

## Sistematização da Assistência de Enfermagem a um paciente domiciliado com seqüela de acidente vascular cerebral

Systematization of Nursing Care to a patient at home with sequelae of stroke

Sistematización de la Atención de Enfermería a un paciente domiciliario con secuelas de ictus

Laís Araújo Tavares Silva<sup>1\*</sup>, Lucas Brito Soares<sup>1</sup>, Carlos André de Souza Reis<sup>2</sup>, Amanda Ouriques de Gouveia<sup>3</sup>, Aline Ouriques de Gouveia<sup>1</sup>, Julyany Rocha Barrozo de Souza<sup>1</sup>, Tania de Sousa Pinheiro Medeiros<sup>4</sup>, Valéria Regina Cavalcante dos Santos<sup>3</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem a um paciente com sequelas de Acidente Vascular Cerebral acompanhado pelo Programa Melhor em Casa em uma Cidade do estado do Pará.

**Detalhamentos de caso:** Paciente, MFC, 69 anos, sexo feminino. A filha relata que há dois anos, durante o almoço, a paciente apresentou episódio de paralisia periférica à direita e letargia. Por considerar uma ocorrência momentânea, não procurou atendimento médico imediatamente. Uma semana depois, a paciente apresentou episódio de êmese, evacuação, diurese e prostração. Diante disto, a filha a levou para o hospital, onde após avaliação médica foi medicada, esteve em observação por 12 horas e recebeu alta. Em casa, a paciente iniciou quadro de evolução gradual de déficit cognitivo evidenciado por afasia, letargia e dificuldade ao deambular. Após histórico de internações hospitalares, a paciente iniciou plano de cuidados proposto pela equipe multidisciplinar do Programa Melhor em Casa. **Considerações finais:** A aplicação do processo de enfermagem ao paciente domiciliado com sequelas decorrentes de AVC neste estudo, possibilitou demonstrar o quanto esta estratégia é eficaz quando empregada aos cuidados de enfermagem dos serviços de atenção domiciliar, proporcionando uma assistência holística e com embasamento científico.

**Palavras-chave:** Acidente vascular cerebral, Assistência domiciliar, Processo de enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** To carry out the Systematization of Nursing Assistance to a patient with sequelae of Stroke accompanied by the Best at Home Program in a city in the state of Pará. **Details of the case:** Patient, MFC, 69 years old, female. The daughter reports that two years ago, during lunch, the patient had an episode of peripheral paralysis on the right and lethargy. Because she considered it a momentary occurrence, she did not immediately seek medical attention. One week later, the patient experienced an episode of emesis, evacuation, diuresis and prostration. Given this, the daughter took her to the hospital, where after medical evaluation she was medicated, she was under observation for 12 hours and was discharged. At home, the patient started a gradual evolution of cognitive deficit, evidenced by aphasia, lethargy and difficulty walking. After a history of hospital admissions, the patient started a care plan proposed by the multidisciplinary team of the Best at Home Program. **Final considerations:** The application of the nursing process to the patient at home with sequelae resulting from stroke in this study, made it possible to demonstrate how effective this strategy is when used in the nursing care of home care services, providing holistic assistance and with scientific basis.

**Keywords:** Stroke, Home nursing, Nursing process.

<sup>1</sup> Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências Humanas Gamaliel (FATEFIG), Tucuruí - PA.

\*E-mail: [laisraujots@gmail.com](mailto:laisraujots@gmail.com)

<sup>2</sup> Hospital Regional de Tucuruí (HRT), Tucuruí - PA.

<sup>3</sup> Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), Belém - PA.

<sup>4</sup> Universidade do Estado do Pará (UEPA), Tucuruí - PA.

## RESUMEN

**Objetivo:** Realizar la Sistematización de la Asistencia de Enfermería a un paciente con secuelas de Ictus acompañado del Programa Mejor en casa en una ciudad del estado de Pará. **Detalle del caso:** Paciente, MFC, 69 años, mujer. La hija relata que hace dos años, durante el almuerzo, la paciente tuvo un episodio de parálisis periférica derecha y letargo. Considerando un hecho momentáneo, no buscó atención médica de inmediato. Una semana después, el paciente experimentó un episodio de emesis, evacuación, diuresis y postración. Ante esto, la hija la llevó al hospital, donde luego de una evaluación médica fue medicada, estuvo en observación durante 12 horas y fue dada de alta. En el domicilio, el paciente inició una evolución paulatina del déficit cognitivo, evidenciado por afasia, letargo y dificultad para caminar. Luego de un historial de ingresos hospitalarios, el paciente inició un plan de atención propuesto por el equipo multidisciplinario del Programa Mejor en casa. **Consideraciones finales:** La aplicación del proceso de enfermería al paciente domiciliario con secuelas derivadas del ictus en este estudio, permitió demostrar la efectividad de esta estrategia cuando se utiliza en el cuidado de enfermería de los servicios de atención domiciliaria, brindando asistencia integral y con base.

**Palabras clave:** Accidente cerebrovascular, Atención domiciliaria de salud, Proceso de enfermería.

## INTRODUÇÃO

Acidente vascular cerebral (AVC) é um déficit neurológico causado pela falha no suprimento de sangue para parte do cérebro. Os prejuízos neurológicos do AVC podem ser transitórios. O AVC pode ser dividido em dois tipos, sendo eles: acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCh) que a pesar de apresentarem manifestações clínicas semelhantes, possuem etiologias diferenciadas (ALMEIDA SRM, 2012; MORAIS HCC, et al., 2012).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica frequente em adultos e idosos, sendo uma das maiores causas de morbimortalidade em todo o mundo. Sua incidência é maior após os 65 anos, havendo aumento do risco com a idade, dobrando a cada década após os 55 anos. É a principal causa de incapacidade funcional, sendo precedida apenas pelas doenças cardiovasculares e pelo câncer (VIEIRA CPB e FIALHO AVM, 2010; PEREIRA RA, et al., 2013).

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde, oferecida na residência do paciente, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, com a ideia de continuidade do cuidado integrada à Rede de Atenção à Saúde. Pacientes que anteriormente eram assistidos apenas em ambiente hospitalar agora podem receber assistência profissional em seu domicílio. A rede hospitalar, por sua vez, se encarregará de promover cuidados intensivos e complexos ao paciente quando necessário. Este fato trouxe consigo o benefício da desospitalização precoce que permite ao estado redução de custos e desocupação de leitos e, ao paciente, receber cuidados no seu ambiente familiar (BRAGA PP, et al., 2016; MALAGUTTI W, 2012).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) compreende métodos de organização do trabalho de enfermagem com abordagem científica e referencial teórico de modo que seja possível a melhor assistência às necessidades de cuidado do indivíduo, família e comunidade. Proporciona ainda uma eficaz articulação entre enfermeiros e demais profissionais de saúde e o desenvolvimento de uma prática assistencial humanizada, centrada nas pessoas e não apenas nas tarefas (SILVA KL, et al., 2010; MOREIRA MC, 2011).

O presente estudo tem como objetivo descrever a SAE a um paciente com sequelas de Acidente Vascular Cerebral acompanhado pelo Programa Melhor em Casa em uma Cidade do estado do Pará.

## DETALHAMENTO DO CASO

Paciente, MFC, 69 anos, sexo feminino, de cor parda, viúva, trabalhadora rural aposentada, natural de Juazeiro – CE, reside em uma cidade do Pará com a filha e neta em casa de alvenaria com água encanada e fossa séptica. Possui renda fixa de R\$998,00 decorrente de pensão do INSS. Portadora de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Epilepsia. Desconhece alergia medicamentosa ou alimentar.

A filha relata que há dois anos, durante o almoço, a paciente apresentou episódio de paralisia periférica à direita e letargia. Por ter sido uma ocorrência momentânea, não procurou atendimento médico imediatamente. Uma semana depois, apresentou episódio de êmese, evacuação e diurese em suas roupas e prostração. Diante disto, a filha a levou para o Hospital Regional da cidade, onde após avaliação médica foi medicada, esteve em observação por 12 horas e recebeu alta.

Em casa, a paciente iniciou quadro de evolução gradual de déficit cognitivo evidenciado por afasia, letargia e dificuldade ao deambular. Retornou ao Hospital Regional da cidade onde ficou internada na clínica médica. Durante a internação, a paciente desenvolveu três lesões por pressão nas regiões trocantérica bilateral e sacral e após 32 dias recebeu alta hospitalar. Foi admitida para continuidade da assistência pela equipe multiprofissional do Programa Melhor em Casa para receber os cuidados relacionados ao déficit motor e feridas.

Após três dias apresentou febre e face de dor, foi levada à UPA 24h onde realizou RX de tórax que evidenciou pneumonia. Foi encaminhada ao Hospital Regional da cidade, onde após avaliação médica foi levada à sala de emergência, entubada e submetida a um cateterismo nasogástrico para gavagem. Após dois dias foi encaminhada para a clínica médica e após seis dias de internação no setor, a paciente apresentou melhora clínica e a equipe multiprofissional chegou à conclusão de que as necessidades de cuidados apresentados pela mesma eram referentes às lesões por pressão e sonda nasogástrica, podendo continuar a assistência em seu domicílio pela equipe do Programa Melhor em Casa, haja visto que a paciente já havia sido admitida pelo Programa anteriormente, porém, pela necessidade de internação hospitalar, não foi possível iniciar o plano de cuidados pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Em 12 de setembro de 2017 iniciou plano de cuidados proposto pela equipe multidisciplinar do Programa Melhor em Casa da cidade. Neste período apresentava: sequela de acidente vascular cerebral isquêmico que incorreu em hemiplegia, disfagia, afasia, atrofia dos membros inferiores e lesões por pressão em regiões trocantérica bilateral e sacral e fazia uso de sonda nasogástrica. Após avaliação, a fonoaudióloga propôs manter a sonda por mais 60 dias para fazer processo de desmame, porém pelo fato de constantemente a paciente retirar a sonda, a filha recusou a recolocação da mesma e passou a ofertar a dieta por via oral. A equipe esclareceu a família a respeito dos riscos aos quais esta decisão colocaria a paciente, porém a cuidadora foi relutante.

No que se referem às demais necessidades, a equipe de enfermagem fazia visitas domiciliares regulares para realização de curativos nas lesões por pressão e orientava a família a respeito dos cuidados necessários. Além disto, o fisioterapeuta realizava a fisioterapia na paciente duas vezes por semana e a fonoaudióloga realizava fonoterapia regularmente. Atualmente encontra-se acamada em seu quarto em cama comum equipada com colchão casca de ovo, emagrecida, apresentando ainda as mesmas necessidades e queixas, mantendo sonda nasogástrica que foi recolocada após piora na disfagia.

Durante a visita domiciliar encontrava-se consciente, afásica e chorosa a qualquer estímulo verbal ou tátil, pele e mucosas hipocoradas, crânio simétrico, couro cabeludo íntegro e higienizado, olhos simétricos, globo ocular sem alterações, conjuntivas hipocoradas, pupilas isocóricas e reagentes a luz, seios paranasais indolores a palpação, sonda nasogástrica em fossa nasal esquerda, pavilhão auricular íntegro, cerúmen presente, acuidade auditiva aparentemente preservada bilateralmente, lábios apresentando queilose, dentição incompleta, gengivas normocoradas, língua saburrosa, pescoço simétrico, traquéia móvel, glândula tireoide palpável e indolor a palpação, ausência de linfonodos visíveis ou palpáveis em região cervical.

Tórax simétrico, respiração costo abdominal, apresenta tiragem subcostal, taquipneica, à percussão som claro pulmonar, murmúrios vesiculares presentes com roncosp, bulhas cardíacas normofonéticas e rítmicas em 2 tempos, abdome plano e flácido, apêndice xifoide protuberante, ruídos hidroaéreos presentes nos 4 quadrantes, indolor à palpação, fígado extra-hepático, genitália íntegra, higiene preservada, MSD e MMII atrofiados, diurese presente, evacuação ausente há 03 dias. SSVV: temperatura 35.9°C, frequência respiratória 28 MRPM, pressão arterial 100x70 MMHG, frequência cardíaca 82 BPM, glicemia capilar 89 mg/dl.

## DISCUSSÃO

Acidente Vascular Cerebral Isquêmico é resultante da insuficiência de suprimento sanguíneo em determinada área do cérebro, podendo ser temporário (episódio isquêmico transitório, EIT) ou permanente. Tem como principais fatores de risco a Hipertensão Arterial Sistêmica, as cardiopatias e o diabetes mellitus (DM). Outras etiologias podem estar associadas ao AVC, tais como coagulopatias, tumores, arterites inflamatórias e infecciosas (NASCIMENTO KG, 2016; CAVALCANTE TF, et al., 2013).

De modo geral, os portadores dessa doença apresentam, entre as incapacidades, a mobilidade afetada. Esta é vista dentro de uma perspectiva funcional, pela inabilidade do indivíduo em se mover livremente. Embora a limitação física possa se manifestar de forma súbita ou lentamente, conforme sua extensão e duração, pode ser um fator contribuinte para uma série de problemas de saúde, variáveis desde o déficit do autocuidado à interação social prejudicada (OLIVEIRA ARS, et al., 2012; DA SILVA DN, et al., 2019)

O Programa Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço de sua casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento, como em casos de pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral. Este atendimento é feito pela Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, formada prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeuta e assistente social. Outros profissionais, como: fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico, poderão compor a Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) (NETO AVO e DIAS MB, 2014; MOREIRA RP, et al., 2010).

Como membro da EMAD, o enfermeiro é um dos responsáveis pela promoção de espaços de cuidado e de trocas de experiências com cuidadores e familiares, possíveis por meio da educação em saúde e capacitação do cuidador para os cuidados gerais e específicos. Este profissional é responsável pela supervisão clínica e administrativa. Além disso, assume papel protagonista na atenção domiciliar, com destaque à coordenação de cuidados, sendo a ponte entre usuário e equipe, exigindo habilidades ligadas ao relacionamento interpessoal, flexibilidade, adequação à realidade do domicílio, criatividade, humanização e sensibilidade para detectar demandas do usuário e da família (ANDRADE AM, et al., 2017; MENDES CF e BRAGA AR, 2012).

Entre as estratégias da Sistematização da Assistência de Enfermagem, tem-se, então, o Processo de Enfermagem, que é um importante instrumento metodológico para a prática assistencial do enfermeiro, proporcionando a ele respaldo científico sobre os cuidados, segurança e direcionamento as atividades realizadas na assistência. Ressalta-se, também, a credibilidade, a competência e a visibilidade da enfermagem que, em consequência disso, garante mais autonomia e satisfação ao profissional (SILVA KL, et al., 2010; MOREIRA MC, 2010; LIMA ACMACC, et al., 2016).

O processo de enfermagem requer uso de teorias de enfermagem para levantamento das demandas dos usuários. No presente estudo utilizou-se a Teoria de Necessidades Humanas Básicas (TNHB), de Wanda Aguiar Horta. Mediante a complexidade clínica do usuário atendido pelo SAD, essa teoria possui como elementos as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais demandadas do usuário, a serem atendidas. Ela proporciona, portanto, uma assistência baseada na integralidade, capaz de chegar a um estado de saúde mais próximo possível do ideal (HORTA WA, 1979).

Os problemas encontrados pela equipe de enfermagem foram identificados através do histórico e exame físico minucioso, onde, logo após foram elaborados três quadros divididos de acordo com as Necessidades Humanas Básicas (NHB) psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, como preconizado pela teoria de enfermagem de Wanda Horta. Fora possível levantar um total de 21 diagnósticos de enfermagem conforme descritos nos quadros a seguir, dentre estes, 16 são relacionados às NHB psicobiológicas, 05 relacionados as NHB psicossociais e 01 relacionados às NHB psicoespirituais.

Como problemática, foi percebido que a paciente encontra - se acamada em seu domicílio, emagrecida, com hemiplegia, disfagia, afasia, atrofia dos membros inferiores e lesões por pressão em regiões trocantérica bilateral e sacral. Os diagnósticos de enfermagem e diagnósticos de risco relacionados às NHB psicobiológicas foram levantados em torno destas problemáticas (**Quadro 1**).

**Quadro 1 - Necessidades Humanas Básicas de cunho psicobiológicas encontradas, intervenção de enfermagem e resultados esperados.**

<b>Diagnóstico de Enfermagem – NANDA I</b>	<b>Intervenções de Enfermagem - NIC</b>	<b>Resultados Esperados - NOC</b>
1. Risco de aspiração relacionado a presença de sonda nasogástrica.	1. Verificar o posicionamento da sonda nasogástrica antes de alimentar o paciente. Verificar o resíduo da sonda nasogástrica antes de alimentar o paciente. Evitar alimentar o paciente se houver grande volume residual. Colocar “corante” na alimentação da sonda NG. Manter a cabeceira da cama elevada de 30 a 45 minutos após a refeição.	1. Controle de Riscos. Prevenção da Aspiração.
2. Déficit no autocuidado para banho/ higiene relacionado a alteração na função cognitiva e prejuízo musculoesquelético.	2. Monitorar a limpeza das unhas conforme a capacidade de autocuidado do paciente. Monitorar a integridade da pele do paciente. Providenciar os itens pessoais necessários.	2. Adaptação à Deficiência Física. Bem-estar Pessoal.
3. Comunicação verbal prejudicada relacionada a alteração no sistema nervoso central.	3. Fazer gestos com as mãos, conforme apropriado. Fazer as terapias de linguagem-discurso recomendadas durante as interações informais com o paciente. Orientar a cuidadora a conversar com a paciente durante a prestação de cuidados. Orientada a falar em voz alta e solicitar que a paciente responda movimentando a cabeça.	3. Comunicação: Expressão. Habilidades de Interação Social. Comunicação.
4. Risco de constipação relacionada a hábitos de evacuação irregulares.	4. Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de constipação. Monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado. Monitorar os ruídos hidroaéreos. Comunicar o médico sobre redução/aumento da frequência de ruídos hidroaéreos. Encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que contraindicado. Ensinar ao paciente/família os processos digestivos normais. Orientar o paciente/família sobre o uso adequado de laxantes.	4. Eliminação Intestinal. Resposta à Medicação.
5. Risco de quedas evidenciado por mobilidade prejudicada.	5. Identificar características ambientais capazes de aumentar o potencial de quedas. Usar a técnica correta para transferir o paciente para a cadeira de rodas, a cama, o vaso sanitário e assim por diante, bem como o contrário. Sugerir adaptações em casa para aumentar a segurança da paciente.	5. Ambiente Domiciliar Seguro. Comportamento de Prevenção de Quedas. Controle de Riscos.

Diagnóstico de Enfermagem – NANDA I	Intervenções de Enfermagem - NIC	Resultados Esperados - NOC
6. Deglutição prejudicada relacionada a lesão neuromuscular.	6. Colaborar com outros membros da equipe de cuidados de saúde (p. ex., terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo da fala e nutricionista) para dar continuidade ao plano de reabilitação do paciente.	6. Estado Nutricional: Ingestão de Alimentos e Líquidos.
7. Dentição prejudicada relacionada a higiene oral inadequada.	7. Estabelecer uma rotina de cuidados orais. Monitorar os dentes quanto a cor, brilho e presença de resíduos. Orientar e auxiliar o paciente a fazer a higiene oral após as refeições e sempre que necessário. Orientar a pessoa a escovar dentes, gengivas e língua. Recomendar dieta saudável e ingestão adequada de água. Providenciar consultas dentárias, quando necessário. Auxiliar no cuidado de dentadura, quando necessário.	7. Higiene Oral.
8. Desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionado a muco excessivo.	8. Abrir a via aérea, usando a técnica de elevação do queixo ou de manobra mandibular, conforme apropriado. Colocar o paciente deitado de lado, conforme indicação, para evitar aspiração. Instituir tratamentos terapêuticos respiratórios – nebulização 2X ao dia.	8. Estado Respiratório: Permeabilidade das Vias Aéreas. Controle de Riscos. Prevenção da Aspiração.
9. Risco de glicemia instável evidenciado por falha na adesão ao plano de controle do diabetes.	9. Monitorar os níveis de glicose sanguínea diariamente. Encorajar a ingestão oral de líquidos. Administrar potássio conforme prescrição. Consultar o médico diante de sinais e sintomas de hiperglicemia persistentes ou mostrando piora. Orientar o paciente e as pessoas importantes sobre prevenção, reconhecimento e conduta na hiperglicemia. Orientar o paciente e as pessoas importantes sobre tratamento do diabetes durante a doença, inclusive uso de insulina e/ou agentes orais, monitoramento da ingestão de líquidos, reposição de carboidratos e o momento de buscar ajuda profissional, conforme apropriado. Administrar medicamentos, conforme apropriado.	9. Conhecimento: Medicação. Controle de Riscos. Detecção de Riscos. Nível de Glicemia. Conhecimento: Dieta. Conhecimento: Controle do Diabetes.

Diagnóstico de Enfermagem – NANDA I	Intervenções de Enfermagem - NIC	Resultados Esperados - NOC
10. Risco de infecção evidenciado por alteração da integridade da pele.	10. Ensinar a adequada lavagem de mãos aos profissionais de saúde. Orientar o cuidador sobre técnicas adequadas de lavagem das mãos. Usar luvas, conforme exigência dos protocolos de precauções universais. Limpar a pele do paciente com agente antimicrobiano, conforme apropriado. Assegurar o emprego da técnica adequada no cuidado de feridas.	10. Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção. Conhecimento: Controle da Infecção. Controle de Riscos.
11. Ventilação espontânea prejudicada evidenciado pelo uso aumentado da musculatura acessória.	11. Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço nas respirações. Registrar movimentos torácicos observando a existência de simetria, uso de músculos acessórios e retrações de músculos supraclaviculares e intercostais. Monitorar a ocorrência de respirações ruidosas, como sibilos esganiçados e roncos. Administrar medicamentos conforme apropriado e/ou conforme diretrizes e protocolos.	11. Estado Respiratório: Troca Gasosa. Estado Respiratório.
12. lesão por pressão relacionada a pressão sobre proeminência óssea.	12. Remover curativo e fita adesiva. Tricotomizar ao redor da área afetada, se necessário. Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor. Medir o leito da lesão, conforme apropriado. Aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão. Reforçar o curativo, se necessário. Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado. Trocar o curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem. Examinar a lesão a cada troca de curativo. Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão. 12. Posicionar o paciente de modo a evitar tensão sobre a lesão, conforme apropriado. Reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado. Colocar dispositivos para alívio da pressão (i.e., colchões de baixa perda de ar, espuma ou gel; almofadas nos calcanhares e cotovelos, almofada em cadeira), conforme apropriado. Auxiliar o paciente e a família a obter os suprimentos necessários. Orientar o paciente e a família sobre armazenagem e descarte de curativos e materiais. Orientar o paciente e a família sobre procedimentos de cuidado com a lesão. Orientar o paciente e a família sobre sinais e sintomas de infecção. Documentar local, tamanho e aspecto da lesão.	12. Cicatrização de Feridas: Primeira Intenção

Diagnóstico de Enfermagem – NANDA I	Intervenções de Enfermagem - NIC	Resultados Esperados - NOC
13. Mobilidade física prejudicada relacionada a alteração na função cognitiva e prejuízo musculoesquelético e neuromuscular.	13. Cooperar com o fisioterapeuta no desenvolvimento e execução de um programa de exercícios. Vestir o paciente com roupas folgadas.	13. Movimento Articular.
14. Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais relacionado a ingestão alimentar insuficiente, evidenciado por emagrecimento.	14. Determinar, junto ao nutricionista conforme apropriado, a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais do paciente. Oferecer informações adequadas sobre as necessidades nutricionais e a forma de satisfazê-los. Encorajar o preparo seguro dos alimentos e técnicas de conservação.	14. Comportamento de Aceitação: Dieta Prescrita. Comportamento de Manutenção do Peso.
15. Integridade da membrana mucosa oral prejudicada relacionada a higiene oral inadequada.	15. Monitorar a mucosa oral regularmente. Aplicar lubrificante para hidratar lábios e mucosa oral, quando necessário.	15. Higiene Oral. Integridade Tissular: Pele e Mucosas. Hidratação.
16. Capacidade de transferência prejudicada relacionado a alteração cognitiva e prejuízo musculoesquelético e neuromuscular.	16. Demonstrar a técnica, conforme apropriado. Manter o corpo do paciente no alinhamento correto durante os movimentos. Avaliar o paciente ao término da transferência quanto ao alinhamento corporal correto, não oclusão de sondas e drenos, roupa de cama com rugas e dobras, pele desnecessariamente exposta, nível de conforto adequado para o paciente, laterais da cama levantadas e campainha ao alcance da mão.	16. Desempenho na Transferência. Conhecimento: Prevenção de Quedas.

Fonte: Silva LAT, et al., 2020.

Os diagnósticos de enfermagem relacionados as Necessidades Humanas Básicas de cunho Psicossociais foram levantados a partir do fato da paciente ter a sua capacidade de locomoção e comunicação prejudicada. Foi observado que a cuidadora não tem o hábito de levar a paciente para passeios, nem mesmo na vizinhança, além disto, dificilmente a paciente recebe visita de seus outros familiares (**Quadro 2**).

**Quadro 2** - Necessidades Humanas Básicas de cunho psicossociais encontradas, intervenção de enfermagem e resultados esperados.

Diagnóstico de Enfermagem - NANDA I	Intervenções de Enfermagem - NIC	Resultados - NOC
1. Risco de sentimento de impotência evidenciado pelo estilo de vida dependente.	1. Usar a comunicação terapêutica para estabelecer confiança e cuidados com empatia. Tratar a pessoa com dignidade e respeito. Encorajar a revisão da vida pela lembrança mostrando <i>fotos de momentos importantes para a paciente fazendo com que se recorde da vida que viveu.</i>	1. Aceitação: Estado de Saúde. Resiliência Pessoal.
2. Interação social prejudicada relacionada a mobilidade limitada.	2. Encorajar a participação em interações com familiares, amigos e outros. Encorajar visitas de pessoas significativas, conforme apropriado. <i>Realizar eventos em família em casa incluindo a paciente.</i>	2. Envolvimento Social.
3. tristeza relacionada a experiência de incapacidade crônica.	3. Organizar com asseio os suprimentos e a roupa de cama e banho que tenham que ficar ao alcance visual do paciente. Oferecer a música preferida. Auxiliar o paciente ou a família a organizar cartões, flores e presentes para melhorar a percepção visual do paciente.	3. Bem-estar Pessoal. Esperança.
4. Risco de solidão relacionado ao isolamento social.	4. Encorajar a participação em interações com familiares, amigos e outros. <i>Solicitar que a cuidadora não deixe a paciente sozinha por longos períodos.</i>	4. Envolvimento Social.

Fonte: Silva LAT, et al., 2020.

No que se refere as Necessidades Humanas Básicas de cunho psicoespirituais, foi levado em consideração a religião a qual a paciente era adepta antes do AVC e o grau de incapacidade no qual se encontra, caso haja anseios espirituais, estão sendo reprimidos pela incapacidade da fala e da locomoção, por este motivo foi inserido o diagnóstico de risco (**Quadro 3**).

**Quadro 3** - Necessidades Humanas Básicas de cunho psicoespirituais encontradas, intervenção de enfermagem e resultados esperados.

Diagnóstico de Enfermagem - NANDA I	Intervenções de Enfermagem - NIC	Resultados - NOC
1. Risco de religiosidade prejudicada relacionada a incapacidade de locomoção resultante da doença.	1. Oferecer privacidade e períodos de calma para atividades espirituais. Compartilhar as próprias crenças sobre sentido e propósito, conforme apropriado. Organizar visitas de conselheiro espiritual individual. Rezar com a pessoa. Proporcionar música, literatura, ou programas de rádio ou TV espirituais ao indivíduo. Proporcionar os artigos espirituais desejados, de acordo com preferências pessoais.	1. Melhora na saúde Espiritual.

Fonte: Silva LAT, et al., 2020.

Durante o treinamento, a equipe mostrou-se receptiva as informações passadas, porém foi possível perceber que no que se refere a Sistematização da Assistência de Enfermagem ou ao Processo de Enfermagem, os profissionais de enfermagem do serviço, com exceção da enfermeira, não tinham muito conhecimento dos benefícios que a SAE pode proporcionar ao paciente e ao profissional.

Ao receber os resultados deste estudo, a equipe do Saúde a Domicílio mostrou-se esclarecida no que se refere as necessidades demandadas pela paciente, receptiva às intervenções sugeridas e otimista a respeito dos resultados esperados propostos pelo pesquisador.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do Processo de Enfermagem junto a Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente domiciliado com sequelas decorrentes de AVC neste estudo, possibilitou demonstrar o quanto esta estratégia é eficaz quando empregada aos cuidados de enfermagem dos serviços de atenção domiciliar, proporcionando uma assistência holística e com embasamento científico. Destaca-se que o desenvolvimento e a aplicação desta tecnologia de Enfermagem ajudam a promover o conhecimento, favorecendo uma prática efetiva e eficaz, minimizando barreiras e proporcionando respaldo científico e maior autonomia ao profissional enfermeiro dentro de suas atribuições.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA SRM. Análise epidemiológica do acidente vascular cerebral no Brasil. *Revista Neurociências*, 2012. 20(4): 481-482.
2. ANDRADE AM, et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*, 2017; 1(70).
3. BRAGA PP, et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21(1): 903-912.
4. CAVALCANTE TF, et al. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “risco de aspiração” em pacientes com acidente cerebrovascular. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2013. 1(21):1-9.
5. DA SILVA DN, et al. Cuidados de enfermagem à vítima de acidente vascular cerebral (AVC): Revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; (36): e2156-e2156.
6. HERDMAN TH, et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2018.
7. HORTA WA. In: Biblioteca Virtual em Saúde BVS. Processo de enfermagem. 1979. p. 99-99. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-2382>. Acesso em: 02 Out. 2020.
8. JOHNSON M. In: Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2ª ed. 2009. 703p.
9. LIMA ACMACC, et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm*, 2016; 4(69).
10. MALAGUTTI W. Assistência Domiciliar: Atualidades da Assistência de Enfermagem. 1ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2012; 332p.
11. MENDES CF, BRAGA AR. Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico: Diagnóstico De Enfermagem. *Revista Ciências da Saúde Unisantacruz*, 2012; 1(1):
12. MOREIRA MC. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm*, 2011; 2(24).
13. MOREIRA RP, et al. Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnósticos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2010; 12(3): 435-30.
14. MORAIS, Huana Carolina Cândido et al. Identificação do diagnóstico de enfermagem “risco de quedas em idosos com acidente vascular cerebral”. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2012. 33(2):117-124.
15. NASCIMENTO KG, et al. Desfechos clínicos de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico após terapia trombolítica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2016; 29(6): 650-657.
16. NETO, AVO, DIAS MB. Atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa?. *Divulg. saúde debate*, 2018; p. 58-71.
17. OLIVEIRA ARS, et al. Diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício em pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev. enferm. UERJ*, 2012; 20(2):221-228.
18. PEREIRA RA, et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev. esc. enferm. USP*, 2013; 47(1): 185-19.
19. SILVA KL, et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública*, 2010; 1(44).
20. VIEIRA CPB, FIALHO AVM. Perfil de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. *Rev. Rene*, 2010 11(2): 161-169.