

Cuidador de cliente com acidente vascular encefálico: associação com diagnósticos de enfermagem¹**Carer of client with stroke: association to nursing diagnoses****Cuidador de clientes con enfermedad cerebrovascular: asociación con los diagnósticos de enfermería**

Rafaella Pessoa Moreira^I, Thelma Leite de Araujo^{II}, Tahissa Frota Cavalcante^{III}, Ana Railka de Sousa Oliveira^{IV},
Gabrielle Fávoro Holanda^V, Huana Carolina Cândido Morais^{VI}, João Dennys Pinheiro Vasconcelos^{VII},
Camila Monique Bezerra Ximenes^{VIII}, Filipe Emmanuel Coelho Alves^{IX}

¹ Trabalho extraído da dissertação de mestrado intitulada "Acidente vascular encefálico - análise dos diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício", desenvolvida no Projeto Integrado Cuidado em Saúde Cardiovascular, CNPq n°306149/2006-0.

^I Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: rafaellapessoa@hotmail.com.

^{II} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do CNPq. Professora Associada, UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: thelmaaraujo2003@yahoo.com.br.

^{III} Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFC. Docente, Faculdade Católica Rainha do Sertão. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: tahissa@ig.com.br.

^{IV} Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFC. Bolsista CAPES. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: railkaufc@yahoo.com.br.

^V Acadêmica de Enfermagem, UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: gabyfavaroyahoo.com.br.

^{VI} Acadêmica de Enfermagem, UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: huanacarolina@yahoo.com.br.

^{VII} Acadêmico de Enfermagem, UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: dennys_vasconcelos@hotmail.com.

^{VIII} Acadêmica de Enfermagem, UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: camila_monique@yahoo.com.br.

^{IX} Enfermeiro. Bolsista de apoio técnico da FUNCAP. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: filipeemmanuel@hotmail.com.

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a associação entre a presença do cuidador de clientes com acidente vascular encefálico e os diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Estudo transversal, desenvolvido com 121 clientes que frequentavam uma das oito unidades da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação na cidade de Fortaleza-Ceará, cuja coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2007 a março de 2008. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário e as informações foram coletadas por meio de entrevista e exame físico. Para nomeação dos diagnósticos de enfermagem seguiu-se como referência a Taxonomia II da NANDA. O nível de significância adotado no estudo foi 5%. Quanto aos dados sociodemográficos, a maioria dos participantes era do sexo masculino, idosos, sem companheiros, aposentados ou pensionistas com baixa escolaridade e baixa renda *per capita*. A maioria dos clientes tinha um cuidador (88%). A presença do cuidador teve associação estatística com os diagnósticos de enfermagem Estilo de vida sedentário ($p=0,002$), Risco de síndrome do desuso ($p=0,02$) e Capacidade de transferência prejudicada ($p=0,01$). Diante desta circunstância, o enfermeiro deve orientar os cuidadores sobre a assistência domiciliar adequada do cliente que sobreviveu ao acidente vascular encefálico.

Descritores: Acidente cerebral vascular; Diagnóstico de enfermagem; Assistência ao paciente.

ABSTRACT

The study aimed to analyse the association of the carer's presence to the clients with stroke and the nursing diagnoses for the Activity/ Exercise branch of the American Nursing Diagnosis Association (NANDA). A transversal study, developed upon 121 clients who attended one of the eight units in the Beneficent Association of Rehabilitation of Ceará, in Fortaleza City/Ceará, whose data collection occurred within the period of November 2007 and March 2008. A form was used for the data collection through interviews and physical tests. To name the nursing diagnoses, the NANDA Taxonomy II was followed as reference. The level of significance adopted in the study was 5%. As for the sociodemographic data, the majority of the participants studied belonged to the masculine gender, elderly, without partners, retired or pensioners with low education and income *per capita*. The majority of the clients had been assisted by a carer (88%). The presence of the carer had an important statistic association to the Sedentary lifestyle nursing diagnoses ($p= 0.002$), Risk for disuse syndrome ($p= 0.02$) and Impaired transfer ability (0.01). Once facing this circumstance, the nurse must to guide the carers about the adequate home assistance which the survivor stroke client must receive.

Descriptors: Stroke; Nursing diagnosis; Patient care.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar la asociación entre la presencia del cuidador de clientes con enfermedad cerebrovascular y los diagnósticos de enfermería de la clase actividad/ejercicio de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Estudio transversal, desarrollado con 121 clientes que frecuentaban una de las ocho unidades de la Asociación Beneficente Cearense de Rehabilitación en Fortaleza-Ceará, cuya colecta de datos ocurrió de noviembre de 2007 a marzo de 2008. Para la colecta de datos se utilizó un formulario y las informaciones fueron colectadas por medio de entrevista y examen físico. Para nominación de los diagnósticos enfermeros se utilizó la Taxonomía II de la NANDA. El nivel de significancia adoptado fue 5%. Quanto a los datos socio demográficos, la mayoría de los participantes eran varones, ancianos, sin compañeros, jubilados o pensionistas con baja escolaridad y baja renta *per cápita*. La mayoría de los clientes tenían un cuidador (88%). La presencia del cuidador presentó asociación estadística con los diagnósticos de los enfermeros: Estilo de vida sedentario ($p=0,002$), Riesgo de síndrome del desuso ($p=0,02$) y Deterioro de la habilidad para la translación ($p=0,01$). Frente de esas circunstancias, lo enfermero debe orientar los cuidadores sobre la asistencia domiciliar adecuada del cliente que sobrevivió a una enfermedad cerebrovascular.

Descriptores: Accident cerebrovascular; Diagnóstico de enfermería; Atención al paciente.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 1940, o Brasil vem passando por um processo de inversão das curvas de mortalidade, no qual se observa declínio de mortes por doenças infecciosas e concomitante aumento por doenças crônicas não-transmissíveis e causas externas. Ao mesmo tempo tem se ampliado o número de pessoas com doenças e incapacidades crônicas em virtude do crescente envelhecimento populacional, e isto tem gerado repercussões sociais na saúde pública⁽¹⁾.

É nesse contexto que as doenças do aparelho circulatório adquirem relevância nos dados de morbimortalidade do país. Destas doenças, sobressaem as cerebrovasculares e, particularmente, o acidente vascular encefálico, considerado a terceira causa de morte em países industrializados e a primeira causa de incapacidades entre adultos⁽²⁾. Entre as incapacidades ressaltam-se as relacionadas à mobilidade do indivíduo.

O acidente vascular encefálico 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⁽²⁾. É comum, nos clientes acometidos por acidente vascular encefálico várias sequelas e problemas de saúde como: ansiedade, a depressão, os distúrbios do sono e da função sexual, distúrbios motores, sensoriais, cognitivos e de comunicação. Tal situação os torna dependentes de cuidados interdisciplinares e domiciliares⁽³⁾. Assim, a possibilidade de continuidade do tratamento de saúde na privacidade do domicílio permite a retomada da rotina diária da pessoa dependente⁽⁴⁾.

Diante disso, um estudo realizado na fase de reabilitação com clientes portadores de acidente vascular encefálico, encontrou sete diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 50%. São eles: Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso, Risco de intolerância à atividade e Capacidade de transferência prejudicada⁽⁵⁾.

Neste contexto surge um personagem de grande importância para o cuidar domiciliar com vistas à reabilitação desses clientes enfermos: o cuidador familiar. Estes cuidadores informais são compostos principalmente por: cônjuge, filho, nora, genro, sobrinho e neto. Geralmente não dispõem de formação profissional de saúde, porém são movidos pela boa vontade e disponibilidade⁽⁶⁾.

Comumente esses cuidadores não contam com conhecimentos prévios e básicos para o desempenho de seu papel, em consonância com as necessidades do cliente funcionalmente dependente, muitas vezes por períodos prolongados. Portanto, essa situação de despreparo técnico dos cuidadores pode acarretar na acomodação do cliente em buscar a autonomia para o desenvolvimento das atividades diárias e na sobrecarga pessoal do cuidador.

Assim, surge o seguinte questionamento: qual a influência da presença do cuidador na ocorrência dos diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício da *North American Nursing Diagnosis Association*⁽⁷⁾?

O estudo é importante, pois os diagnósticos de enfermagem a ser estudados estão relacionados com a mobilidade e os sobreviventes ao AVE normalmente apresentam problemas de mobilidade. Além disso, o estudo se justifica, como citado anteriormente, pelo fato dos cuidadores poder contribuir para a autonomia ou

acomodação dos clientes portadores de AVE. Assim, à medida que se conhece essa realidade, o enfermeiro poderá orientar os cuidadores e traçar estratégias direcionadas a real necessidade de cada cliente, com o intuito de prevenir os problemas de mobilidade presentes nas pessoas com AVE na fase de reabilitação.

Destarte, o objetivo do estudo foi analisar a associação entre a presença do cuidador e os diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício da NANDA de clientes com acidente vascular encefálico.

METODOLOGIA

Estudo observacional de natureza transversal, realizado em oito unidades da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR) localizadas na cidade de Fortaleza/Ceará/Brasil.

Para a composição da amostra estabeleceram-se os seguintes critérios: a) ser cadastrado na ABCR; b) ter apresentado pelo menos um episódio de acidente vascular encefálico, com diagnóstico confirmado por médico; c) ter idade acima de 18 anos. Quanto à coleta, ocorreu no período de novembro de 2007 a março de 2008 e foram incluídos 121 clientes, isto é, a totalidade dos atendidos. O erro amostral foi de 6,3%.

Os dados foram coletados na sua totalidade com a fonte de tipo primário, diretamente com o cliente sempre que este estivesse em condições de fornecer todas as informações necessárias.

Em face do objetivo traçado para o estudo, e diante da finalidade de subsidiar a consulta de enfermagem, foram identificadas as características relativas aos dados sociodemográficos, a presença ou não de um cuidador e a investigação sobre os onze diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício.

Para isso, utilizou-se um formulário submetido à opinião quanto ao conteúdo a dois enfermeiros especialistas no cuidado aos clientes com acidente vascular encefálico e a um pré-teste com dez clientes, excluídos do estudo final.

Para preenchimento do formulário, cada cliente foi avaliado em entrevista e exame físico. A entrevista propiciou a obtenção de dados sociodemográficos e a informações sobre a existência ou não de um cuidador. Contudo, no caso de pessoas impossibilitadas ou com dificuldade de se comunicar verbalmente e/ou com diminuição da capacidade cognitiva, os dados da entrevista foram obtidos com seu acompanhante na ABCR. Ressalta-se, porém, o seguinte: quando foi necessário obter as informações dos acompanhantes, todos souberam responder aos questionamentos. Desse modo, não se excluiu nenhum participante por falta de clareza ou incompletude das informações. Quanto ao exame físico, este abordou os sistemas muscular, esquelético e neurológico.

Ao longo do estudo, o processo de elaboração e inferência dos diagnósticos cumpriu as seguintes etapas⁽⁸⁾: coleta, interpretação/agrupamento das informações e nomeação das categorias. Destaca-se que foram formulados apenas os diagnósticos da classe Atividade/Exercício. Para nomear os diagnósticos de enfermagem, adotou-se como referência a Taxonomia NNN da Prática de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association*⁽⁷⁾.

Os dados coletados foram compilados no software Excel, em forma de planilhas, enquanto a análise estatística

foi feita no programa Epilnfo versão 3.2 e no SPSS versão 16.0. Para análise de associação dos dados foram utilizados testes estatísticos como o Qui-Quadrado de Pearson, na ocorrência de frequências esperadas superiores a cinco nas tabelas 2x2, e o Teste Exato de Fisher, quando as frequências esperadas eram inferiores a cinco. Para verificar a força da associação usou-se a Razão de Prevalência (RP).

Para a análise da associação foram considerados os seguintes pontos de corte: os diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício com frequência acima de 50%.

Em face dos aspectos administrativos e éticos da pesquisa científica, o trabalho iniciou-se após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), cumprindo as recomendações da resolução 196/96⁽⁹⁾ referentes às

pesquisas desenvolvidas com seres humanos; protocolo, número: 211/7. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, concordando em participar de forma voluntária do estudo. Ao mesmo tempo, foi-lhes garantido o anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, foram avaliados 121 clientes que sobreviveram ao acidente vascular encefálico e realizavam atividades de reabilitação em uma das Associações Beneficentes de Reabilitação na cidade de Fortaleza-Ceará.

Com o objetivo de caracterizar a amostra, a seguir é apresentada a Tabela 1, com a distribuição dos clientes segundo os dados sociodemográficos.

Tabela 1: Distribuição dos clientes com acidente vascular encefálico segundo os dados sociodemográficos. Fortaleza, CE, 2008.

Variáveis	Nº	%	Estatísticas			
Sexo			IC 95%¹			
Masculino	64	52,9	43,6% - 62,0%			
Feminino	57	47,1	38,0% - 56,4%			
Estado civil			IC 95%¹			
Com companheiro	57	47,1	38,0% - 56,4%			
Sem companheiro	64	52,9	43,6% - 62,0%			
Situação ocupacional			IC 95%¹			
Aposentado/pensionista	80	83,3	74,4% - 90,2%			
Desempregado	10	10,4	5,1% - 18,3%			
Ativa	6	6,3	2,3% - 13,1%			
Cuidador			IC 95%¹			
Presente	103	88	83,00 - 180,7%			
	Média	DP²	Mediana	P25³	P75⁴	K-S(valor p)⁵
Idade	61,6	12,4	63,0	51	70,0	0,380
Escolaridade	5,9	4,7	5,0	2,0	9,0	0,012
Renda <i>per capita</i>	292,8	242,0	207,0	166,0	415,0	0,000

IC¹ – Intervalo de Confiança de 95%. DP² – Desvio Padrão. P25³ – Percentil 25. P75⁴ – Percentil 75. K-S⁵ – Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Conforme se observa pelos dados apresentados na Tabela 1, houve predominância do sexo masculino (52,9%), a maioria dos clientes vivia sem companheiro (52,9%) e era aposentado ou pensionista (83,3%).

Em relação à variável sexo, no estudo os homens sobressaíram comparativamente às mulheres, embora com a diferença de apenas sete clientes. Em corroboração aos achados, outras investigações com portadores de AVE encontraram também discreta predominância do sexo masculino⁽¹⁰⁾.

Ainda como mostram os dados, a média de idade foi de 61,6 anos ($\pm 12,4$), a maior parte dos clientes tinha até 70 anos e as variáveis, escolaridade e renda familiar, evidenciaram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$). Portanto, metade da amostra do estudo frequentou a escola por até cinco anos e possuía renda *per capita* de até R\$ 207,00.

Em determinado estudo com cuidadores de pessoas portadoras de AVE a idade média dos clientes com AVE também foi superior a 60 anos⁽¹¹⁾. Outra pesquisa com 27 portadores de AVE na fase de reabilitação encontrou dados que confirmaram a predominância desta faixa etária (55,2%), mas, assim como no estudo ora elaborado, a porcentagem de pessoas jovens também foi relevante (44,8%)⁽¹²⁾.

Outro dado sociodemográfico considerado no estudo foi a escolaridade. Conforme identificado, metade dos participantes frequentou a escola por até cinco anos. Contudo, 16 jamais foram à escola. Assim, a escolaridade da maioria era elementar, como foi evidenciado em outros estudos⁽¹²⁻¹³⁾

A escolaridade é importante para o ajustamento psicológico na medida em que faculta oportunidade para o desenvolvimento de mecanismos flexíveis de enfrentamento das incapacidades decorrentes do AVE⁽¹⁴⁾. O baixo nível de escolaridade pode contribuir para o surgimento da doença, pois esse fato, associado aos fatores econômicos e culturais, pode dificultar a conscientização para as necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida, adesão ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável que limite a ação de indicadores de risco⁽¹⁵⁾.

Diversas razões podem explicar o baixo índice de escolaridade no grupo em apreço, tal como a baixa condição econômica destes clientes. Metade da amostra do estudo possuía renda *per capita* de até R\$ 207,00.

No âmbito da promoção da saúde, a renda é um dos pré-requisitos para a saúde. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde⁽¹⁶⁾. Determinado estudo sobre a associação entre renda *per capita* e mortalidade por doença cardiovascular encontrou associação entre as duas com um intervalo de 20 anos. Ou seja, a mortalidade por doenças

cardiovasculares de 2006 está associada à renda *per capita* de 1986⁽¹⁷⁾.

Conforme evidenciado, as pessoas de classes sociais economicamente desfavorecidas são, normalmente, acometidas por essas enfermidades. Algumas razões, apesar de não justificarem, explicam em parte essa relação, como o menor acesso à informação, a falta de dinheiro para a adoção de uma alimentação adequada e a não realização de práticas de atividades físicas. Essas dificuldades prejudicam a prevenção de doenças crônicas como o acidente vascular encefálico⁽¹⁸⁾.

Quanto à situação profissional, como observado, o AVE trouxe modificações, com redução da condição de trabalho dos clientes. Antes do episódio da doença, 50 participantes eram funcionários de empresas, 43 autônomos, 23 donas de casa e cinco exerciam atividades de nível superior. Após a sua instalação, apenas seis clientes continuaram na ativa, pois 80 se aposentaram ou recebiam auxílio doença e 10 ficaram desempregados. No entanto, ressalta-se que a maioria dos participantes era de idosos. Assim, independente do acidente vascular encefálico, a grande parte deles já estava na idade exigida para se aposentar.

Como revelou outro estudo, aqueles clientes que antes da doença exerciam atividade profissional não mais tiveram condições de desempenhá-las e passaram a receber benefícios⁽¹¹⁾.

De acordo com a literatura⁽¹⁴⁾, não poder retornar ao trabalho por causa da incapacidade gerada pelo AVE apareceu como a principal fonte de baixa qualidade de vida auto-relatada, principalmente entre as pessoas com idade

inferior a 65 anos. Como no estudo havia 46 clientes com idade inferior a 60 anos, esta condição de não retorno ao trabalho é fator preocupante.

Quanto à existência de uma pessoa responsável pelo cuidado do cliente, a maior parte possuía um cuidador (88%). Neste contexto das incapacidades advindas do acidente vascular encefálico surge um personagem de grande importância para o cuidar com vistas à reabilitação desses idosos enfermos: o familiar. Assim, é essencial a presença de um companheiro ou pelo menos um cuidador capaz de ajudar os clientes nas suas atividades básicas.

No entanto, no estudo, a maior parte dos clientes não possuía companheiros (52,9%), mas contava com uma pessoa responsável pelo seu cuidado (88%). Além disso, encontrou-se uma média de 2,9 pessoas que viviam na mesma residência do cliente. Ao contrário do detectado quanto ao estado civil em outras pesquisas com portadores de AVE, o perfil dominante foi de pessoas casadas ou com união estável⁽¹¹⁻¹²⁾.

A larga utilização de familiares para o cuidado de idosos no domicílio é uma realidade, sobretudo porque quando estes saem das instituições hospitalares após um AVE continuam necessitados de cuidados especiais, os quais, certamente, serão proporcionados por familiares, porquanto a maioria da população não dispõe de recursos financeiros para assumir o custo da contratação de uma empresa ou profissional particular tecnicamente preparado para a prestação de cuidados ao idoso no domicílio⁽¹⁹⁾.

A associação entre a presença do cuidador e os diagnósticos formulados está expressa na Tabela 2.

Tabela 2: Associação entre os diagnósticos de enfermagem da classe atividade/ exercício e o cuidador. Fortaleza, CE, 2008.

Diagnósticos de enfermagem	Cuidador		Estatísticas
	Ausente	Presente	
Risco de queda			p = 0,070¹
Presente	101	12	RP = 1,144
Ausente	2	2	IC95% = 0,92 – 1,41
Mobilidade física prejudicada			p = 0,619²
Presente	94	12	RP = 1,065
Ausente	9	2	IC95% = 0,85 – 1,32
Deambulação prejudicada			p = 0,405²
Presente	90	11	RP = 1,112
Ausente	13	3	IC95% = 0,83 – 1,47
Estilo de vida sedentário			p = 0,002²
Presente	91	7	RP = 1,767
Ausente	12	7	IC95% = 1,04 – 2,99
Risco de síndrome do desuso			p = 0,024²
Presente	87	8	RP = 1,478
Ausente	16	6	IC95% = 1,03 – 2,34
Risco de intolerância à atividade			p = 0,318²
Presente	80	9	RP = 1,208
Ausente	23	5	IC95% = 0,80 – 1,81
Capacidade de transferência prejudicada			p = 0,001²
Presente	78	4	RP = 2,650
Ausente	25	10	IC95% = 1,14 – 6,11

¹Teste de Fisher. ²Teste Qui-Quadrado. RP - Razão de Prevalência, com Intervalo de Confiança - IC de 95%.

Houve associação significativa entre ter cuidador e os diagnósticos de enfermagem: Estilo de vida sedentário (p = 0,002), Risco de síndrome do desuso (p = 0,024) e Capacidade de transferência prejudicada (p = 0,001).

Com isso, o fato de o cliente dispor de cuidador aumentou mais de uma vez a probabilidade de ter Estilo de

vida sedentário (RP = 1,767) e Risco de síndrome do desuso (RP = 1,478) em relação àqueles que não possuíam cuidador. Em relação ao diagnóstico de enfermagem Capacidade de transferência prejudicada, os clientes que tinham cuidador apresentaram aproximadamente três vezes

mais probabilidade para desenvolver este diagnóstico (RP = 2,650).

Estas associações podem ser justificadas pelo fato do cuidador, muitas vezes, desempenhar um papel superprotetor e realizar atividades pelo cliente. Assim, o portador de AVE pode estar deixando de fazer o esforço de que é capaz.

Apesar do idoso com AVE precisar de auxílio para executar suas atividades de autocuidado em virtude de restrições físico-funcionais características da sua faixa etária, além daquelas impostas pela doença, o cuidador familiar ou não deve ser orientado a estimular o cliente a adquirir o máximo de independência diante da sua condição e a elogiar seus progressos, ao invés de adotar uma atitude protetora, prejudicando, assim, o processo de reabilitação⁽¹⁸⁾.

É indispensável o incentivo ao cliente para participar do seu autocuidado. Com esta finalidade, o cuidador deve ser orientado para permitir ao cliente a tentativa de fazer as atividades, pois os medos e as angústias deste e principalmente a dificuldade em expressá-los leva-o a assumir uma atitude passiva em face dos cuidados recebidos. Ademais, os cuidadores subestimam a capacidade do cliente e por isso adotam comportamentos superprotetores⁽¹¹⁾.

Inegavelmente a orientação e a educação para os familiares e cuidadores dos clientes portadores de AVE, assim como para o próprio cliente, constituem papel fundamental de todos os profissionais de saúde e especialmente do enfermeiro. Cabe-lhe propiciar orientações básicas sobre como cuidar do portador de sequelas desta doença e sobre como o cliente pode ajudar na sua própria reabilitação. Desta forma proporcionará maior tranquilidade e apoio técnico-emocional a todos.

Consoante se percebe no estudo, apesar da maior parte dos clientes terem cuidadores, oito moravam sozinhos e exerciam todas as atividades da vida diária sem apoio de outra pessoa. É notório, atualmente, um grande número de idosos abandonados pela família. De modo geral, as situações geradoras de abandono são provocadas pela condição de fragilidade do idoso, que pode passar a depender de outras pessoas, pela perda da autonomia e da independência e pelo esfriamento dos vínculos afetivos⁽²⁰⁾.

Com vistas à promoção da saúde, é indispensável a presença de um cuidador para os idosos, preferencialmente membros da família. Portanto, os clientes portadores de sequelas de AVE não devem viver sozinhos. No entanto, os cuidadores precisam ser orientados para intervir adequadamente nas situações de cuidado.

CONCLUSÃO

No estudo foram avaliados 121 clientes portadores de acidente vascular encefálico que frequentavam uma das oito unidades da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação na cidade de Fortaleza/Ceará/Brasil. Destes clientes, a maioria era do sexo masculino, idoso, sem companheiro, aposentado ou pensionista, com baixa escolaridade e baixa renda *per capita*.

Conforme se sabe, mesmo quando não é mortal, o acidente vascular encefálico leva na maioria dos casos a deficiências parciais ou totais do indivíduo, com graves repercussões para ele, sua família e a sociedade. Assim, o cliente que sobreviveu a um AVE necessitará de um

cuidador. No estudo, a maior parte dos clientes tinha um cuidador, no entanto este fato elevou a probabilidade de apresentarem os diagnósticos de enfermagem Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Diante do exposto esse estudo possibilitou conhecer de forma mais aprofundada a relação entre a presença do cuidador e a existência de diagnósticos de enfermagem relacionados à mobilidade. Assim, o enfermeiro, por seu importante papel na assistência ao ser humano nas mais diversas situações da vida, deve estar preparado para orientar os familiares e/ou cuidadores na prestação de cuidados aos clientes que sobreviveram ao acidente vascular encefálico na perspectiva da reabilitação.

Além das ações em âmbito particular e pontual como orientações de como realizar o cuidado, assistência à saúde, apoio físico e emocional aos cuidadores, cabe aos profissionais ações que contemplem os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, possibilitando uma intervenção mais efetiva na mudança do perfil de saúde e doença dessa população. Isso significa atuações intersetoriais e com a participação da comunidade para planejarem as ações que busquem melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes e de seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Bocchi, SCM, Angelo, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. *Cien Saude Colet.* 2005;10(3):729-38.
2. André C. AVC Agudo. In: André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 2006. p. 5-15.
3. Souza AG, Zarameli RC, Ferrari RAM, Frigero M. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com seqüelas neurológicas. *ConScientiae Saúde.* 2008;7(4):497-502.
4. Zem-Mascarenhas SH, Barros ACT. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2009 [cited 2010 sep 25];11(1):45-54. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm>.
5. Moreira RP. Acidente vascular encefálico - análise dos diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício [dissertation]. Fortaleza: Faculdade de Enfermagem/UFCE; 2008.
6. Fonseca NR, Penna AFG. Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico. *Cien Saude Colet.* 2008;13(4):1175-80.
7. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
8. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. 3th ed. St. Louis: Mosby; 1994.
9. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96 – Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1996.
10. Carvalho FR, Pinto MH. A pessoa hipertensa vítima de acidente vascular encefálico. *Rev. enferm. UERJ.* 2007;15(3):349-55.
11. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(2):154-63.

12. Gomes SR, Senna M. Cliente com acidente vascular cerebral e as interfaces da assistência de enfermagem para reabilitação. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2008 [cited 2010 sep 25];7(2). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1420/386>
13. Lima V, Caetano JA, Soares E, Santos ZMSA. Fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. *RBPS*. 2006;19(3):148-54.
14. Rabelo DF, Néri AL. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. *Estud. psicol. (Natal)*. 2006;11(2):169-77.
15. Marques S, Rodrigues RAP, Kusumota L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(3):364-71.
16. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde;2001.
17. Tura BR, Silva NAS, Pereira BB. Associação entre renda per capita e mortalidade por doença cardiovascular. *Rev. SOCERJ*. 2006;19(2):215-8.
18. Chagas NR, Monteiro ARM. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. *Acta. Sci. Health. Sci*. 2004;26(1):193-204.
19. Rodrigues LS, Alencar AMPG, Rocha EG. Paciente com acidente vascular encefálico e a rede de apoio familiar. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(2):271-7.
20. Herédia VBM, Cortelletti IA, Casara MB. Abandono na velhice. *Textos Envelhecimento*. 2008;8(3):1-11.

Artigo recebido em 05.09.2009

Aprovado para publicação em 30.08.2010

Artigo publicado em 30.09.2010