

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE SEQUELADO POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO DOMICÍLIO BASEADO NA TEORIA DE OREM**

Antônia Luiza Rosa de Oliveira<sup>1</sup>; Bernadete Lopes Dodo<sup>1</sup>; Catiane Adalrilene Gonçalves<sup>1</sup>; Élica Sales Bernardo<sup>1</sup>; Samia Jardelle Costa Freitas Maniva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá;  
E-mail: luizataiza@hotmail.com

<sup>2</sup>Docente do curso de enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá;  
E-mail: samia.jardelle@gmail.com

### **RESUMO**

O acidente vascular cerebral (AVC) é um déficit neurológico transitório ou definitivo em uma área cerebral secundária à lesão vascular, tendo rápido desenvolvimento de sinais clínicos devido a distúrbios locais ou globais da função cerebral com duração maior que 24 horas. A aplicação da Teoria Geral de Enfermagem de Orem conferiu maior qualidade e cientificidade ao cuidado, visto que os indivíduos com AVC apresentam em sua maioria, limitações para exercer atividades do cotidiano e de reabilitação. O objetivo do estudo foi realizar a sistematização da assistência de enfermagem a um paciente sequelado por AVC, segundo a teoria do déficit de autocuidado de Orem. Trata-se de um estudo de caso, do tipo descritivo, onde os dados foram coletados no domicílio de um paciente sequelado de AVC. Conclui-se que por meio da teoria do déficit do autocuidado o enfermeiro pode elaborar um conjunto de ações sistematizadas focando não somente a intervenção, mas a educação em saúde, com fins de promover saúde por meio de ações profiláticas que garantirão melhor qualidade de vida ao paciente e ao seu cuidador.

**Palavras-chave:** Sistematização. Lesão vascular. Teoria do déficit do auto-cuidado.

### **INTRODUÇÃO**

A cada seis segundos, independentemente da idade ou sexo, um indivíduo morre por acidente vascular cerebral (AVC). Atualmente, a doença apresenta-se como um problema de saúde pública em função dos dados de mortalidade e morbidade. Além disso, o AVC possui grande impacto econômico e social para o paciente e a família, e ônus para o sistema de saúde (SBCV, 2012).

No Brasil, foram registradas, 160.620 internações por doenças vasculares em 2009. Segundo os dados de domínio público do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde. A taxa de mortalidade foi de 51.8 a cada grupo de 100.000 habitantes. O grupo acima de 80 anos representou quase 35% dos 99.174 óbitos (ALMEIDA, 2012).

Além da importância epidemiológica que o AVC possui no mundo e no Brasil, essa patologia gera ampla variedade de déficits neurológicos conforme a localização da lesão, o tamanho da área de perfusão inadequada e a quantidade de fluxo sanguíneo colateral (ALMEIDA, 2012). O termo AVC é usado para designar um déficit neurológico súbito transitório ou definitivo em uma área cerebral secundária à lesão vascular, tendo rápido desenvolvimento de sinais clínicos devido a distúrbios locais ou globais da função cerebral com duração maior que 24 horas (GRANJA et al., 2013).

Conforme as Diretrizes de Atenção a Reabilitação da Pessoa com AVC (2013), os principais sinais e sintomas de AVC são fraqueza repentina ou dormência na face, braço e/ou perna, geralmente em um lado do corpo, confusão mental, alterações cognitivas, dificuldade para falar ou compreender, dificuldade para engolir, dificuldade para enxergar com um ou ambos os olhos, distúrbios auditivos, tontura, perda do equilíbrio e/ou coordenação, dos de cabeça intensa sem causa conhecida. Uma lesão muito grave pode causar morte súbita.

O AVC pode ser classificado em isquêmico ou hemorrágico. O AVC isquêmico trata-se de déficit neurológico decorrente da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral, podendo ser temporário ou permanente. O AVC hemorrágico compreende a hemorragia subaracnóide, em geral decorrente da ruptura de aneurisma (MEDEIROS et al., 2013).

De acordo com Barbosa et al., (2013), os principais fatores de risco não modificáveis, como a idade, o sexo, a raça e a história familiar, e os fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial, história de ataque isquêmicos transitórios, a estenose significativa da artéria carótida, fibrilação atrial de início recente, a obesidade, o diabetes, o uso de contraceptivos principalmente associado ao fumo, o abuso de álcool, a inatividade física.

O AVC é um evento que acomete o indivíduo e a família que, em geral, não tem preparo para lidar com as sequelas, as quais são responsáveis por aposentadorias por invalidez. Nesse caso, o cuidado do enfermeiro requer subsídios teóricos e práticos para atender as necessidades de saúde do paciente e família. Pois, os pacientes com sequelas físicas e /ou mentais necessitam de reabilitação dinâmica, contínua, progressiva e atividades de educação em saúde para atingirem a restauração funcional, reintegração familiar, comunitária e social. Além da manutenção do nível de recuperação da qualidade de vida (RANGEL et al., 2013).

O paciente com AVC requer cuidados intensivos durante o período de hospitalização. No entanto, o adequado planejamento da alta hospitalar favorece a melhoria da qualidade de continuidade do cuidado domicílio, pois 70% dos sobreviventes de AVC requerem cuidados de familiares no domicílio em função das incapacidades físicas (LOPES, 2011).

O enfermeiro, juntamente com sua equipe, é o profissional mais habilitado para realizar a orientação da família e do doente, seja pelo fato de estar mais presente durante a assistência ou pelo caráter holístico da enfermagem, possuindo, neste momento, uma oportunidade de desenvolver sua função de educador, estabelecendo uma relação de confiança e parceria (FREITAS; SILVA, 2011).

Com base no exposto, formulou-se a seguinte questão problema: Como aplicar a Teoria do déficit do autocuidado de Orem, a um paciente sequelado de AVC? Espera-se com a pesquisa aplicar os cuidados realizados pelo enfermeiro ao paciente vítima de AVC enfatizando para a educação em saúde sobre os cuidados diários, alimentação, prevenção de úlcera por pressão, entre outros. A presente investigação trata-se de um estudo interdisciplinar que pretende integrar as disciplinas do oitavo período do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Católica de Quixadá (CUCQ), com o objetivo de facilitar e desenvolver o aprendizado dos discentes. O estudo tem como objetivo, realizar a sistematização da assistência de enfermagem a um paciente sequelado por AVC, segundo a teoria do déficit do autocuidado de Orem.

A Teoria Geral de Orem é formada por três teorias interrelacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Essas três teorias estão sustentadas em seis eixos conceituais: autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, ação de autocuidado, déficit de autocuidado, serviço de enfermagem e sistemas de enfermagem; e um conceito periférico: fatores condicionantes básicos. Na teoria de Orem são apontados três requisitos para o autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde (MENEQUESSI et al., 2012).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de caso, do tipo descritivo. De acordo com Gil (2009), pesquisas descritivas são aquelas que possuem como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Os dados foram coletados no domicílio de um paciente sequelado de AVC, residente e domiciliado na zona urbana de Quixadá.

Participou do estudo um paciente sequelado por AVC. A coleta de dados ocorreu no domicílio durante o mês de setembro de 2016. Realizou-se o contato prévio com o paciente intermediado pela agente comunitária de saúde da localidade. No momento da coleta de dados, o mesmo foi informado sobre os objetivos da pesquisa e convidado a participar. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um histórico de enfermagem e um formulário contendo perguntas sobre os dados pessoais, avaliação neurológica, dicção, alimentação, higiene pessoal, uso de banheiro, verte-se, transferência (cama, cadeira), subir e descer escada, mobilidade, uso de sondas, úlcera por pressão, medicações em uso e doenças e crônicas (APÊNDICE A).

Os dados coletados foram organizados e analisados de forma descritiva, mediante a literatura pertinente ao tema. Além disso, foi realizada a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente com AVC, com a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções, com nas nomenclaturas internacionais: NANDA-I, NIC e NOC.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Apresentação do caso clínico**

Paciente J. C. P., 72 anos, sexo masculino, residente no município de Quixadá, casado, pai de seis filhos, católico, funcionário público federal, aposentado, com renda familiar menor que cinco salários. Segundo o relato de sua esposa (cuidadora), o início do AVC ocorreu há doze anos, e nega ter recebido esclarecimentos por parte da equipe médica sobre o tipo de AVC sofrido. Afirma que o esposo fazia uso de bebida alcoólica todos os finais de semana, nunca fez uso de drogas, nega tabagismo, sendo ex-etilista há seis anos. Apresenta como fatores de riscos: Hipertensão arterial e Diabetes mellitus sendo mantido o tratamento com Losartana, 50mg, 01 comprimido uma vez ao dia pela manhã e Diamicron 30mg 01 comprimido uma vez ao dia pela manhã. Ao exame físico: Paciente apresenta-se: Acamado parcialmente emagrecido, com hemiplegia direita, movimentos limitados e reduzidos no lado esquerdo, consciente, sem comunicação verbal (afásico). Aceita dieta líquida e pastosa oferecida. Eliminações vesicais presentes e espontâneas em fraldas. Eliminações intestinais presentes e espontâneas diariamente. Pele e mucosas íntegras, pupilas isocóricas e foto reagentes, ausência de edemas, enchimento capilar menos que dois segundos, normocorado, tônus musculares parcialmente rígidos em MSD e MID. Peso:67kg, Altura:1,48cm, Glasgow 11, AO:04, RV:01 e RM:06 Sinais vitais: Pressão Arterial:110 \80mmHg, Temperatura: 36.7°C, Frequência Cardíaca: 65bpm, frequência respiratória:14rpm, Glicemia Capilar:107mg\dl e Saturação O<sub>2</sub> 98%. Exames laboratoriais normais.

### **Sistematização da assistência de enfermagem**

Com base no caso clínico apresentado acima, foram identificados os diagnósticos de enfermagem prevalentes para o paciente e cuidador. A partir destes, foi delineado um plano de cuidados apoiado na Teoria do autocuidado de Orem, composto por meta, objetivo, sistema de

enfermagem e método; além das respectivas intervenções de enfermagem e evolução, conforme descrito no Quadro 1.

**Quadro 1.** Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de um paciente sequelado por AVC.

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Plano</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Evolução</b>
<b>Paciente</b>			
1. Mobilidade do leito prejudicado	<p><b>Meta:</b> Melhorar o fortalecimento da musculatura</p> <p><b>Objetivo:</b> Promover o melhor condicionamento físico</p> <p><b>Sistema de enfermagem:</b> De apoio – educação</p> <p><b>Método:</b> Orientação, apoio e ensino.</p>	<p>Promoção do exercício: treino para fortalecimento.</p> <p>-terapia com exercício: controle muscular, alongamento, prevenção contra quedas, posicionamento, controle da dor, massagem, cuidados com repouso no leito, relaxamento muscular progressivo.</p>	<p>Cliente cooperativo apresentando mobilidade física satisfatória</p>
2. Comunicação verbal prejudicada	<p><b>Meta:</b> Estimular a comunicação verbal</p> <p><b>Objetivo:</b> Permitir a melhorara da comunicação no âmbito familiar</p> <p><b>Sistema de enfermagem:</b> De apoio- educação</p> <p><b>Método:</b> Orientação e ensino</p>	<p>-Comunicação expressão: expressão de mensagens verbais e/ou não verbais significativas -Processo de informações: capacidade de adquirir, organizar e usar informações.</p>	<p>Cliente com resposta satisfatória a estímulos verbais por meio de atividades verbais</p>
3. Risco de ulcera por pressão	<p><b>Meta:</b> Prevenir pressão combinada com forças de cisalhamento.</p> <p><b>Objetivo:</b> Promover uma melhor oxigenação tissular</p> <p><b>Sistema de enfermagem:</b> De apoio- educação</p> <p><b>Método:</b> Orientação e ensino</p>	<p>Imobilização física, pressão sobre proeminência óssea, redução na mobilidade, umidade da pele.</p>	<p>Cliente com perfusão tissular favorável a diminuição de lesão por Pressão.</p>
4. Déficit do autocuidado para banho e higiene	<p><b>Meta:</b> promover saúde mecânica corporal e oral.</p> <p><b>Objetivo:</b> Melhorar a imagem corporal do paciente e a autoestima.</p> <p><b>Sistema de enfermagem:</b> De apoio- educação.</p>	<p>Dar assistência no banho/higiene. Manter cuidados com as unhas, cabelos, olhos, ouvidos e pés.</p>	<p>Paciente depende da cuidadora para realizar sua higiene pessoal.</p>

	<b>Método:</b> Orientação e ensino.		
5. Déficit no autocuidado para alimentação	<b>Meta:</b> Monitorar a capacidade de deglutição do paciente. <b>Objetivo:</b> identificar a melhor dieta. <b>Sistema de enfermagem:</b> De apoio – educação. <b>Método:</b> Orientação e ensino.	Garantir a posição adequada do paciente para facilitar a mastigação e deglutição. Oferecer assistência física se necessário. Providenciar higiene oral antes e depois das refeições. Colocar o paciente em posição confortável (cabeceira elevada).	Paciente depende de sua cuidadora para alimentar-se.
6. Risco de aspiração	<b>Meta:</b> Prevenir bronco aspiração. <b>Objetivos:</b> Prevenir complicações <b>Sistema de enfermagem:</b> De apoio e ensino <b>Método:</b> Orientação e ensino	Orientar o posicionamento do paciente em decúbito dorsal de 45 no mínimo. Manter a cabeça do paciente lateralizada quando possível. Orientar que o paciente deve se manter sentado na hora da alimentação.	Cuidadora relata a ingestão de comida sólida às vezes.
7. Risco de quedas	<b>Meta:</b> Prevenir quedas <b>Objetivos:</b> Prevenir complicações <b>Sistema de enfermagem:</b> De apoio- ensino <b>Método:</b> Orientação e ensino	Orientar ao cuidador durante a transferência para banheiro ou banho de sol. Manter a cama em altura adequada para prevenir quedas. Orientar o manejo do paciente e sempre pedir a ajuda de alguém.	Paciente dorme de rede durante a noite e o dia fica deitado numa poltrona.
<b>Cuidador</b>			
8. Tensão do papel do cuidador	<b>Meta:</b> Bem estar e saúde emocional e físico do cuidador. <b>Objetivo:</b> Interação e conexão do cuidador e o receptor dos cuidados <b>Sistema de enfermagem:</b> De apoio e orientação. <b>Método:</b> Orientação e ensino	Apoio do cuidador, melhora do enfrentamento, humor, redução de ansiedade, apoio emocional e espiritual. Melhora do sistema de apoio, gerenciamento de caso, promoção da integridade e envolvimento familiar, assistência para manutenção do lar e escuta ativa.	A cuidadora relata falta de cuidados do paciente para com sua própria saúde antes de ficar acamado.

Para o diagnóstico de mobilidade no leito prejudicada, verificou-se que o cliente deste estudo de caso apresenta sequelas de AVC, e devido a debilidade e limitações de movimentação causadas pela diminuição da amplitude articular e da musculatura. Assim, foi possível

proporcionar educação em saúde ensinando exercícios para fortalecimento de controle muscular, alongamento dos membros e repouso no leito.

O comprometimento da comunicação verbal pode ser devido a lesões na área cerebral responsável pela compreensão de sinais e símbolos ou por perda do movimento normal do aparelho motor da fala. Desde 1983, foi incluído na Taxonomia da NANDA-I(24) o diagnóstico de enfermagem “comunicação verbal prejudicada”, que está inserido no domínio 5, o qual é definido como a habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e usar um sistema de símbolos. Problemas de comunicação, principalmente verbal, demandam atenção especial da enfermagem, com ações de cuidado que levem em conta a dificuldade ou impossibilidade da pessoa para manifestar suas necessidades (BEZERRA et al., 2016).

Apesar das intervenções direcionadas ao posicionamento e repouso do paciente com diagnóstico de ulcera por pressão percebe-se que também não há, de forma específica, intervenções preventivas de lesão por pressão. Porém, sabe-se que a mudança de posição dos pacientes se justifica pela possibilidade de interrupção da circulação causada por imobilidade prolongada, que associada com a pressão externa sobre as proeminências ósseas pode trazer dano tecidual por hipóxia e finalmente causar necrose (MELLO et al., 2014).

Em relação a este cliente do estudo de caso que apresenta déficit para o autocuidado, restrições na mobilidade e presença de alterações na pele é importante orientar o cuidador sobre hidratar a pele do paciente, proteger proeminências ósseas, sentar o paciente na cadeira, mudança de decúbito e colchão apropriado.

A dependência de pacientes com AVC para a realização das atividades de vida diária, como por exemplo; banho e higiene exigem deslocamento e movimentação, devido o déficit do autocuidado a realização de banhar-se, vestir e alimentar-se depende do cuidador.

De acordo com a teoria do déficit do autocuidado de Orem a necessidade de obter conhecimento e habilidade, sendo orientado utilizar para garantir a posição adequada do paciente para facilitar a mastigação e a deglutição, ressaltando a importância de elevar a cabeceira e manter o paciente em decúbito dorsal para evitar a broncoaspiração e pneumonia aspirativa.

Alguns fatores de risco para aspiração respiratória são: disfagia, alteração do nível de consciência, reflexo de tosse prejudicado ou ausente, outras desordens neurológicas, presbifagia, uso de tubos gastrointestinais, presença de refluxo gastroesofágico, mobilidade corporal diminuída, reflexo de vômito diminuído ou ausente, procedimentos invasivos como endoscopia digestiva alta e vídeo fluoroscopia, uso de tubos endotraqueais/ traqueostomia e cabeceira do leito baixa (BARBOSA et al., 2016).

Com relação ao risco de quedas a dependência desses pacientes com sequela de AVC geram maiores demandas de cuidados exigidos do cuidador, esforço físico e atenção constante, assim foi orientado quanto ao manejo do paciente pedir ajuda a alguém para prevenir complicações e prevenir quedas.

A enfermagem utilizando do sistema de apoio-educação de Orem para realizar ações de educação em saúde praticando escuta ativa diante do relato de sobrecarga de trabalhos para um único cuidador, redução das atividades sociais e o abandono das atividades de lazer, pois o cuidado é constante praticamente em todo tempo.

De acordo com os dados coletados, observou-se que após um AVC, normalmente, ocorre um retorno motor e funcional e muitos sobreviventes apresentam consequências crônicas que são, usualmente complexas podendo resultar problemas em vários domínios da funcionalidade. Logo, ocorrem limitações na mobilidade, no autocuidado, na interação interpessoal e social.

É de suma importância considerar a real condição vivida pelos familiares de um paciente sequelado de AVC, pois, os mesmos mudam seus hábitos e costumes adaptando suas casas, rotinas e um novo método para conviver com as mudanças agora existentes no seio

familiar e muitas vezes diminuindo ou perdendo sua qualidade de vida priorizando os cuidados como cliente.

Neste contexto, insere-se a figura do cuidador familiar. A presença de um companheiro matrimonial seja, ou não o próprio paciente, muitas vezes, pode ser um fator que proporciona intenso fortalecimento emocional para o cuidador, menos solidão e mais apoio, quando existe um bom relacionamento entre o casal. Entretanto, em outros casos, pode ocorrer o contrário, o casamento pode ser um fator estressor, por ser mais um papel que o cônjuge tenha que desempenhar. O bem-estar psicológico pode promover comportamentos saudáveis e conscientes, que dão equilíbrio para que se possa entender bem mais as manifestações e as repercussões da doença. Isso pode ser feito empregando-se estratégias individuais desenvolvidas como forma de contornar as limitações e proporcionar mais autonomia ao paciente (MARTINS et al., 2015).

Merece destaque, neste caso, a situação da cuidadora, a esposa, que assumir o cuidado do paciente não só por amor ou compromisso, mas também por única familiar disponível, além de residir na mesma casa. A cuidadora realiza o cuidar por um período de 15 horas por dia, e por um período prolongado de 5 anos.

Ao cuidador, são atribuídas tarefas que, na maioria das vezes, não são acompanhadas de orientação adequadas e carentes destas, a qualidade de vida do cuidador sofre um impacto, pois cuidar de um idoso é uma tarefa intensa, visto que esta condição é imposta a uma pessoa que não possui apenas essa atividade e acaba conciliando-a com outros afazeres, como o cuidado com filhos, casa, trabalho e outras, logo, exige dedicação constante do cuidador, fazendo com que sua saúde corra riscos, principalmente para aquele que o cuidado é prestado somente por ele, fazendo-o se sentir sobrecarregado. Dificuldades acarretam o desgaste físico evidenciado por dores no corpo, advindas do esforço para realização de ações que variam de acordo com o peso e dependência da pessoa cuidada (MENDES et al., 2010).

A cuidadora desse estudo de caso demonstrou não ter conhecimento sobre o AVC, e relatou que não recebeu orientações de nenhum profissional de saúde sobre a doença e os devidos cuidados domiciliares. Porém declara que ao acompanhar o paciente durante a internação hospitalar adquiriu um conhecimento empírico pela observação.

A recuperação completa das sequelas da AVC está associada a vários fatores, como área cerebral atingida, idade, tempo entre os sinais de AVC e atendimento, e, após a fase aguda, o tempo de início das atividades de reabilitação. Há inter-relação entre vários fatores, alguns de difícil controle, para determinar o que leva alguns casos a uma total recuperação e outros, a severa dependência (COSTA, et al. 2010).

Indivíduos com sequelas decorrentes de AVC, geralmente apresentam debilidades de movimentação causadas pela redução da amplitude articular e da musculatura. Assim foi possível proporcionar a manutenção da amplitude de movimentos aplicando e ensinando atividades de alongamento, de forma passiva. O cuidado de enfermagem e a terapia ocupacional: a terapia ocupacional visa promover a recuperação de lesões neurológicas, pois estimula o cérebro a restabelecer sua capacidade de realização das atividades da vida diária.

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. Nesse contexto, o cuidado de enfermagem se faz necessário para promover e facilitar o autocuidado. Assim, o uso da Teoria de Orem para subsidiar as ações de enfermeiro pode conferir maior qualidade e cientificidade ao cuidado, visto que os indivíduos com AVC apresentam em sua maioria, limitações para exercer atividades do cotidiano e de reabilitação.

A enfermagem pode utilizar-se do sistema de apoio-educação de Orem para realizar ações de educação em saúde direcionadas ao indivíduo sequelado de AVC, visando melhorar a qualidade de vida diante da situação de adoecimento. Assim, o déficit de autocuidado reporta-se ao ambiente como âmbito social da saúde quando se refere à ideia de dependência social tornando o cuidado de enfermagem como um meio de promoção, recuperação e reabilitação da autonomia social do indivíduo e, conseqüentemente, de sua saúde.

Por tanto, o cuidado propiciado a essa população deve oferecer assistência às necessidades físicas, apoio psicológico, além de incluir estratégias que ofereçam o autoconhecimento, o autocontrole e a participação ativa dessas pessoas no próprio cuidado. Neste direcionamento, o enfermeiro tem o papel de promover, manter e restaurar o conforto, sobretudo com relação às sequelas de AVC, mediante aos cuidados com mobilidade física prejudicada, nutrição, higiene, o controle medicamentoso, adequação do ambiente, diminuição dos fatores estressores e promoção do enfrentamento.

Nos últimos anos, a ocorrência de AVC apresentou rápido crescimento na população idosa, em função da diminuição da taxa de natalidade e do aumento da expectativa de vida. O idoso, quando acometido por doenças cardiovasculares e/ou AVC, está em risco de fragilidade, estando sujeito a complicações como: TCE, trauma de face, seja por queda da própria altura ou devido a ambientes inseguros e/ou mal súbito, risco de aspiração com risco aumentado para o desenvolvimento de pneumonia aspirativa devido deglutição prejudicada, traumas importantes como: fratura de costelas (tórax), fêmur, TVP (trombose venosa profunda), por mobilidade física prejudicada, com risco aumentado para desenvolvimento de TEP (tromboembolismo pulmonar). A longo prazo, destacam-se as septicemias oriundas por imobilidade ao leito.

## **CONCLUSÕES**

O AVC é uma doença que acomete o indivíduo e a sua família, principalmente o cuidador familiar. O paciente apresentou os principais diagnósticos de enfermagem: mobilidade no leito prejudicada, tensão do papel do cuidador, risco de ulcera por pressão, comunicação verbal prejudicada. As intervenções de enfermagem foram promoção do exercício, treino para fortalecimento, terapia com exercício, controle muscular, apoio de tomada de decisão, treinamento da memória, escutar ativamente, melhora da comunicação auditiva, fala, visual, saúde emocional do cuidador e mobilidade física prejudicada.

O enfermeiro deve proporcionar uma assistência voltada às necessidades dessa clientela, com ações como orientar e ensinar, levando em consideração as limitações decorrentes da patologia. Esse profissional deve, ainda, estar atento ao estabelecimento de diagnósticos de enfermagem acurados, correspondentes aos reais problemas apresentados pelo paciente, no intuito de tornar possível a realização das atividades de prevenção, manutenção e reabilitação do seu estado de saúde, tendo em vista a promoção de sua saúde.

O referencial teórico de Orem serviu de instrumento para o reconhecimento dos déficits de autocuidado, viabilizando a elaboração de planejamento das atividades de enfermagem e para a provisão de tais cuidados, além de ter fornecido apoio para a implementação de atividades de reabilitação.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente vascular cerebral** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAVALCANTE, T. F. et al. Intervenções de Enfermagem aos Pacientes com Acidente Vascular Encefálico: uma Revisão Integrativa de Literatura. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; 45(6):1495-1500. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000600031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600031)>. Acesso em: 15 ago. de 2016.

LIMA, A. C. M. A. C. C.; et al. Diagnósticos de Enfermagem em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral: Revisão Integrativa. **Rev. Bras. Enfermagem.**, 2016 jul./ago;69(4):785-92. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0785.pdf>>. Acesso em: 05 de outubro de 2016.

GOMES. S. R.; SENNA. M. Assistência de Enfermagem à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. **Cogitare Enferm**, 2008 Jan/Mar; 13(2):220-6. Rio de Janeiro State, Brazil, according to data from the Family Health Program. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n9/07.pdf>>. Acesso em: 05 set. de 2016.

JOHANN. A.; BOSCO, S. M. D. Acidente Vascular Cerebral em Idoso: Estudo de Caso. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 1, n. 3, p. 131-136, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/viewArticle/1329>>. Acesso em: 05 set. de 2016.

MANIVA. S. J. C. F. et al. Vivendo o acidente vascular encefálico: significados da doença para hospitalizadas. **Revista Esc. Enfermagem USP**, agosto, 2013; 47(2):362-8. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200013)>. Acesso em: 25 set. de 2016.

MEDEIROS. J. D. et al. Avaliação do Impacto do Acidente Vascular Cerebral Sobre a População Acometida: revisão sistemática. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 1, n.3, p. 131-136, nov. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1036/613>>. Acesso em: 05 out. de 2016.

MENDES. G. D.; MIRANDA. S. M. et al. Saúde do Cuidador de Idosos: um Desafio para o Cuidado. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG, v. 3, n. 1, jul./ago. 2010. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/04-saude-cuidador-idosos-desafio.pdf>>. Acesso em: 26 maio de 2016.

RANGEL. E. S. S. et al. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paul Enferm**. 2013. São Paulo, SP, Brasil; 26(2):205-12. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a16>>. Acesso em: 10 mar. de 2016.

SCHEFFER, M. et al. Reabilitação Neuropsicológica em Pacientes com Lesão Vascular Cerebral: uma revisão sistemática da literatura. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá (Colombia), v. 31(1), p. 46-61. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n1/v31n1a04.pdf>>. Acesso em: 10 out. de 2016.

SANTANA, B. A. S.; FUKUJIMA, M. M.; OLIVEIRA, R. M. C. de. **Características sócio-econômicas de pacientes com acidente vascular cerebral**. Estudo realizado no Setor de Doenças Neurovasculares da Disciplina de Neurologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP): Assistente Social; Médico Neurologista. Aceite: 4-abril-1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v54n3/11.pdf>>. Acesso em: 26 out. de 2016.

PEREIRA, A. G. S. et al. Mapeamento de cuidados de enfermagem com a *NIC* para pacientes em risco de úlcera por pressão. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, 2014; 48(3):454-61. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000300454&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000300454&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acessado em: 05 nov. de 2016.