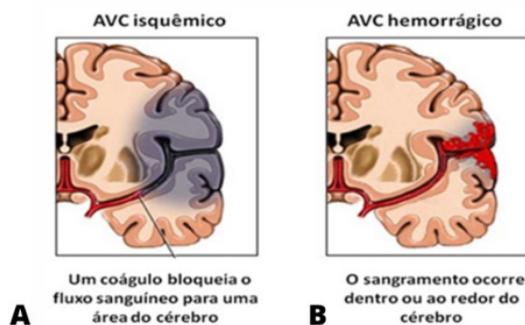
ABSTRAT: Stroke is considered the second leading cause of death and disability worldwide, being characterized by the interruption of blood flow to a certain area of the brain resulting in an ischemic or hemorrhagic stroke. The objective of the work was to identify evidence in the literature on non-pharmacological strategies used in the rehabilitation process of patients suffering from stroke. The study is an integrative review of the literature. The articles focused on their intervention on the patient's motor recovery and ability to walk, as this is considered the most important goal in recovery and the main goal sought by patients, with this type of impairment being linked to the development of depression, reduced quality of life . The interventions provided a greater degree of independence in carrying out activities of daily living, as well as improving the quality of life of patients.

KEY-WORDS: Stroke. Non-pharmacological therapies. Rehabilitation.

1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

O AVE é definido como um distúrbio neurológico focal e de início súbito, causado por alterações nos vasos sanguíneos que irrigam a região cerebral. Este evento é classificado em dois tipos (KURIAKOSE e XIAO et al., 2020), o isquêmico (figura 1A), causado pela redução ou obstrução do fluxo sanguíneo em alguma artéria cerebral, ocasionando déficit de suprimento sanguíneo para uma determinada região do encéfalo (CAMPBELL et al., 2019), e hemorrágico (figura 1B), resultado da ruptura mecânica não traumática de um vaso sanguíneo (UNNITHAN e MEHTA, 2022), levando a extravasamento de sangue para o interior do encéfalo, resultando em hemorragia intracerebral (RYMER, 2011).

Figura 1: A. Representação de acidente vascular encefálico do tipo isquêmico. B. Representação de acidente vascular do tipo hemorrágico.



Fontes: <https://encr.pw/9tntT>

Dados do Ministério da Saúde revelam que 85% dos casos estão na categoria do acidente vascular isquêmico, que ao depender da causa pode ser ainda subdividido em: isquêmico aterotrombótico, causado pela formação de placas de ateroma nas paredes do endotélio dos vasos sanguíneos de grande calibre, levando a aterosclerose e oclusão da luz do vaso, ou a formação de trombos; isquêmico cardioembólico quando o êmbolo tem sua origem na região cardíaca e transita através da circulação sanguínea; isquêmico de outra etiologia, comum em jovens, estando associado a distúrbios de coagulação sanguínea; e ainda em acidente vascular criptogênico, nesta categoria a causa não é identificada (BRASIL, 2022a).

Além desta classificação, quando o AVE tem como característica a resolução dos sinais e sintomas em períodos de curto prazo, cerca de uma hora de duração, é considerado como Ataque Isquêmico Transitório (AITs), geralmente causado por trombos ou embolia que se originam no interior do vaso sanguíneo cerebral (FISHER, 2018, AMARENCO, 2020). Os AITs mudam de acordo com a frequência que ocorrem, e eles por si só não causam uma deficiência neurológica por um período de tempo muito longo, mas a sua detecção é de grande importância, devido a um terço dos pacientes com AITs apresentarem tendência maior de serem acometidos por um AVE em um intervalo de cinco anos (GREENBERG et al., 2014).

Em relação ao AVE hemorrágico, a alta pressão cerebral e ruptura de um aneurisma são considerados fatores predominantes (JORDAN et al., 2009). Entretanto, pode ser ocasionado por outros fatores como: envelhecimento, sexo masculino, fatores genéticos, tabagismo frequente, taxa elevada de colesterol, consumo excessivo de álcool e outros tipos de drogas, hipertensão, anomalia vasculares, fatores genéticos, tumores cerebrais, aneurisma arterial intracraniano, traumas craniano, nascimento prematuro, má formação arteriovenosa cerebral e trombose venosa intracraniana, bem como outros fatores (BAI et al., 2020).

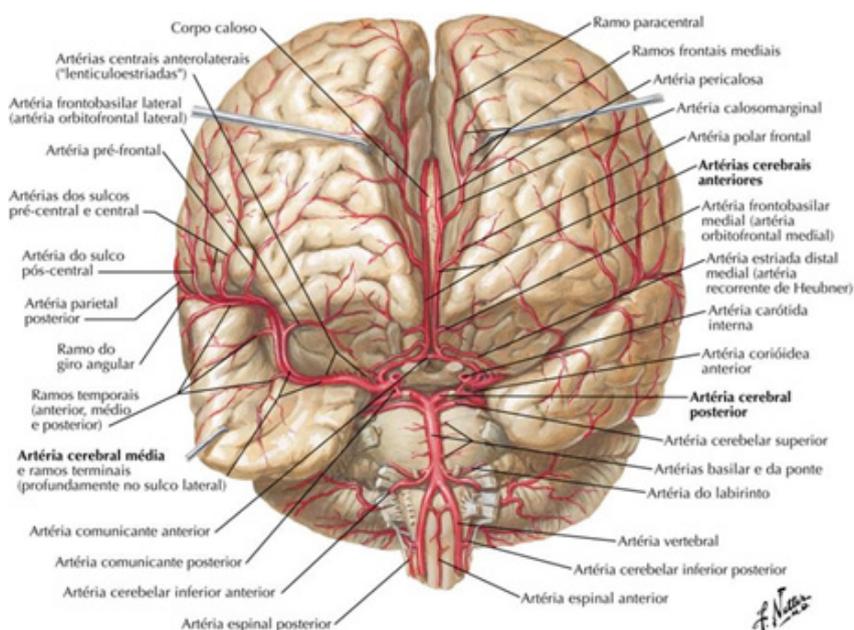
Dados epidemiológicos apontam que cerca de 13,7 milhões de pessoas são acometidas anualmente, com uma média de 5,5 milhões de morte por ano em todo o mundo (LINDSAY et al., 2019). Enquanto isso, no cenário nacional, informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde - DATASUS, mostraram que no ano de 2020, ocorreram 99.010 óbitos por AVE, incluindo dados de infarto cerebral, AVC isquêmico, AVC hemorrágico, hemorragia subaracnóidea e AVC não-especificado como isquêmico ou hemorrágico (DATASUS, 2020).

2 Fisiopatologia, sinais e sintomas e fatores de risco

Para melhor compreensão da fisiopatologia do AVE, é importante destacar o processo de circulação cerebral (figura 2), classificada em circulação cerebral anterior e posterior. Em relação a primeira, ocorre suprimento de maior parte da região do córtex cerebral e da substância branca subcortical, núcleos de base e cápsula interna. Esta circulação anterior consiste na artéria carótídea interna e seus ramos: a artéria coróidea anterior, a artéria cerebral anterior e as artérias cerebrais médias, que por sua vez dão origem aos ramos lentículo-estriados profundos e penetrantes (SHAH e JEYARETNA, 2018).

Por outro lado, a circulação cerebral posterior supre as estruturas do tronco cerebral, cerebelo, tálamo e os lobos occipitais e temporais. Esta circulação consiste em um par de artérias vertebrais, a artéria basilar e seus ramos: as artérias cerebelares inferiores e anteriores, as artérias cerebelares superiores e posteriores, além de fornecerem os ramos tálamo-perfurados e tálamo-geniculados (SHAH e JEYARETNA, 2018).

Figura 2: esquematização da circulação encefálica.

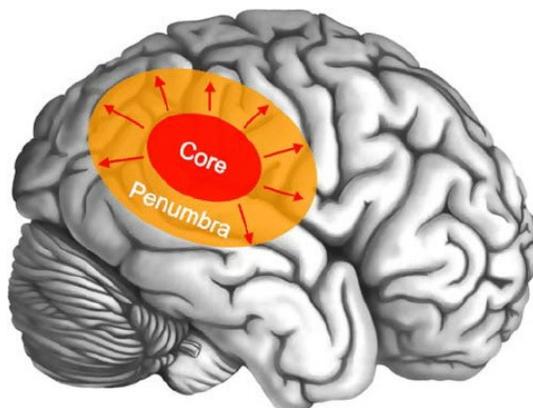


Fonte: NETTER, 2000.

No AVE isquêmico, a fisiopatologia consiste na interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro, privando os neurônios de oxigênio e glicose, elementos essenciais para o metabolismo das células. Em uma condição em que este fluxo sanguíneo interrompido não for restaurado, pode ocorrer o processo de morte do tecido cerebral. Isso geralmente acontece quando o fluxo normalmente é inferior a 20% do normal.

No processo de isquemia, a região de morte neuronal é denominada de centro isquêmico, enquanto que a área que circunda o núcleo da região cerebral isquêmica é chamado de zona de penumbra (figura 3) (ISHII et al., 2013). Esta zona é considerada uma região com lesão potencialmente reversível, onde a sobrevivência celular pode ser prolongada. Porém, se o fluxo sanguíneo não for restaurado através da recanalização do vaso ocluído ou circulação colateral a partir de outros vasos, as células que apresentavam lesões reversíveis, podem apresentar lesões irreversíveis.

Figura 3: representação do núcleo isquêmico e da zona de penumbra (alvo para intervenção terapêutica).



Fonte: Kloska et al., 2010

Em contrapartida, o AVE hemorrágico chega a atingir os núcleos de base (50%), lobos cerebrais (10% a 20%), tálamo (15%), ponte e tronco encefálico (10% a 20%) e cerebelo. O hematoma atinge os neurônios e as células da glia, causando oligoemia, liberando neurotransmissores, levando a disfunção mitocondrial, onde a trombina ativa a micróglia, estimulando a inflamação e formação de edema, resultando em compressão do tecido cerebral pelo hematoma e aumento da pressão intracraniana, estando estes eventos associados a lesão primária. A lesão secundária é causada por inflamação e ruptura da barreira hematoencefálica, edema e superprodução de radicais livres (UNNITHAN; das; METHA et al., 2022).

A hemorragia intracraniana podem ser classificadas de acordo com a sua localização, podendo ser intracerebral, subaracnóidea, subdural ou epidural. No caso da hemorragia intracerebral, pode ocorrer um quadro de isquemia local, estando possivelmente associada a cefaleia intensa, alteração da consciência, bem como déficits neurológicos. Já em relação a hemorragia subaracnóidea, pode estar associada a alterações cerebrais decorrentes de

aumento da pressão intracraniana, podendo ser acompanhada de vasoespasmos, o que pode provocar hematoma intracerebral ou hidrocefalia. Este tipo de hemorragia pode também levar a uma situação de isquemia, que geralmente desenvolve algumas manifestações clínicas, como cefaleia e déficits neurológicos, de modo similar a hemorragia intracerebral (GREENBERG et al., 2014).

Os eventos que estão associados ao processo de fisiopatologia promovem sinais e sintomas que podem ser utilizados para o diagnóstico. As manifestações geralmente estão associadas de acordo com a área afetada. Em casos em que o território carotídeo responsável pela irrigação dos 2/3 do encéfalo anterior for acometido, as principais manifestações são: hemiparesia, disfasia, hemi-hipoestesia, disgrafia, dislexia, discalculia, hemianopsia, distúrbios de consciência, distúrbios de comportamentos ou de conduta e cefaleia. Quando o território responsável pela irrigação do terço posterior do encéfalo é acometido, os principais sinais e sintomas são ataxia, vertigem, disfagia, distúrbio visual, distúrbio respiratório, cefaleia e distúrbio de consciência (GAGLIARD, 2019).

Além disso, o AVE é uma condição patológica em que vários fatores podem ser considerados de riscos. Estes fatores estão divididos em modificáveis e não modificáveis. Os fatores não modificáveis estão relacionados a idade (por volta dos 60 anos), localização geográfica, hereditariedade, sexo e raça (sendo o sexo masculino e raça negra por fatores genéticos apresentando uma maior incidência) (CASTRO, et al. 2009). Como fatores modificáveis podemos mencionar, a hipertensão arterial sistêmica (GORGUI et al., 2014), fibrilação atrial (KAPLAN et al., 2019, RYDEN et al., 2021), diabetes mellitus (ALLOUBANI ET AL., 2018), dislipidemias (TZIOMALOS et al., 2009), obesidade (KERNAN et al., 2015) e tabagismo (RODRIGUES, et al. 2017).

Dentre estes fatores, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal para as doenças cerebrovasculares (CIPOLLA et al., 2018), sendo responsável por cerca de 80% dos AVEs (GAGLIARD, 2009). Quando a HAS está em estado descompensado pode comprometer as artérias cerebrais de grande, médio e fino calibre, bem como as camadas íntimas e médias do endotélio vascular, provocando aterosclerose, degeneração fibrinóide e hipohialinose.

Ainda no contexto dos fatores de risco para o surgimento do AVE, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBV), aponta que o Diabetes Mellitus (DM) é outra condição que contribui de maneira significativa para a doença microvascular cerebral, aumentando a ocorrência de AVE isquêmico (ROLINDO et al., 2016). O DM contribui para com aproximadamente 25% dos casos de acidentes vasculares encefálicos, sendo 90% de origem isquêmica.

Portanto, mesmo com a ocorrência de fatores que não podem ser modificados, os profissionais de saúde podem traçar e implementar estratégias que possam garantir prevenção contra o AVE (STRONG et al., 2007), através da adequação de hábitos de vida, como por exemplo, evitar o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas, bem como aderir a uma alimentação saudável, manutenção do peso ideal, ingestão

adequada de água, realização de atividade física de forma regular e o controle da pressão arterial e a glicemia para níveis recomendados (BRASIL, 2022d).

3 Tratamento, Complicações e o processo de reabilitação

O tratamento do AVE é baseado de acordo com a classificação do acidente. A trombólise é utilizada no acidente vascular isquêmico, para restabelecer a vascularização do tecido removendo o coágulo, através da administração de alteplase intravenosa (MICIELI et al., 2009). Além disso, a terapia antiplaquetária e o controle da pressão arterial nas hemorragias intracerebrais são eficazes. No entanto, no AVE hemorrágico não pode ser utilizado o tratamento antiplaquetário, devido o risco de aumentar o sangramento. Além destas medidas, é listada na literatura intervenções cirúrgicas, como a trombectomia (SMITH et al., 2015), QIU et al., 2020), que consiste em um procedimento realizado para remover mecanicamente o coágulo da artéria cerebral. No caso da hemicraniectomia descompressiva, consiste na remoção de parte do crânio para permitir o aumento de volume sem que ocorra a elevação da pressão intracerebral (CLARE, 2020).

Apesar do uso de terapias farmacológicas e de procedimentos cirúrgicos, evidências científicas mostram que outras estratégias podem ser implementadas, para que auxiliem no processo de reabilitação do paciente, são as medidas não farmacológicas. Dentre estas, destacam-se a medicina tradicional chinesa, com ênfase na acupuntura, influenciando no aumento da velocidade do fluxo sanguíneo cerebral (RATMANSKI et al, 2015). Outra terapia utilizada, é a oferta de nutrição adequada, para garantir a manutenção do metabolismo energético, já que o AVE pode resultar em incapacidades físicas que afetam os processos alimentares, dentre elas o comprometimento da deglutição (NIP et al, 2011).

Além disso, os pacientes vítimas de AVE podem apresentar sequelas que afetam a atividade motora, prejudicando funções básicas como caminhar e a realização de atividades de vida diária. Neste sentido, a realização de exercício físico geralmente promove resultados significativos, pois a a prática de atividade física tem um potencial de melhorar as condições físicas e problemas funcionais que são comuns no pós-AVE, além de promover benefícios psicossociais, através de atividades em grupo, garantindo melhora na qualidade de vida e das funções motoras, fortalecendo o equilíbrio, marcha, mobilidade, além de preservar as funções cognitivas. Os mecanismos que explicam estes benefícios são associados ao fato que a prática de exercício físico trabalha toda a estrutura músculo esquelética, promovendo a liberação de hormônios na corrente sanguínea que beneficiam o paciente, diminuindo a carga de estresse e melhorando o desempenho físico, reduzindo a dependência de outras pessoas e a sobrecarga do cuidador (DAVID et al, 2014).

Estudos mostraram que o treinamento aeróbico na fase subaguda do AVE tem um papel significativo nas habilidades funcionais e maior independência nas atividades diárias em pacientes que não tiveram agravos intensos. Porém, ainda não é um método comumente adotado pela equipe multidisciplinar das clínicas de reabilitação pós-AVC

(LEURER; CARMELI; REHABIL, 2003).

Estas medidas são fundamentais para uma adequada assistência ao paciente dentro de um contexto de redução de sequelas, como, fraqueza ou dificuldades nos movimentos pelo acometimento motor (NELSON et al., 2018, PUNDIK et al., 2019), comprometimento somatossensorial (CAREY, 1995, CONNELL et al., 2008), dor (DELPONT et al., 2017) prejuízo na propriocepção, hemiplegia (BYRD et al., 2020), hemiparesia, disfagia (ROHDE et al., 2018, FENG et al., 2019), rigidez muscular, espasticidade, associada a postura inadequada (THIBAUT et al., 2013), e dificuldade na produção da fala em decorrência de fraqueza dos músculos utilizados no processo de fonação (PEDERSEN et al., 2004) Além disso, o paciente pode perder a capacidade de reconhecer o lado afetado e apresentar dificuldade em realizar movimentos (apraxia) (LANE et al., 2021)

Além das funções motoras e sensoriais, problemas cognitivos como alteração no desempenho da memória (MAESHIMA e OSAWA, 2021), e prejuízo para a capacidade de raciocínio são eventos comuns, a depender das regiões cerebrais afetadas. Estes problemas podem dificultar a comunicação, uma vez que a compreensão da fala escrita ou falada podem estar prejudicadas, fenômeno denominado de afasia. No caso das alterações emocionais e comportamentais, são observados casos de ansiedade (RAFSTEN et al., 2018) e depressão (MEDEIROS et al., 2020). Diante de todo esse quadro, é necessário que o paciente seja acompanhado por uma equipe multiprofissional para realizar atividades de reabilitação (BRASIL, 2022e).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste sentido, o processo de reabilitação pós-AVC é imprescindível para proporcionar ao paciente o máximo de independência possível na realização de atividades de vida diária, pois apesar dos agravos, o cérebro tem uma grande capacidade de recuperar funções que foram perdidas após a ocorrência do AVE (HALLAL, 2019). O controle ativo para o planejamento e avaliação das intervenções de reabilitação contribui de forma significativa para o treinamento de profissionais e educação permanente das equipes multiprofissionais com intuito de aperfeiçoar os planos de reabilitação nas unidades pós-AVC, para melhor manejo das sequelas das vítimas que chegam a esse setor (ANDERLE, 2019).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALLOUBANI, A; SALEH, A; ABDELHAFIZ. Hypertension and diabetes mellitus as a predictive risk factors for etroke. **Clin Res Ver**, 2018.

ANDERLE, P; ROCKENBACH, Sheila Petry; GOULART, Bárbara Niegia Garcia de. Post-stroke rehabilitation: identification of speech-language disorders signs and symptoms by physicians and nurses in Primary Health Care. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2019.

BAI, Q; XUE, M; YONG, W. Microglia and macrophage phenotypes in intracerebral haemorrhage injury: therapeutic opportunities. **Brain**, v. 143, p. 1297- 1314, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde - Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. 2020. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em 05 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde - Associação Brasileira de AVC - 2022. 2022.

Disponível em:<<https://avc.org.br/sobre-a-sbavc/numerosdoavcnobrasilenomundo/#:~:text=O%20AVC%2C%20de%20acordo%20com,causa%20de%20morte%20no%20pa%C3%ADs>>. Acesso em 20 de mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde - O que é o AVC? Acidente Vascular Cerebral □

2020. Disponível em :< <https://avc.org.br/pacientes/acidente-vascular-cerebral/> >. Acesso em 29 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde - Biblioteca Virtual de Saúde. □Minutos Salvam Vidas□: 29/10 - Dia Mundial do AVC. 2021. 2021.

Disponível em: <<https://bvsmis.saude.gov.br/minutos-podem-salvar-vidas-29-10-dia-mundial-do-avcacidente-vascular-cerebral/>>. Acesso em 30 de out. 2022.

BYRD, E. M. et al. Understanding Anosognosia for Hemiplegia After Stroke, 2020.

CAMPBELL, B. C. V. et l. Ischaemic Stroke. **Disease ´Primes**, 2019.

CAREY, L.M. Somatosensory Loss after Stroke. **Critical Reviews**. v. 7, n. 1, p.51- 91, 1995.

CASTRO, J.A.B. et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente encefálico. **Rev Bras Clin Med**. v.7, n.7, p.171-173, 2009.

CONNELL, LA; LINCOLN, NB; RADFORD, KA. Somatosensory impairment after stroke: frequency of diferente déficits and their recovery. **Clinical Rehabilitation**, v. 22, p. 758- 767, 2008.

DAVID, H. et al. Physical Activity and Exercise After Stroke Review of Multiple Meaningful Benefits. **Topical Review**. v. 45, p. 3742-3747, 2014.

- DELPONT, B. et al. Pain after stroke: A review. **Revue Neurologique**, octub 2017.
- FENG, MC. et al. The mortality and the Risk of Aspiration Pneumonia Related with Dysphagia Stroke Patients. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v.0, n.0, p.0, 2019.
- FISCHER. This Week in the Journal. **N Engl J Med**, v. 347, n. 21, 2002.
- GAGLIARDI, R.J. Hipertensão Arterial e AVC. **Comciência**. 2009.
- GAGLIARDI, R. J. Acidente vascular cerebral ou acidente vascular encefálico? Qual a melhor nomenclatura? **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 131-132, 2010.
- GLANGLIARD, Rubens José. Acidente Vascular Cerebral: Considerações Gerais e Iniciais. GLANGLIARD, Rubens José, TAKAYANAGUI, Oswaldo M. **Tratado de Neurologia da academia Brasileira de Neurologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p.396-400, 2019.
- GOURGUI, J. et al. Hypertension as a Risk Factor for Ischemic in Women. **Can J Cardiol**, v.30, n. 7, p. 774-82, 2014.
- HALLAL, C.Z. Manual de orientações pós-AVC: Um guia prático para ajudar na prevenção, no processo de reabilitação funcional e na adaptação dos pacientes e cuidadores. Universidade Federal de Uberlândia, **Unidade de AVC HCFMB**. Unesp, p. 1-15, 2019.
- ISHII, N. et al. "Enhanced inhibition of ERK signaling by a novel allosteric MEK inhibitor, CH5126766, that suppresses feedback reactivation of RAF activity." **Cancer research**, v.73, p.13,4050-4060, 2013.
- JORDAN, L.C. et al. The Importance of Cerebral Aneurysms in Childhood Hemorrhagic Stroke. **Free PCM article**, v.40, n. 2, p.400-5, 2009.
- KAPLAN, R.M. et al. Stroke Risk as a Function of Atrial Fibrillation Duration and CHA2DS2-VASc Score. **Circulation**, v. 140, p. 1639-1649, 2019.
- KATAN, M; LUFT, A. Global Burden of Stroke. Research. **Semin Neurol**. v. 11, n. 14, 2022.
- KERNAN, W.N; DEARBORN; J.L. Obesity Increases Stroke Risk in Young Adults Opportunity for Prevention. **Stroke**, v. 46, n. 6, p. 1435-6, 2015.
- LANE, D. et al. Body representation in people with apraxia post Stroke– an observational study. **Brain Injury**, v. 35, n. 4, p. 46-475, 2021.
- LEURER, M.K. et al. The effect of early aerobic training on independence six months post stroke. **Clinical Rehabilitation**, v. 17, p. 735-741, 2003.
- LINDSAY, M. Patrice et al. World Stroke Organization (WSO): **global stroke fact sheet**, 2019.
- MEDEIROS, Gustavo C. et al. Post-stroke depression: a 2020 updated review. **General hospital psychiatry**, v. 66, p. 70-80, 2020.

- MICIELI, G; MARCHESELLI, S; ANGELA, P. Tosi Safety and efficacy of alteplase in the treatment of acute ischemic stroke. **Vasc Health Manag**, v. 5, p. 397-409, 2009.
- NELSON, C.M. et al. Motor Impairment–Related Alterations in Biceps and Triceps Brachii. **Neurorehabil Neural Repair**, v. 32, n. 8, p. 799-809, 2018.
- NIP, W.F. R. et al. Dietary intake, nutritional status and rehabilitation outcomes of stroke patients in hospital. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, v. 24, p. 460-469, 2011.
- OLIVEIRA, G.D. Medidas da Pressão de Língua em pacientes pós-Acidente Vascular Cerebral, 2015. **Dissertação** (Mestre em Ciências Fonoaudiológicas). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
- OSAWA, A; MAESHIMA S. Unilateral Spatial Neglect Due to Stroke. In: **Dehkharghani S, ed. Stroke**. Brisbane (AU), 2021.
- PEDERSEN, P.M; VINTER, K; OISEN, T.S. Aphasia after Stroke: Type, Severity and Prognosis. **Cerebrovasc Dis**, v. 17, n. 35, p. 35-14, 2004.
- PUNDIK, S. et al. Association of spasticity and motor dysfunction in chronic stroke. **Ann Phys Rehabil Med**, v. 62, n. 6, p. 397-402, 2019.
- QIU, S; XUL, Y. Guidelines for Acute Ischemic Stroke Treatment. **Neurosci**, 2020.
- RAFSTEN, L; DANIELSSON, A; SUNNERHAGEN, S. ANXIETY AFTER STROKE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. **J Rehabil Med**, v. 50, p. 769-778, 2018.
- RATMANSKY, M. et al. Os efeitos da acupuntura no fluxo sanguíneo cerebral em pacientes pós- AVC: um estudo controlado randomizado. **J Altern Complement Med**, v. 22, n. 1, p. 33-7, 2016.
- ROHDE, A. et al. Diagnosis of aphasia in stroke populations: A systematic review of language tests. **Plos One**, v.31, n. 3, 2018.
- ROLINDO, S.J.S. et al. Acidente Vascular Cerebral Isquêmico: Revisão Sistemática dos aspectos atuais do tratamento na fase aguda. **Revista de patologia**, v. 3, n. 3, 2016.
- RYMER, M.M. Hemorrhagic Stroke: Intracerebral Hemorrhage. **Missouri Medicine**, v. 108, n. 1, 2011.
- SHAH, R; JEYARETNA, D.S. Cerebral vascular anatomy and physiology. **Elsevier**, 2018.
- SMITH, W.S. et al. Mechanical Thrombectomy for Acute Ischemic Stroke Final Results of the Multi MERCI Trial. **Stroke**, San Francisco, 2015.
- STRONG, K; MATHERS, C; BONITA R. Preventing stroke: saving lives around the world. **Lancet Neurol**, v.6, p. 182–87, 2007.
- UNNITHAN, A.K.A, M Das J, MEHTA P. Hemorrhagic Stroke. **StatPearls**, 2022.

THIBAUT, A. et al. Spasticity after stroke: Physiology, assessment and treatment. **Brain Inj**, v.27, n.10, p. 1093–105, 2013.

TZIOMALOS, K. et al. Bentham Science Publishers Ltd. Dyslipidemia as a Risk Factor for Ischemic Stroke. **Current Topics in Medicinal Chemistry**, v. 9, p. 1291-1297, 2009.

Índice Remissivo

A

Acidente Vascular Encefálico 55
adolescentes 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
alterações fisiológicas e psíquicas 46
ansiedade 32, 41, 46, 48, 49, 50, 52, 54, 62
assoalho pélvico 38, 39, 41, 42, 43, 44
Associação Internacional de Uroginecologia (IUGA) 38
Atendimento de emergência 30
atividade física 38, 39, 41, 42, 61
atividades sociais 38, 41

B

bexiga 38, 42

C

capacidade de deambulação 55
cefaleia 29, 31, 32, 59, 60
cérebro 29, 31, 55, 59, 62
coração 30, 31
crise hipertensiva 29, 31, 32, 34, 35
cuidado holístico 25, 46, 51
cuidados 21, 23, 25, 47, 54

D

depressão 38, 40, 41, 55, 62
desenvolvimento sexual 11
dor 33, 34, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 62

E

Educação em saúde 11
emergência hipertensiva 29, 31
enfermagem 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 34, 35, 44, 46, 51, 52, 53, 54
enfermagem obstétrica 46, 51
estomaterapeuta 38
exame físico 30, 32, 33
exclusão social 38, 40

F

falta de conhecimento 11, 16
fluxo sanguíneo 51, 55, 56, 59, 61, 65

G

grau de gravidade 21

H

humanização 46, 51

I

incapacidade 41, 55

incapacidades 38, 41, 61

Incontinência Urinária 38, 39, 40, 42

infecções contagiosas 11, 12

Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 11, 12

investigação complementar 30, 32

ISTs 11, 12, 13, 19

L

lesões 29, 31, 59

limitações 38, 41

Ludoterapia 11

M

manejo terapêutico 30, 32

medo 40, 46, 48, 49, 52

morbidade 38, 41

morte 29, 31, 32, 34, 47, 55, 58, 59

N

náuseas 29, 31

necessidades da parturiente 46

O

órgãos 29, 31, 39

P

paciente 21, 22, 23, 25, 26, 30, 31, 32, 34, 43, 44, 55, 61, 62

parto 12, 42, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54

parturiente 46, 48, 52

perda involuntária de urina 38, 39, 40, 42

prática do cuidado 21

Práticas integrativas 46, 53

práticas integrativas e complementares (PICs) 46

práticas sexuais seguras 11

pressão arterial 29, 31, 61

pressão arterial diastólica 29, 31

pressão arterial sistólica 31

problemas urinários 38, 40

processos de saúde e doença 21

promoção da saúde 11, 13, 15, 16, 22, 24

protagonismo feminino 46

pseudocrise hipertensiva 30, 31, 32

Q

qualidade de vida 38, 39, 40, 41, 44, 55, 61

R

reabilitação 38, 43, 55, 61, 62, 64

recuperação motora 55

S

saúde do adolescente 11, 16

sistema renal 38, 41

Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) 21

Sociedade Internacional de Continência (ICS) 38, 39

subestimação 38, 40

superestimação 38, 40

T

técnicas invasivas 46, 50

Tecnologia educacional 11

teorias e conhecimentos 21

Terapias não farmacológicas 56

trabalho da equipe 21

trabalho de parto 46, 48, 49, 50

treinamento dos músculos 38, 42

tríade dor-ansiedade-medo 46

U

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 21

urgência hipertensiva 29, 31



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 