

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Processo de enfermagem segundo o modelo do autocuidado em um paciente cardiopata restrito ao leito

Nursing process according the model of self-care in a cardiac bedridden patient

Proceso de enfermería según el modelo de auto-cuidado en un paciente cardíaco postrado en cama

Lorena Cabral Felipe ¹, Aryele Rayana Antunes de Araújo ², Allyne Fortes Vitor ³

ABSTRACT

Objective: it objects the application of the nursing process according to the self-care model proposed by Dorothea Orem. **Method:** case study with descriptive character and qualitative approach, which allows a deep analysis of the subject and of the complexity determined by the proposed model. The data analysis showed the ability of self-care and the need for self-care of the subject being watched. **Results:** patient showed interest in the dynamic of the procedures by which it was submitted. However, there was four self-care deficits diagnosed by the researchers, both according to the model studied as well as according to the NANDA-I taxonomy, which ought to be remedied by the nursing staff. **Conclusion:** it was noticed that the model of self-care proposed by Orem is applicable, of simple understanding, and therefore, viable to practice daily care of the nursing staff to a cardiac bedridden patient. **Descriptors:** nursing, self-care, nursing process, heart failure.

RESUMO

Objetivo: aplicar o processo de enfermagem segundo o modelo do autocuidado, proposto por Dorothea Orem. **Método:** estudo de caso de caráter descritivo com abordagem qualitativa, que permite uma análise profunda do sujeito e da complexidade determinada pelo modelo proposto. Na análise dos dados, observou-se a capacidade e a necessidade de autocuidado do sujeito a ser assistido. **Resultados:** paciente mostrava-se interessada na dinâmica dos procedimentos aos quais era submetida. No entanto, apresentava quatro déficits de autocuidados diagnosticados pelas pesquisadoras, tanto de acordo com o modelo estudado e a taxonomia NANDA-I, que deveriam ser supridos pela equipe de enfermagem. **Conclusão:** percebeu-se que o modelo do autocuidado proposto por Orem é aplicável, de simples entendimento, e por isso viável para a prática do cuidado cotidiano da equipe de enfermagem a um paciente cardiopata restrito ao leito. **Descritores:** enfermagem, autocuidado, processo de enfermagem, insuficiência cardíaca.

RESUMEN

Objetivo: aplicación del proceso de enfermería, de acuerdo con el modelo de autocuidado propuesto por Dorothea Orem. **Método:** estudio de caso con un enfoque descriptivo cualitativo, que permite un análisis profundo del tema y la complejidad determinada por el modelo. En el análisis de los datos se observó la capacidad y la necesidad de autocuidado del sujeto observado. **Resultados:** los pacientes se presentaron interesados en la dinámica de los procedimientos a los cuales eran sometidos. Sin embargo, presentó cuatro déficits de autocuidado diagnosticados por los investigadores, con el modelo estudiado por la taxonomía NANDA-I como, que debe ser suministrada por el personal de enfermería. **Conclusión:** se observó que el modelo de auto-cuidado propuesto por Orem es aplicable, de comprensión simple, y por lo tanto factible para practicar el cuidado diario del personal de enfermería a un paciente cardíaco postrado en cama. **Descriptor:** enfermería, autocuidado, procesos de enfermería, insuficiencia cardíaca.

¹Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil. Ciências da saúde; Enfermagem. E-mail: lorena_ufrn@hotmail.com. ²Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil. Ciências da saúde; Enfermagem. E-mail: arylearaujo_ufrn@yahoo.com.br. ³Doutor em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil. Ciências da saúde; Enfermagem. E-mail: allyne@ufrnet.br.

INTRODUÇÃO

O uso das teorias de enfermagem proporciona a operacionalização da prática de enfermagem, que é um dos instrumentos empregados na sistematização da assistência, o que colabora significativamente para o desenvolvimento da profissão. A prática consolidada nas teorias de enfermagem possibilita uma ação crítica e criativamente reflexiva por parte do profissional no desenvolvimento de seu processo de trabalho. Portanto, o objeto deste estudo é a aplicação do processo de enfermagem segundo o Modelo do Autocuidado proposto por Dorothea Orem.

Notadamente, o Modelo do Autocuidado sugere um enfoque na observação, análise e ação sobre a necessidade do outro de ser assistido de forma holística. Sua resposta a essa necessidade engloba o domínio de três principais teorias abordadas pela autora, quais sejam: teoria do autocuidado, teoria do déficit do autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem.¹

Orem acredita que todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmos e dos que estão sob sua responsabilidade. Entre os diversos contextos de sua aplicação, destaca-se o âmbito das doenças cardiovasculares, em virtude da possibilidade de comprometer a capacidade de autocuidado.²

Nesse âmbito, destacam-se os pacientes com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Trata-se da impossibilidade de a bomba cardíaca ejetar satisfatoriamente o sangue que o ventrículo recebe durante a diástole, acarretando edema pulmonar com conseqüente dispnéia, ortopnéia, intolerância à atividade e fadiga aos pequenos esforços.

Além disso, na tentativa de compensar débito cardíaco diminuído para o corpo, os rins retêm água e sódio, causando edema em membros superiores e inferiores, principalmente.³

Sobre isto, um estudo sobre a aplicabilidade da Modelo de Orem em pacientes cardiopatas destaca que as cardiopatias, de modo geral, intervêm negativamente na capacidade de realizar o autocuidado e, conseqüentemente, as relações interpessoais desempenhadas pelo indivíduo. Por esse motivo, é importante que a equipe esteja atenta para as novas formas de comunicação que podem estabelecer-se, buscando atender ao máximo às demandas de autocuidado do paciente.¹

O indivíduo que usufrui de perfeitas condições de saúde está capacitado a realizar suas atividades de autocuidado. Quando acometido por uma fragilidade, novas necessidades de autocuidado surgirão, assim como poderá apresentar uma dificuldade de realizar antigas ações já desempenhadas. O Modelo do autocuidado de Orem discursa que a enfermagem se faz necessária onde a capacidade de desenvolver as ações de autocuidado do indivíduo por ele mesmo são inferiores às suas necessidades, sendo essas distinguidas em quantidade, qualidade ou especificidade técnica.⁴

Destarte, objetivou-se aplicar o processo de enfermagem segundo o Modelo do autocuidado de Dorothea Orem, justificando seu emprego na rotina hospitalar pelos profissionais da enfermagem.

O estudo salienta que o processo de enfermagem recomendado pela Associação Norte-americana de Enfermagem é comumente constituído de cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Distintamente, o processo segundo o Modelo de Orem está agrupado em três passos: Passo 1- Diagnóstico de Enfermagem e prescrição, que envolve investigação prévia por parte do profissional; Passo 2- Esboço para a Operação Regulatória, onde o sistema de enfermagem necessário à assistência é definido para nortear o planejamento da ação neste momento realizado; Passo 3- Produção e Controle dos Sistemas de Enfermagem, que se configura na ação própria do enfermeiro de intervir nas necessidades de autocuidado, bem como avaliar continuamente os efeitos de sua ação.⁵

Para Dorothea Orem o autocuidado é definido como o “desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Idade, estado de desenvolvimento e estado de saúde são fatores condicionantes que determinam a capacidade do indivíduo de se engajar nas próprias ações de autocuidado. As necessidades não supridas caracterizam um déficit de autocuidado que impõe uma demanda terapêutica de autocuidado, a qual deve ser assistida pela ação deliberada de um grupo em usufruto de outro.⁴

Orem classifica os requisitos de autocuidado em três subgrupos, o autocuidado universal, relativo àquele que se associa aos processos vitais intrínsecos ao ser humano como água, ar, alimentação e excreção; os requisitos desenvolvimentais, englobando necessidades que surgem quando há nova situação a ser enfrentada pelo indivíduo; e os requisitos de autocuidado de desvio de saúde, dispensados em condição de afecção e/ou diagnóstico.

O Modelo do autocuidado baseia-se na necessidade e capacidade do indivíduo de desempenhar suas próprias ações de autocuidado, bem como na necessidade da intervenção da enfermagem em prover tais ações. Os sistemas de enfermagem foram subdivididos de acordo com a carência de autocuidado do indivíduo em: 1. Sistema totalmente compensatório, onde o indivíduo é incapaz de se empenhar em qualquer forma de ação deliberada por estarem inconscientes, ou por não conseguirem manter uma manipulação autodirigida. Ou aqueles que são capazes de desempenhar as ações, mas são incapazes de decidir por elas; 2. Sistema parcialmente compensatório, quando profissional e paciente se engajam concomitantemente na ação do autocuidado; 3. Sistema de apoio-educação, no qual o enfermeiro será um veículo de informações que irá preparar o paciente para desenvolver adequadamente suas ações de autocuidado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso de caráter descritivo com abordagem qualitativa, que permite uma análise profunda do sujeito e da complexidade determinada pelo modelo proposto. Desenvolvida em um hospital universitário, situado em uma cidade do nordeste do Brasil, entre abril e maio de 2012, mediante aplicação de roteiro de exame físico e formulário semiestruturado de entrevista.⁶

O paciente abordado neste estudo foi escolhido aleatoriamente na unidade de Clínica Médica Cardiológica do hospital e selecionado por atender aos critérios de inclusão: 1. Ser portador de afecções cardiopulmonares; 2. Está restrito ao leito; 3. Aceitar participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Por impossibilidade de escrita por parte do paciente, o termo de consentimento foi assinado pela família após os devidos esclarecimentos sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa.

A pesquisa aplicou o processo de enfermagem segundo a Modelo do Autocuidado de Dorothea Orem ao enfatizar a observação, análise e ação sobre a necessidade do outro de ser assistido de forma holística. O instrumento de coleta de dados foi adaptado a partir do exemplo proposto pelo modelo e abrangeu os seguintes aspectos: 1.Fatores Pessoais: idade, sexo, altura, peso, cultura, raça, estado civil, religião e ocupação; 2.Autocuidado universal: ar, água, excrementos, atividade/descanso, solidão/interação social, risco a vida e ao bem estar, promoção do funcionamento e desenvolvimento humano; 3.Auto cuidado desenvolvimental: necessidades especializadas para o processo desenvolvimental, novos requisitos de uma condição, requisitos associados a um evento; 4.Desvio de saúde: condições de doença, tratamento para corrigir condição; 5.Plano e problema médico: Diagnóstico e tratamento; 6. Déficit de autocuidado: diferenças entre necessidades de autocuidado e capacidades de autocuidado.

Como forma de avaliar as demandas de autocuidado do paciente sob a ótica dos sistemas de classificação aplicados na Sistematização da Assistência de Enfermagem, foram levantados os diagnósticos de enfermagem com a utilização da taxonomia NANDA-I e identificadas as intervenções de enfermagem conforme a classificação NIC.

Para tanto, foi adaptado um instrumento a partir Modelo do Autocuidado de Dorothea Orem constante de: 1.Diagnósticos de enfermagem NANDA-I; 2.Demandas de autocuidado; 3.Planos: metas e objetivos; 4.Implementação: intervenções propostas pela NIC.

A pesquisa é parte de um projeto maior, referente à Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes com problemas cardíacos, realizada com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, segundo o parecer consubstanciado 121.028 e CAAE 07614812.6.0000.5537.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Levantamento de dados (História do paciente)

M.C., brasileira, casada, dona de casa, 64 anos, mãe de cinco filhos. Procurou o serviço de saúde de sua cidade após apresentar sangramento vaginal. Na ocasião, foi solicitada cirurgia de histerectomia. No pré-operatório mediato para avaliação de risco cirúrgico, foram detectadas graves alterações de eletrocardiograma. Recebeu diagnóstico médico de insuficiência cardíaca esquerda com regurgitação diastólica originada por uma insuficiência mitral por ruptura de cordoalha tendinosa e insuficiência aórtica por calcificação da valva. Foi encaminhada ao hospital universitário situado em uma cidade do nordeste do Brasil para acompanhamento e tratamento.

No momento da coleta de dados, a paciente evoluía em estado geral regular, consciente, orientada, responsiva e colaborativa. Queixava-se de dor em membro superior direito à movimentação brusca. Restrita ao leito, recebia dieta hipossódica via sonda nasoenteral. Encontrava-se hidratada, normocorada, com edema em membro superior direito 3+/4+ e em membro inferior direito 2+/4+, sem presença de úlceras. Portava acesso venoso periférico em membro superior esquerdo com hidratação. Apresentava-se em uso de ventilação mecânica por traqueostomia a 35% O₂, com tosse produtiva e sem expectoração eficaz, diurese e eliminações espontâneas em fralda.

A paciente mostrava-se interessada na dinâmica dos procedimentos aos quais era submetida. Demonstrava esforço em compreender seu quadro clínico, bem como exames e procedimentos. Apesar da disfonia agravada pela traqueostomia, sua comunicação mostrava-se eficiente. Devido à instabilidade de seu quadro clínico e ao prolongamento da internação, manifestava inquietude referente ao desmembramento do seu convívio familiar, referindo-se a sentir falta da família e, principalmente, do companheiro.

Fatores pessoais	64 anos; Feminino; Caucasiana; Casada; Católica; Dona de casa; 5 filhos.
Autocuidado universal	Excrementos: eliminações urinárias e intestinais espontâneas; Atividade/descanso: Alterados devido à rotina hospitalar; Riscos à vida e ao bem-estar: mantém ao passo que se mostra ativa em seus cuidados; demonstra querer proteger-se; busca manter sua privacidade.
Autocuidado desenvolvimental	Comunicação não verbal desenvolvida (relacionada com a traqueostomia e a disfonia).
Desvio de saúde	Ar e água (relacionado ao uso de SNE e traqueostomia).
Plano e problema médico	Compensar IC por ruptura de cordoalha para possibilidade de cirurgia valvuloplastia mitral. AVE.
Déficits de autocuidado	Alimentação; Banho; Higiene íntima; Vestir-se.

Figura 1- Caracterização da paciente de acordo com as demandas de autocuidado

<p>Déficit no autocuidado para alimentação.</p> <p>Relacionado com: prejuízo cognitivo; prejuízo musculoesquelético; prejuízo neuromuscular; prejuízo perceptivo.</p> <p>Evidenciado por: Incapacidade de ingerir alimentos de forma segura.</p>	
Metas	Manter nutrição adequada.
Objetivos	Fornecer nutrição enteral adequada.
Método de ajuda	Agir e prover ambiente desenvolvimental.
Tipo de sistema	Totalmente compensatório.
Intervenções de enfermagem	<p>-Monitorar a colocação correta da sonda, examinando a cavidade oral, verificando os resíduos gástricos, ou escutando enquanto o ar é injetado e retirado, conforme protocolo da instituição.</p> <p>-Monitorar a presença de sons intestinais a cada 4-8h, quando adequado.</p> <p>-Irrigar a sonda a cada 4-6h durante alimentações e após cada alimentação intermitente.</p> <p>-Verificar o fluxo de gotejamento ou o fluxo de bombeamento de hora em hora.</p> <p>-Verificar os resíduos a cada 4-6h durante alimentação contínua e antes de alimentação intermitente.</p> <p>-Manter o manguito da sonda endotraqueal ou</p>

Figura 2: Sistematização da assistência de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem déficit de autocuidado para alimentação.

<p>Déficit no autocuidado para banho</p> <p>Relacionado com: prejuízo cognitivo; prejuízo musculoesquelético; prejuízo neuromuscular; prejuízo perceptivo.</p> <p>Evidenciado por: incapacidade de lavar o corpo.</p>	
Metas	Proporcionar higiene corporal adequada.
Objetivos	Realizar higiene corporal adequada.
Método de ajuda	Agir por ajuda e prover ambiente desenvolvimental.
Tipo de sistema	Parcialmente compensatório.
Intervenções de enfermagem	<p>-Providenciar os artigos pessoais desejados;</p> <p>-Facilitar ao paciente a escovação dos dentes, quando adequado;</p> <p>-Monitorar a limpeza das unhas, conforme a capacidade de autocuidado do paciente;</p>

Figura 3: Sistematização da assistência de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem déficit de autocuidado para banho.

<p>Déficit no autocuidado para higiene íntima.</p> <p>Relacionado com: prejuízo cognitivo, prejuízo neuromuscular, cansaço, dor, estado de mobilidade prejudicada.</p> <p>Evidenciado por: incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada.</p>	
Metas	Proporcionar higiene íntima quando necessária.
Objetivos	Manter higiene íntima adequada.
Método de ajuda	Agir e prover ambiente desenvolvimental.
Tipo de sistema	Parcialmente compensatório.
Intervenções de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> -Remover roupas essenciais para permitir eliminação; -Promover higiene íntima após o término da eliminação; -Recolocar as roupas do paciente após a eliminação; -Providenciar privacidade durante a eliminação;

Figura 4: Sistematização da assistência de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem déficit de autocuidado para higiene íntima.

<p>Déficit no autocuidado para vestir-se.</p> <p>Relacionado com: desconforto, dor, fadiga, fraqueza, motivação diminuída.</p> <p>Evidenciado por: capacidade prejudicada de colocar/tirar itens de vestuário necessários.</p>	
Metas	Providenciar vestuário adequado.
Objetivos	Fornecer vestuário adequado.
Método de ajuda	Fazer por ajuda.
Tipo de sistema	Parcialmente compensatório.
Intervenções de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> -Informar ao paciente as roupas disponíveis à sua escolha; -Oferecer ao paciente fácil acesso às roupas; -Providenciar roupas pessoais quando adequado; -Manter a privacidade enquanto o paciente está vestindo-se; -Providenciar lavagem das roupas quando necessário;

Figura 5: Sistematização da assistência de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem déficit de autocuidado para vestir-se.

Aplicação do Processo de enfermagem

O diagnóstico de Déficit no autocuidado para alimentação resultou do prejuízo cognitivo e musculoesquelético gerado por lesão isquêmica em região mesencefálica, bem como das dificuldades evidenciadas como fadiga, ortopneia e o alto risco de aspiração, o que tornava a alimentação oral inviável à paciente. Devido à total perda da capacidade de alimentar-se sozinha e até mesmo de decidir sobre sua dieta, os cuidados de enfermagem despendidos à nutrição parenteral enquadravam-se no sistema de enfermagem totalmente compensatório. Com o objetivo de fornecer e manter uma nutrição parenteral adequada, as intervenções de enfermagem implementadas buscavam a colocação correta da sonda, bem como a manutenção de sua perviedade, avaliando a quantidade de alimento infundido e se este estava sendo absorvido adequadamente pelo trato gastrointestinal. Desse modo, utilizou-se o próprio Modelo com a finalidade de avaliar as intervenções implementadas pela equipe.

Os diagnósticos “Déficit no autocuidado para banho”, “Déficit no autocuidado para higiene íntima” e “Déficit no autocuidado para vestir-se” igualmente relacionados com o prejuízo musculoesquelético e, devido ao cansaço gerado pela IC, tornaram-se atividades cansativas e despendiam muita energia. Condizente com o sistema parcialmente compensatório, as atividades de banho, higiene íntima e vestir-se foram desempenhadas pela equipe de enfermagem em conjunto com a paciente que conseguia decidir sobre as necessidades de tais atividades, sobre algumas ações a serem desempenhadas durante os procedimentos, bem como participava ativamente dentro de suas restrições, mudando de decúbito, elevando ou afastando membros. Com a finalidade de realizar uma higiene corporal e íntima adequadas e proporcionar a participação ativa nas escolhas de suas vestimentas, ao mesmo tempo em que se promoveu um ambiente desenvolvimental, buscou-se dar o conforto próprio de tais ações.

A paciente possuía diagnóstico médico de IC que, por sua vez, é uma afecção que manifesta comumente necessidades de autocuidado que devem ser supridas, pelo próprio paciente ou pelo cuidador, a fim de manter ou recuperar o estado de saúde, bem como propiciar uma melhor qualidade de vida a essas pessoas. Nesse sentido, um estudo norte-americano aborda o autocuidado como cerne na melhoria da saúde dessa população, ao enfatizar a importância de gerenciar o cuidado como medida cardioprotetora para retardar a progressão da IC. Logo, a despeito de pequenos esforços, o estudo defende o estímulo por parte da equipe à execução do autocuidado.⁷⁻⁸

A IC apresentada pela paciente acarretou a congestão pulmonar, o que dificultava a hematose nos alvéolos, e, conseqüentemente, a dispneia. Estudo publicado em 2007 mostra que o suporte ventilatório mecânico instalado como medida terapêutica diminuiu o grau de dispneia instaurado, além de aumentar a participação do indivíduo em atividades de autocuidado.⁹

Tal medida terapêutica se mantém através de uma prótese traqueal artificial, cuja sua parte distal contém um balonete ou “cuff”, que tem como função selar a via aérea, evitando o escape de ar, mantendo assim uma ventilação adequada e diminuindo a incidência de broncoaspiração. Sabe-se, no entanto, que devido à presença de prótese traqueal em conjunto com a produção excessiva de muco, há geralmente acúmulo da secreção em toda a extensão do trato respiratório. Assim, quando há o acúmulo e o

paciente não consegue eliminá-la por si, a enfermeira deve atuar para remover a secreção, a fim de facilitar a passagem de ar e promover a troca gasosa.¹⁰⁻¹¹

Em corroboração com as manifestações clínicas apresentadas pela paciente, estudo relaciona a diminuição da capacidade de executar atividades funcionais e de autocuidado com a redução das habilidades sensoriais e função motora dos membros afetados pelo Acidente Vascular Encefálico, o que torna estes pacientes mais dependentes de cuidado.¹²

As outras demandas de autocuidado apresentadas pela paciente podem ser justificadas pela condição de senescência que naturalmente leva a uma perda da capacidade de engajar-se no autocuidado, o que se agrava pelo maior desenvolvimento de enfermidades próprias da idade avançada. Portanto, são geradas demandas de autocuidado em maior quantidade e de maior grau de especificidade que devem ser sanadas pela equipe de enfermagem.¹³

Com relação à restrição no leito observada na paciente desta pesquisa, estudo publicado em 2010 afirma que a imobilização prolongada no leito representa para o paciente alto risco de desenvolver síndrome do desuso, a qual é definida como redução da capacidade funcional de todos os sistemas do organismo. Tal situação é intensificada pela condição natural do corpo senil, desenvolvendo na paciente complicações que geram demandas de autocuidado mais complexas, tornando necessária a atenção de um número maior de profissionais, bem como de procedimentos, medicações e de tempo de internação hospitalar.¹³⁻¹⁴

No último dia de coleta de dados deste caso, verificou-se que essa paciente encontrava-se no 80º dia de internação hospitalar. Longos períodos de internação acarretam uma tensão emocional ao paciente e à família, nociva ao controle da doença. Por conseguinte, a ação de enfermagem tem o papel de reduzir tal tensão, no momento em que propõe desenvolver ações planejadas de modo que integre a família no processo.¹⁵⁻¹⁶

Diante de tais condições prejudiciais à manutenção do autocuidado e no que se refere ao sistema de enfermagem parcialmente compensatório, os diagnósticos de enfermagem de Déficit no autocuidado para banho, Déficit no autocuidado para higiene íntima e Déficit no autocuidado para vestir-se foram identificados. Isto porque, conforme foi verificado, apesar da condição clínica desfavorável, a paciente conseguia atuar de forma participativa durante a realização dos cuidados de enfermagem. O incentivo da equipe de enfermagem nesse sentido proporcionava à paciente maior autonomia e empoderamento com relação à sua recuperação.

Já com relação ao sistema totalmente compensatório, foi verificado na paciente o diagnóstico de Déficit do autocuidado para alimentação, porquanto a paciente se encontrava absolutamente restrita à participação da atividade de alimentar-se. Esta dificuldade apresentava-se em decorrência do AVE (prejuízo neuromuscular facial e esofágico), ao tempo prolongado de exposição à VM e estímulo à tosse durante o procedimento de aspiração de vias aéreas. Ademais, a paciente demandava um maior aporte calórico por conta da restrição ao leito, da condição da bomba cardíaca, do débito cardíaco e consequentemente de irrigação e adequada nutrição dos tecidos orgânicos.^{8,10}

Quanto a isso, é responsabilidade do enfermeiro revogar a necessidade do autocuidado de alimentação mediante medidas educativas no sentido de esclarecer o

paciente sobre a necessidade de portar a sonda nasointestinal, e orientá-lo sobre os cuidados para a manutenção do equipamento.

É importante destacar que o déficit de autocuidado pode incitar ao paciente a ideia de dependência social e, nesse sentido, o cuidado de enfermagem atua como meio de promoção e reabilitação de sua autonomia ao favorecer a promoção de sua saúde e bem estar. Ideia similar foi ressaltada por estudo ao enfatizar a contribuição da aplicação do Modelo do Autocuidado como uma possibilidade de oferta de condições mais saudáveis e de maior autonomia ao indivíduo com doença cardíaca.¹

CONCLUSÃO

Com base no estudo de caso desenvolvido, percebeu-se que, no contexto do cuidado ao paciente cardiopata acometido por um Acidente Vascular Encefálico, o Modelo do Autocuidado proposto por Orem é aplicável, de simples entendimento, e por isso, viável para a prática do cuidado cotidiano da equipe de enfermagem. Deste modo, aliado à competência clínica do profissional e aos valores e preferências do paciente dentro do contexto da saúde, este modelo tem potencial para proporcionar conforto e bem-estar físico e mental ao paciente.

Durante a aplicação do processo de enfermagem segundo este modelo, constatou-se a possibilidade de avaliação individualizada a partir das manifestações clínicas da cardiopatia e, assim, suas demandas de autocuidado. Dentre as demandas de autocuidado observadas, compreendeu-se que aquelas relacionadas com a ventilação mecânica, a restrição no leito e o longo período de internação, foram as que mais influenciaram de forma negativa o ser biopsicossocial.

Mediante a aplicação do modelo, foi entendido que a equipe de enfermagem possuía maior autonomia no desempenho das ações de autocuidado referente ao banho, aspiração de vias aéreas e alimentação. Em contrapartida, verificou-se menor participação nas tomadas de decisão quanto ao tratamento clínico medicamentoso e referente às intervenções relacionadas com a avaliação e controle do suporte ventilatório.

Diante disso, recomenda-se a elaboração e validação de instrumento de coleta de dados que alie o Modelo do Autocuidado proposto por Orem ao processo de enfermagem por ele sugerido, com o objetivo de facilitar a aplicação deste. Para tanto, acredita-se ser imprescindível o prévio entendimento do processo de enfermagem segundo Orem, para atender adequadamente as necessidades de pacientes cardiopatas acometidos por AVE.

REFERÊNCIAS

1. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery (impr.)*. 2010 jul-set; 14 (3): 611-16.
2. Pivoto FL, Lunardi Filho WD, Santos SSC, Almeida MA, Silveira RS. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(5):665-70.
3. Rodríguez-Gázquez MA, Arredondo-Holguín E, Herrera-Cortés R. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Rev Latino Am Enfermagem [online]*. 2012 mar-abr; 20(2):[11telas]
4. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. New York: McGraw-Hill. 1980.
5. Garcia TR, Nóbrega MML, Carvalho EC. Nursing process: application to the professional practice. *Online Braz J Nurs [Online]*. 2004; 3(2).
6. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização*. São Paulo: Artmed, 2004.
7. Lee CS, Tkacs NC, Riegel B. The influence of heart Failure self-care on health outcomes: hypothetical cardioprotective mechanisms. *J Cardiovasc Nurs*. 2009; 24(3): 179-189.
8. Lessmann JC, Conto F, Ramos G, Borenstein MS, Meirelles BHS. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. *Rev Bras Enferm*. Brasília. 2011 jan-fev; 64(1): 198-202.
9. Barros AF, Barros LC, Sangean MC, Vega JM. Análise das alterações ventilatórias e hemodinâmicas com utilização de ventilação mecânica não-invasiva com binível pressórico em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 88(1): 96-103.
10. Penitenti RM, Vilches JIG, Oliveira JSC, Mizohata MGG, Correa DI, Alonso TRMB. Controle da pressão do cuff na unidade terapia intensiva: efeitos do treinamento. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(2):192-5.
11. Martins I, Gutiérrez MGR. Intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas. *Acta Paul Enferm*. 2005; 18(2):143-9.
12. Scalha TB, Miyasaki E, Lima NMFV, Borges G. Correlations between motor and sensory functions in upper limb chronic hemiparetics after stroke. *Arq Neuropsiquiatr*. 2011; 69(4).
13. Cade NV. A teoria do déficit de autocuidado de orem aplicada em hipertensas. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2001 maio; 9(3): 43-50
14. Cazeiro APM, Peres PT. A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da imobilização no leito. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos*. 2010 mai-ago; 18(2):149-167.

15. Milhomeml ACM, Mantelli FF, Lima GAV, Bachion MM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem identificados em pessoas com diabetes tipo 2 mediante abordagem baseada no Modelo de Orem. REE. 2008; 10(2):321-336
16. Kumar CP. Application of Orem's self-care deficit theory and standardized nursing languages in a case study of a woman with diabetes. Int J Nurs Terminol Classif. 2007 Jul-Sep; 18(3).



Recebido em: 08/03/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 17/11/2013
Publicado em: 01/07/2014

Endereço de contato dos autores:
Lorena Cabral Felipe
Rua Jornalista Francisco Sinedino 1140 ap 1102 /Lagoa Nova
CEP 59062570-Natal-RN
E-mail: lorena_ufrn@hotmail.com