

Enfermagem Brasil 2016;15(3):152-9

RELATO DE CASO

Principais diagnósticos de enfermagem para o portador de sequela de acidente vascular encefálico

Gislania Alexandra Lescano*, Jair Rosa dos Santos**

**Graduando do Curso de Enfermagem do Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN), **Especialista em Educação profissional na área de saúde – Enfermagem Fiocruz*

Recebido em 3 de outubro de 2014; aceito em 26 de março de 2015.

Endereço para correspondência: Jair Rosa dos Santos, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, Cidade Universitária de Dourados, 79804-970 Dourados MS, E-mail: jair@uems.br, Gislania Alexandra Lescano, gi_lesk@hotmail.com

Resumo

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a consequência de uma interrupção do fornecimento vital de oxigênio ao cérebro, afetando os sentidos da fala, o comportamento e a memória. Este se constitui em uma das principais causas de óbito no Brasil. Por isso, realizou-se um estudo de caso de abordagem descritiva com objetivo de apresentar os principais diagnósticos de enfermagem ao portador de sequela de AVE. O estudo foi realizado na Clínica de Fisioterapia do Centro Universitário da Grande Dourados, após a aprovação do Comitê de Ética e da aceitação do paciente em participar da pesquisa. Foi realizado exame físico e anamnese na consulta de enfermagem e os dados descritos conforme os principais diagnósticos de enfermagem em paciente do sexo masculino portador de sequela de AVE. Portanto, conclui-se ser importante a realização do diagnóstico de enfermagem para realização de uma intervenção individualizada ao paciente.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral, diagnóstico, Enfermagem.

Abstract

Primary nursing diagnosis to patient with stroke sequelae

The stroke is the result of an interruption of vital oxygen supply to the brain, affecting natural senses such as speech, behavior and memory. This is a major cause of death in Brazil. Therefore, a case study of descriptive approach aiming at presenting the main nursing diagnoses to patients with stroke sequelae was performed. The study was conducted in the Physical Therapy Clinic of University Center of Grande Dourados after approval of a Research Ethics Committee and patient consent to participate in the research. Physical examination was performed as well as medical history in nursing consultation, and data were described according to the main nursing diagnoses in male patient with stroke sequelae. It is important to undertake the nursing diagnosis in order to perform an intervention to each individual patient.

Key-words: stroke, diagnosis, Nursing.

Resumen

Principales diagnósticos de enfermería al portador de secuela de accidente cerebrovascular

El accidente vascular encefálico (AVE) es cuando ocurre una interrupción del suministro de oxígeno al cerebro, afectando el habla, el comportamiento y la memoria. Este se constituye como una de las principales causas de óbito en Brasil. Por eso, se realizó un estudio de caso de abordaje descriptivo con el objetivo de presentar los principales diagnósticos de enfermería al portador de secuela de AVE. El estudio fue realizado en la Clínica de Fisioterapia del Centro Universitario de Grande Dourados, después de considerado y aprobado por el Comité de Ética y aceptación del paciente en participar de la investigación. Se ha realizado un test físico y anamnesis en la consulta de enfermería y los datos descritos conforme los principales diagnósticos de enfermería en paciente de sexo masculino portador de secuela de AVE. Por lo tanto, se concluye que es de vital importancia la realización del diagnóstico de enfermería para que se pueda ejecutar una intervención individualizada al paciente.

Palabras-clave: accidente cerebrovascular, diagnóstico, Enfermería.

Introdução

Segundo Diepenbrok [1], acidente vascular encefálico (AVE) ocorre quando o fornecimento vital de oxigênio ao cérebro é interrompido, afetando os sentidos da fala, o comportamento, os padrões de pensamento e a memória. Além disso, o AVE pode ser ocasionado por êmbolo arterial, assim como por trombose arterial ou venosa, consequentemente causando uma isquemia ou hemorragia cerebral.

Jimenes *et al.* [2] complementam que o AVE compromete as funções motoras e sensitivas do paciente, o que levará a encurtamento ou deformidades, alterações cognitivas e psicossociais. Como resultado, haverá redução das atividades de vida diária do paciente, tornando-o dependente dos cuidadores.

Podemos classificar o AVE em isquêmico e hemorrágico: acidente vascular isquêmico é considerado uma oclusão de um vaso sanguíneo que interromperá o fluxo de sangue em uma região específica do cérebro, o que irá interferir com as funções neurológicas daquela região afetada, produzindo uma sintomatologia ou déficits característicos [3].

“No acidente vascular hemorrágico existe hemorragia (sangramento) local, com outros fatores complicadores tais como aumento da pressão intracraniana, edema (inchaço) cerebral, entre outros, levando a sinais nem sempre focais” [4].

O indivíduo que teve um acidente vascular encefálico poderá apresentar um dos seguintes sinais ou sintomas: dormência ou fraqueza das pernas ou braços; confusão ou alteração no estado mental; dificuldade de falar; distúrbios visuais; dificuldade de deambular e cefaleia grave. Em geral, independente do tipo da seqüela, a lesão cerebral é causa de insatisfação pela perda da autonomia decorrente das incapacidades que a acompanha [5].

O AVE constitui a maior causa de óbito no Brasil, assim como a ocorrência de seqüelas incapacitantes em adultos. Portanto, possui um grande impacto econômico tanto para tratamento específico da doença quanto para a reabilitação, “ocasionando um ônus familiar e social elevados. Ao redor de 30% dos doentes que sofrem um AVE falecem no primeiro ano e 30% ficam com seqüelas graves e/ou incapacitantes”. O principal fator de risco para o AVE é a hipertensão arterial, contudo se for devidamente controlada, haverá uma redução das taxas de incidência [6].

Como podemos observar, após um episódio de AVE, uma série de déficits neurológicos e emocionais serão apresentados, por isso o diagnóstico de enfermagem é essencial para que se tomem decisões sobre as intervenções propostas, e estejam fundamentadas a partir da avaliação do estado de saúde do indivíduo.

Na enfermagem são utilizados diversos tipos de instrumentos para realização do seu exercício profissional, podendo ser citado o Processo de Enfermagem um método preconizado para realização da assistência prestada. Santana e Carvalho [7] dizem que “o processo de enfermagem é o paradigma científico, sem alternativa até o momento atual, de que a enfermagem deve lançar mão para ser reconhecida e consolidada como ciência”.

Conforme Wanda Horta de Aguiar [8], “o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visa uma assistência humanizada”. A enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou ao desequilíbrio. O primeiro passo do processo de enfermagem é o Histórico de Enfermagem no qual é feito um roteiro sistematizado para levantamentos dos dados que devem ser concisos, sem repetições, e que permitam cuidados imediatos e que sejam individualizados; esses dados são analisados e avaliados.

Segundo Lefevre [9], na fase “*histórico de enfermagem*” você realiza a coleta de dados e examina informações sobre a situação de saúde, buscando evidências de funcionamento anormal ou fatores de riscos que possam estar contribuindo para os problemas de saúde. O segundo passo é o Diagnóstico de Enfermagem no qual são identificados os problemas de enfermagem que levam a uma identificação das necessidades básicas afetadas e do grau de dependência do paciente em relação à enfermagem para seu atendimento.

Os diagnósticos de enfermagem são julgamentos clínicos sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais, e proporcionam as bases para as seleções de intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável [10].

A primeira listagem de diagnóstico deu-se a partir de um grupo de profissionais que organizaram os diagnósticos de enfermagem em ordem alfabética para elaborar um sistema conceitual que direcionou a classificação dos diagnósticos em uma taxonomia. Em 1982, esse mesmo grupo de profissionais adotou um regimento interno e foi criada a NANDA [11].

Na décima quarta conferência da NANDA, em abril de 2002, houve diversas modificações na organização dos diagnósticos de enfermagem e, por isso, foi criada a II taxonomia projetada para aumentar a flexibilidade da nomenclatura e modificações que se adequassem melhor para a utilização em bancos de dados [11].

Atualmente, a taxonomia da NANDA é o sistema de classificação mais utilizada do mundo e a cada dois anos é revisada. Cabe ressaltar que a etapa de diagnóstico de enfermagem requer do profissional conhecimento técnico-científico atualizado, bom entendimento e interpretação dos dados coletados na anamnese e no exame físico para que as intervenções de enfermagem sejam coerentes com o estado de saúde do cliente.

O terceiro passo é o Plano Assistencial, ou seja, a partir dos problemas identificados será prestada a assistência de enfermagem que o cliente deve receber diante do diagnóstico estabelecido, sendo este sistematizado (orientação, ajuda e execução de cuidados a fazer). Conforme Bachion [12], o planejamento da assistência de enfermagem consiste em um plano de ações para se alcançarem resultados em relação a um diagnóstico de enfermagem.

A enfermagem expressa o cuidado por meio do alívio do sofrimento e manutenção da dignidade através das experiências de saúde, vida e morte. Por isso, o cuidado do enfermeiro assim como o de sua equipe deve ser estendido para os familiares de seus clientes, para garantia de melhor dependência, coesão e competência [13].

Para que o cuidado ocorra de forma acolhedora, o cuidador deve mostrar sensibilidade, delicadeza e profissionalismo em suas palavras e ações, ou seja, devem-se excluir preconceitos de qualquer ordem e utilizar a relação interpessoal como base entre seres humanos. Nesse sentido para nos envolvermos dessa maneira é necessário um preparo emocional do profissional que irá, conseqüentemente, se expor e se colocar como ferramenta de trabalho. Também é importante que o enfermeiro conheça bem a comunidade na qual seu cliente está inserido, assim como a cultura e crenças de cada cliente [14].

O quarto passo: Plano de Cuidados, ou Prescrição de Enfermagem, que seria a implementação do plano assistencial diário, devendo ser avaliado sempre, favorecendo a obtenção de novos dados necessários para que ocorra a próxima fase. Segundo a SAE [11:78] “os enfermeiros não prescrevem nem tratam as condições médicas e sim prescrevem cuidados para as reações das condições clínicas que correspondem a complicações fisiológicas”.

É importante deixar claro que as prescrições devem ser redigidas de forma clara a fim de evitar que quem as leia tenham dúvidas a respeito das atividades que devem ser executadas. O quinto passo: Evolução de Enfermagem que é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no indivíduo enquanto estiver sob assistência profissional. E o último passo Prognóstico de Enfermagem: “é a estimativa da capacidade do indivíduo em atender suas necessidades básicas alteradas após a implantação do plano assistencial” [15].

Machado et al. [16:247] destacam que a Enfermagem precisa relatar a respeito dos cuidados de modo que facilite a adaptação da família a nova situação. Por isso é importante a “criatividade e sensibilidade do profissional para promover a capacitação dos cuidadores que irão colaborar diretamente com a equipe de saúde para possibilitar a continuidade dos cuidados extra-hospitalares”.

Desta forma pode-se definir o diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família e comunidade aos problemas de saúde reais e potenciais, proporcionado a base para seleção das intervenções de enfermagem, visando o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável [10]. Por isso, questionou-se: A identificação dos principais diagnósticos de enfermagem para o portador de seqüela de AVE proporciona uma assistência de qualidade?

Para responder a este questionamento, foi realizado um estudo com a finalidade de apresentar os principais diagnósticos de enfermagem ao portador de seqüela de AVE, com subsídio para uma intervenção de qualidade, possibilitando como papel do enfermeiro orientar, estimular e dar informações ao cliente e as pessoas envolvidas nas prestações dos cuidados. Assim como traçar o perfil desse paciente e levantar os principais diagnósticos de enfermagem através dos problemas identificados, para melhorar a assistência a esse paciente e compreender a importância da consulta de enfermagem.

Desta forma este estudo de caso com abordagem descritiva teve grande relevância para o profissional enfermeiro, visto que o mesmo é baseado em consulta de enfermagem que identifica o profissional qualificado.

Esta pesquisa serve como fonte de informação para as comunidades acadêmicas e profissionais que se interessarem pelo assunto diagnóstico de enfermagem ao portador de sequela de AVE, valorizando desta forma o ensino aprendizagem e a melhoria do atendimento ofertado a população alvo.

Ao portador de sequela de AVE, os principais diagnósticos de enfermagem servirão de base norteadora para uma melhora na assistência de enfermagem e em sua qualidade de vida.

Material e métodos

A pesquisa foi descritiva do tipo estudo de caso. De acordo com Baruffi [17], as pesquisas descritivas têm como objetivo descrever, registrar, analisar, interpretar e correlacionar fatos ou fenômenos de uma determinada população.

Segundo Gil [18], estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário da Grande Dourados, UNIGRAN, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 regulamentadas basicamente pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em Saúde do Conselho Nacional da Saúde “que dita às diretrizes e normas com pesquisas envolvendo seres humanos e que garante os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça”, entre outros, e visa segurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado.

Após a aprovação do CEP (protocolo n. 098/10), foi entregue para o pesquisado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa.

O participante não recebeu nenhuma forma de pagamento ou benefício material pela participação neste estudo, da mesma forma, não sofreu nenhum ônus financeiro. Após o início da pesquisa, se o indivíduo tivesse interesse manifesto de se retirar da pesquisa teve a autonomia para fazê-lo a qualquer momento sem sofrer nenhum tipo de constrangimento ou coerção. A identidade do indivíduo foi mantida em sigilo absoluto.

A pesquisa foi realizada na Clínica de Fisioterapia da Unigran, já que oferece tratamento especializado gratuito de reabilitação ao portador de sequela de AVE. A Clínica tem como objetivo oferecer suporte para que os acadêmicos da área da saúde, incluindo os cursos de enfermagem, fisioterapia e psicologia no contexto multiprofissional, que, através de aulas práticas supervisionadas, oferecem um atendimento multidisciplinar e humanizado. A Clínica Escola de Fisioterapia da Unigran é conveniada ao SUS desde fevereiro de 2006, oferecendo atendimentos multiprofissionais de qualidade à população atendida na Rede Municipal de Saúde.

Foi realizada a coleta de dados por meio do processo de enfermagem no paciente portador de sequelas de AVE. A amostra foi escolhida por ser paciente com limitações físicas e cognitivas resultantes da agressão de uma doença que causa incapacitação funcional. O recrutamento realizou-se com portador de sequela de AVE atendido na clínica de fisioterapia e teve como exclusão indígenas.

Os dados foram coletados por meio do exame físico e anamnese na consulta de enfermagem e descritos como os principais diagnósticos de enfermagem baseado no livro: Diagnóstico de enfermagem da NANDA 2007-2008, concluindo com uma discussão de outros autores.

Relato de caso

Histórico

Paciente masculino, 52 anos, nascido em 10/03/1958, natural de Dourados/MS, entrevista realizada no dia 23/08/2010, paciente relata que estava deitado quando começou a sentir tremores e dormência nas extremidades de seus dedos das mãos, foi levantar e não conseguiu ficar de pé, então pediu socorro a sua esposa e foi levado ao Hospital Evangélico.

Foi diagnosticado com AVE isquêmico, permanecendo seis dias internado. Logo após receber alta, apresentou quadro de perda de memória e hemiplegia esquerda.

História familiar — casado, tem dois filhos, mora em casa de alvenaria, com água tratada e rede de esgoto, sobrevive com sua aposentadoria e com salário da esposa.

Antecedentes familiares — mãe e pai hipertensos, paciente refere que não é alérgico, atualmente não tem vícios, mas relata que foi fumante e etilista durante trinta anos, faz uso de medicamentos para hipertensão e diabetes mellitus, possui uma alimentação controlada de acordo com uma dieta saudável, padrões de sono e repouso tranquilos, eliminações fisiológicas são normais.

Exame físico

Paciente consciente, orientado, comunicativo, afebril, normotenso, normocárdico, eupneico. Ao exame físico, apresenta crânio simétrico, couro cabeludo íntegro sem sujidades, olhos simétricos, pupilas isocóricas fotorreagentes, nariz centralizado na face, narinas pérvias, realizado inspeção das orelhas ambas alinhadas, pavilhão auricular canal auditivo com presença de cerúmen, boca e mucosa oral normocorada, dentição completa, região cervical íntegra sem nódulos palpáveis, tórax anterior e posterior simétricos, sem deformidades e com boa expansibilidade, na ausculta cardíaca bulhas normorítmicas normofonéticas de 2 tempos sem sopro, frequência cardíaca 70 bpm, pulso rítmico, pressão arterial 130 x 100 mm Hg, na ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, ausência de ruídos adventícios, frequência respiratória 20 rpm, T. 36,5°C, no abdome realizado inspeção ausência de cicatrizes cirúrgicas, abaulamentos ou depressões, flácido e globoso, auscultado movimentos peristálticos com ruídos hidroaéreos, na palpação superficial ausência de retrações ou abaulamentos, na palpação profunda ausência de pontos dolorosos, percutido quadrantes superior com som submaciço e quadrantes inferior timpânico.

Realizada inspeção e palpação do MMSS ausência de edemas, perfusão periférica preservada, atrofia do MSE fletido. Nos MMII presença de edemas +/-++++ e com sensibilidade, marcha alterada, com dificuldade de equilíbrio e controle de movimentos, devido à hemiparesia. Não realizado exame da região genital por não ter local privativo.

Diagnósticos de Enfermagem

Foram observados 11 diagnósticos de enfermagem segundo NANDA:

1) Ansiedade, relacionada à mudança no estado de saúde, evidenciado por capacidade diminuída de solucionar problemas, sentimentos de inadequação.
NANDA [10] define a ansiedade como um sentimento que causa desconforto, ou seja, é um sentimento de apreensão causada em virtude do perigo eminente que faz o indivíduo tomar medidas antecipadas a este perigo. Carpenito [19] complementa que a ansiedade ocorre devido a haver a ativação do sistema nervoso autônomo em resposta a uma ameaça causando o sentimento de apreensão.

2) Déficit no autocuidado para alimentação, devido ao prejuízo neuromuscular, evidenciado por incapacidade de preparar alimentos para ingestão.
Carpenito [19] define o déficit no autocuidado para alimentação como um estado em que a pessoa apresenta habilidade prejudicada para realizar ou completar as atividades de alimentação por ela mesma. Conforme Sampaio et al. [20] e Santos e Prado [21], o déficit no autocuidado para alimentação caracteriza-se pela incapacidade de engolir alimentos e ingerirlos de forma segura, assim como a incapacidade de conduzir os alimentos até a boca ou de utilizar garfo, faca.

3) Déficit no autocuidado para banho/higiene, relacionado ao prejuízo neuromuscular evidenciado por incapacidade de pegar os artigos para banho.
O déficit no autocuidado para banho ou higiene é caracterizado pela incapacidade de acessar o toalete, lavar o corpo, pegar artigos para ao banho, ou seja, é dependente “do cuidador para vestir-se e banhar-se” [22:28].
Brito *et al.* [22] definem o déficit no autocuidado para banho ou higiene como a “capacidade prejudicada para desempenhar ou completar atividades de banho/higiene por si mesmo”.

4) Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, relacionado por prejuízo cognitivo neuromuscular evidenciado por incapacidade de colocar roupas na parte superior e inferior do corpo, capacidade prejudicada de fechar peças de vestuário.

Araújo e Bachion [23], Brito *et al.* [22] e Santos e Prado [21] caracterizam o déficit no autocuidado para vestir-se ou arrumar-se quando o indivíduo está com a capacidade de colocar qualquer vestuário ou alcançar qualquer peça do vestuário prejudicada.

5) Deambulação prejudicada, relacionada ao equilíbrio prejudicado, limitações ambientais, medo de cair, evidenciado por capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias.

Carpenito [19] define a deambulação prejudicada como o estado em que o indivíduo apresentará ou está em risco de apresentar limitação para andar.

Já NANDA [10] destaca que a deambulação prejudicada é a limitação da movimentação independente, a pé, pelo ambiente prejudicado.

6) Risco de síndrome do desuso, relacionado à patologia, evidenciado por paralisia.

Síndrome de desuso é caracterizada pelo estado em que o indivíduo experimenta ou se encontra em risco de apresentar deteriorização do sistema orgânicos ou alteração no funcionamento devido à inatividade musculoesquelética prescrita [19].

NANDA [10:105] define a síndrome do desuso como “risco de deteriorização de sistemas do corpo como resultado da inatividade musculoesquelética, prescrita ou inevitável”.

7) Distúrbio na imagem corporal, relacionado à sequela do acidente vascular encefálico, evidenciado na perda de parte do corpo hemiplegia.

Souza e Gorini [25] e Carpenito [19] destacam que o distúrbio de imagem corporal é definido como o estado em que o indivíduo apresenta ou está em risco de apresentar perturbação na maneira como percebe o seu corpo.

8) Sentimento de impotência, relacionado ao regime à doença, evidenciado a expressões de frustração quanto à incapacidade de realizar tarefas/atividades anteriores.

Segundo Carpenito [19], o sentimento de impotência é quando o indivíduo percebe uma falta de controle pessoal sobre determinados eventos afetando o planejamento, as metas assim como o modo de vida. Conforme NANDA [10], o sentimento de impotência também pode ser entendido quando um indivíduo não possui o controle sobre a situação atual.

9) Interação social prejudicada, relacionada por mobilidade física limitada, evidenciado por desconforto em situações sociais, relato familiar de mudanças na interação.

A interação social prejudicada é quando o indivíduo apresenta ou se encontra em “risco de apresentar, respostas negativas insuficientes ou insatisfatórias as interações” [19:750]. Também pode ser definida como um indivíduo que está com a qualidade de troca social ineficaz [10].

10) Mobilidade física prejudicada, relacionada por prejuízos neuromusculares, evidenciada por amplitude limitada de movimento, mudanças na marcha, movimentos lentos.

De acordo com Araújo e Bachion [23:56], Sakano e Yoshitome [25:496] e Brito *et al.* [22], a mobilidade física prejudicada é definida como “limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades”.

Silva *et al.* [26] complementam que a mobilidade física é um fator determinante para a independência dos pacientes, por isso o entendimento de como as mobilidades musculoesqueléticas funcionam é importante para prestar um cuidado individualizado ao paciente.

11) Risco de quedas, evidenciado por dificuldade na marcha, equilíbrio prejudicado, mobilidade física prejudicada.

O risco de queda é definido por Carpenito [19] como estado no qual o indivíduo tem aumentada a suscetibilidade a quedas. O risco de queda também pode ser entendido como quando um indivíduo está com capacidade aumentada para quedas que poderão causar danos físicos [10].

O desenvolvimento deste estudo favoreceu a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem ao portador de sequela de AVE, de 52 anos, natural de Dourados/MS, com subsídio para uma intervenção de qualidade.

Observaram-se 11 diagnósticos de enfermagem, segundo NANDA: ansiedade, déficit no autocuidado para alimentação, déficit no autocuidado para banho/higiene, déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, deambulação prejudicada, risco de síndrome do desuso, distúrbio na imagem corporal, sentimento de impotência, interação social prejudicada, mobilidade física prejudicada e risco de quedas.

Por isso, objetivando o atendimento de qualidade aos pacientes portadores de sequela de AVE, os enfermeiros devem utilizar os diagnósticos de enfermagem como forma de melhorar a qualidade do seu trabalho, já que através destes é possível saber quais as dificuldades de cada paciente e onde exatamente o enfermeiro precisa intervir, ou seja, através do diagnóstico de enfermagem o enfermeiro tem a possibilidade de fornecer um atendimento individualizado a cada paciente.

Referências

1. Diepenbrock NH. Cuidados Intensivos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
2. Jimenez RN. A percepção do cuidador do paciente acometido por AVE acerca de algumas variáveis envolvidas na função de cuidar. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; 2006.
3. Aspesi N, Gobatto P. Acidente Vascular Cerebral. ABC da Saúde; 2001.
4. Amorim DS, Moreira NLM. AVE Hemorrágico. [citado 2012 Jul 12]. Disponível em: URL: <http://www.medstudents.com.br>.
5. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Gagliarde RJ. Hipertensão Arterial e AVC. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico 2009;1-9.
7. Santana JSS, Carvalho RC. Sistematização da assistência de enfermagem em creche: Reflexões de uma prática. Revista Nursing 2000;3(24):24-9.
8. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
9. Lefevre AR. Aplicação do Processo de Enfermagem: um guia passo a passo. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
10. NANDA. Diagnóstico de Enfermagem da Nanda: definições e classificação. 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.
11. Tanure MC, Gonçalves AMP. SAE Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
12. Bachion MM. Planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem. In: Fórum Mineiro de Enfermagem, 3, 2002. Uberlândia: UFU; 2002. p. 41-9.
13. Damas KCA, Munai DB, Siqueira KM. Cuidando do cuidador: Reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. Rev Eletrônica de Enferm 2004;6(2):272-8.
14. Ceccato SR, van der Sand ICP. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. Rev Eletrônica Enferm 2001;3(1).
15. Oliveira M, Paula TR, Freitas JB. Evolução Histórica da Assistência de Enfermagem. Conscientia e Saúde 2007;6(1):127-36.
16. Machado ALG, Jorge MSB, Freitas CHA. A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista. Rev Bras Enferm 2009;62(2):246-51.
17. Baruffi H. Metodologia da pesquisa. 2ª ed. Dourados: HBedit; 2001.
18. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1996.
19. Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2009.
20. Sampaio FAA, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem em pessoas com trauma de membros inferiores. Online Braz J Nurs 2005;4(2).
21. Santos CMS, Prado PR. Sistematização da Assistência de Enfermagem em paciente portador da doença de Wilson. Seringal de Idéias 2010;3(1/12):20-33.

22. Brito MAGM, Bachion MM, Souza JT. Diagnósticos de enfermagem de maior ocorrência em pessoas com lesão medular no contexto do atendimento ambulatorial mediante abordagem baseada no modelo de Orem. *Rev Eletrônica Enferm* 2008;10(1):13-28.
23. Araújo LAO, Bachion MM. Diagnósticos de Enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2005;39(1):53-61.
24. Souza LM, Gorini MIPC. Diagnóstico de Enfermagem em adultos com leucemia mielóide aguda. *Rev Gaúch Enferm* 2006;27(3):417-25.
25. Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm* 2007;20(4):495-8.
26. Silva FS, Viana MF, Volpato MP. Diagnósticos de enfermagem em pacientes internados pela clínica ortopédica em unidade médico-cirúrgica. *Rev Gaúch Enferm* 2008;29(4):565-72.