

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

RAFAELLA PESSOA MOREIRA

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO - ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM DA CLASSE ATIVIDADE/EXERCÍCIO

FORTALEZA

2008

RAFAELLA PESSOA MOREIRA

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO - ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM DA CLASSE ATIVIDADE/EXERCÍCIO

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo

FORTALEZA

2008

M836a Moreira, Rafaella Pessoa
 Acidente vascular encefálico-análise dos diagnósticos de enfermagem
 da classe atividade/exercício / Rafaella Pessoa Moreira. – Fortaleza, 2008.
 169f.: il.

 Orientador: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Curso de
 Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza-CE, 2008.

 1. Acidente cerebral vascular. 2. Enfermagem. 3. Diagnóstico de
 enfermagem. I. Araujo, Thelma Leite de (Orient.). II. Título.

CDD 610.73691

RAFAELLA PESSOA MOREIRA

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO- ANÁLISE DOS DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM DA CLASSE ATIVIDADE/EXERCÍCIO

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Maira Di Ciero Miranda
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará – UFC

Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano
Universidade Federal do Ceará – UFC

Este estudo contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sem o Senhor eu não sou nada. Obrigada por me dar forças nas horas mais difíceis.

Aos meus pais, pelo apoio em todos os momentos da minha vida e, mais ainda, durante o mestrado. Vocês são exemplos de vida.

À minha irmã, por sempre achar que nunca se estuda o bastante e que estudar nunca é demais.

Ao meu marido, por compreender os momentos de ausência.

À professora Thelma, pelas orientações nos momentos mais difíceis. A senhora é o esteio de todos os seus orientandos.

Ao professor Marcos, pelas valorosas contribuições, sobretudo estatísticas, para a execução do trabalho.

Às amigas da graduação Hérica, Niciane, Nirla e Tahissa. De modo particular, as duas últimas com quem tive mais contato durante a elaboração da dissertação. Apreendi muito com todas vocês.

A todos os componentes do Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular, pelo apoio. Em especial àqueles que ajudaram na coleta de dados: Railka, Alice, Felipe, Daniel, Dennys, Camilla, Rafaela, Huana e Gabrielle. Esta última em especial pela colaboração no banco de dados. A ajuda de vocês foi essencial. Menciono ainda, minhas co-orientadoras da graduação: Emília e Viviane. Vocês foram fundamentais para o meu crescimento. Agradeço, também, à Allyne, à Rhanna e à Flávia pela troca de aprendizado durante o mestrado, assim como a todos os alunos da turma de mestrado 2007.1.

Aos membros da banca examinadora, pela contribuição para o aprimoramento deste trabalho.

À bibliotecária Norma e à corretora de português Maria do Céu. Obrigada pela excelente contribuição ao meu trabalho.

Aos diretores e profissionais da Associação Beneficente de Reabilitação, pela forma cordial como me receberam e me apoiaram durante toda a coleta de dados.

Aos clientes participantes deste estudo. Sem vocês o trabalho não existiria. Obrigada pela colaboração. Espero contribuir para uma melhor reabilitação de todos aqueles que sobreviveram ao AVE.

RESUMO

Determinar diagnósticos de enfermagem é uma atividade de assistência muito necessária, pois contribui para o melhor planejamento de intervenções em clientes que sobreviveram ao acidente vascular encefálico (AVE) e que na maioria dos casos apresentam incapacidades. Diante disso, o estudo teve por objetivo analisar os diagnósticos de enfermagem pertencentes à classe Atividade/Exercício em clientes com acidente vascular encefálico no período de reabilitação. Um estudo transversal foi desenvolvido com 121 clientes que freqüentavam uma das oito unidades da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR) na cidade de Fortaleza-Ceará, cuja coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2007 a março de 2008. Os critérios de inclusão foram: 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. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário submetido à validação de conteúdo de duas enfermeiras especialistas no cuidado a clientes com acidente vascular encefálico. 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 North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), publicada em 2008. Com os dados compilados no Excel fez-se a análise estatística no programa EpiInfo versão 3.2 e no SPSS versão 16.0. O nível de significância adotado no estudo foi 5%. Todas as recomendações éticas foram seguidas durante as etapas da pesquisa. 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*. Dos diversos indicadores de risco, o mais freqüente foi a hipertensão arterial, seguida do sedentarismo, dislipidemias, cardiopatias e diabetes mellitus. Metade dos clientes estudados teve um episódio de AVE há doze meses, com início de reabilitação em uma das unidades da ABCR de no máximo sete meses. Em média, os participantes apresentaram 6,7 diagnósticos de enfermagem; 25,1 características definidoras; 4,6 fatores relacionados e 10,1 fatores de risco. Todos os diagnósticos da classe em estudo foram identificados, mas sete: 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 tiveram freqüência acima de 50% e foram utilizados para análise estatística. De acordo com os testes, identificou-se associação estatisticamente significativa entre os diagnósticos, com exceção dos seguintes: Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada e Capacidade de transferência prejudicada com o diagnóstico Risco de intolerância à atividade. As características definidoras, fatores relacionados e os fatores de risco estiveram associados estatisticamente com a maior parte dos diagnósticos de enfermagem analisados. Tal fato pode ser justificado por todos fazerem parte da mesma classe da NANDA (2008). Conclui-se que a maioria dos diagnósticos de enfermagem mostrou associação estatística entre eles. Destaca-se que a Força muscular diminuída e Prejuízos neuromusculares foram os fatores relacionados mais freqüentes, sendo as principais conseqüências do AVE. O estudo permitiu o conhecimento aprofundado da classe Atividade/Exercício da NANDA em portadores de AVE.

Palavras-chave: Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Acidente Cerebral Vascular.

ABSTRACT

To determine nursing diagnoses is a very necessary task, for it contributes to the better planning of the interventions in clients who survived after the stroke and who, in most of the cases, presented incapacities. Due to this, the study aimed to analyze the nursing diagnoses shown in the Activity/Exercise branch in clients with stroke during the period of rehabilitation. A transversal study was done amongst 121 clients who attended one of the eight units of Cearense Beneficent Association of Rehabilitation (ABCR) in Fortaleza City-Ceará, whose data collection occurred within the period of November, 2007 and March, 2008. The including criteria were: a) to be registered in the ABCR; b) to have suffered from stroke at least once, and presented the diagnosis confirmation by the doctor; c) to be over 18 years old. A form was used for the data collection, which had undergone content validation by two nurses expertise in the care of clients with stroke. The information was collected through interview and physical tests. To name the nursing diagnoses, the Taxonomy II proposed by the North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), published in 2008, was followed as reference. With the data compiled in the Excel program, the statistic analysis was done within the EpiInfo and SPSS program. The level of significance adopted in the study was of 5%. All ethical recommendations were followed during the stages of the research. Taking the social and demographic data into account, it was verified that the majority of these participants was from masculine gender, elderly, without a partner, retired or pensioners and had low education and income *per capita*. Amongst the various risk indicators, the most frequent one was the arterial hypertension, followed by the sedentarism, dislipidemy, cardiopathies and diabetes mellitus. Half of the clients studied had at once suffered from stroke 12 months before, beginning rehabilitation in one of the units of the ABCR for at maximum seven months. The participants showed an average of 6.7 nursing diagnoses; 25.1 defining characteristics; 4.6 related factors and 10.1 risky factors. All the diagnoses of the branch studied were identified, but seven: Falling risk, Impaired physical mobility, Impaired deambulation, Sedentary lifestyle, Risk for disuse syndrome, Risk for intolerance to the activity and Impaired transference capability had the frequency of over 50% and were used for the statistic analysis. According to the tests, there was a statistically significant relation among the diagnoses, with the exception of the followings: Falling risk, Impaired physical mobility, Impaired deambulation and Impaired transference capability with the diagnosis Risk for intolerance to the activity. The defining characteristics, related factors and risky factors were statistically associated with the major part of the nursing diagnoses analyzed. Such fact can be justified by the fact that all of them are part of the same branch within the NANDA (2008). One may conclude that the majority of the nursing diagnoses showed statistically association amongst them. It is verified that the Impaired muscular force and Neuromuscular damage were the most frequent related factors found, causing thus, the main consequences for the stroke. The study permitted a deep knowledge upon the Activity/Exercise branch in clients with stroke.

Keywords: Nursing; Nursing Diagnosis; Stroke

LISTA DE TABELAS

1. Distribuição dos clientes com acidente vascular encefálico segundo os dados sociodemográficos. Fortaleza, 2008	48
2. Distribuição dos clientes com acidente vascular encefálico segundo os indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares, presença de cuidador, quantidade de AVE, tempo do último AVE e tempo de frequência na ABCR. Fortaleza, 2008	49
3. Distribuição das medidas de tendência central e de dispersão dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. Fortaleza, 2008	50
4. Distribuição dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008	51
5. Distribuição das características definidoras encontradas nos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008	51
6. Distribuição dos fatores relacionados identificados nos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008	54
7. Distribuição dos fatores de risco presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008	55
8. Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de queda. Fortaleza, 2008	56
9. Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada. Fortaleza, 2008	58
10. Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Deambulação prejudicada. Fortaleza, 2008	59
11. Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Fortaleza, 2008	61
12. Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de síndrome do desuso. Fortaleza, 2008	63
13. Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de intolerância à atividade. Fortaleza, 2008	65

14. Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Capacidade de transferência prejudicada. Fortaleza, 2008	67
15. Distribuição das estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008	69
16. Distribuição das estatísticas de associação entre as características definidoras e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008	70
17. Distribuição das estatísticas de associação entre os fatores relacionados e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008	76
18. Distribuição das estatísticas de associação entre os fatores de risco e os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos portadores de acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008	78

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	18
3.1	Processo de enfermagem	18
3.2	Diagnóstico de enfermagem	19
3.3	Classe atividade/exercício	21
4	MATERIAIS E MÉTODOS	41
4.1	Tipo de estudo	41
4.2	Local do estudo	41
4.3	População e amostra do estudo	41
4.4	Período e operacionalização da coleta de dados	42
4.5	Organização e análise dos dados	44
4.6	Aspectos éticos e administrativos	46
4.7	Financiamento da pesquisa	47
5	RESULTADOS	48
6	DISCUSSÃO	81
7	CONCLUSÕES	99
	REFERÊNCIAS	102
	APÊNDICES	114
	ANEXOS	163

1 INTRODUÇÃO

A proposta deste estudo é contribuir para a atenção de enfermagem às pessoas que apresentaram acidente vascular encefálico (AVE) e estão na fase de reabilitação. Conforme se acredita, o enfermeiro, como profissional da equipe multidisciplinar de saúde e líder da equipe de enfermagem, deve desenvolver maneiras seguras e eficazes de cuidar, levando em consideração a promoção da saúde. Assim, as práticas de formas sistematizadas de cuidar melhoram a qualidade da assistência, bem como contribuem para o reconhecimento da importância das ações de enfermagem em qualquer nível de assistência à saúde (LIMA; PEREIRA; CHIANCA; 2006).

A preocupação em estudar os fenômenos de enfermagem relacionados à Atividade/Exercício justifica-se em virtude da limitação de movimentos físicos causar profundas alterações fisiológicas e bioquímicas em praticamente todos os órgãos e sistemas do corpo e exercer impacto direto sobre as necessidades básicas dos clientes (PEREIRA, 1997).

Inegavelmente, a mobilidade, capacidade de deslocamento do indivíduo pelo ambiente, é um componente da função física extremamente importante, e constitui pré-requisito para a execução das atividades de vida diária (AVD) e a manutenção da independência. Seu prejuízo pode gerar dependência e incapacidades (MACKNIGHT; ROCKWOOD, 1995). Esse conceito continua a ser adotado nos trabalhos atuais (OLIVEIRA; GORETTI; PEREIRA, 2006).

De acordo com Ferreira (2005), mobilidade é a qualidade ou propriedade do que é móvel, ou obedece às leis do movimento; facilidade de mover-se ou de ser movido; facilidade com que se passa de um estado para outro; facilidade de modificar-se ou variar.

Para Taylor, Lillis e LeMone (2007), a mobilidade é compreendida como a capacidade de controlar e relaxar grupos musculares que permitam ao indivíduo mover-se proposadamente no meio ambiente. Depende, pois, do funcionamento coordenado dos músculos, articulações e ossos, e está ligada muito fortemente ao conceito de saúde para a maioria dos indivíduos. É indispensável às pessoas, não apenas para a interação com outros indivíduos como também para ganhar seu sustento e para manter o funcionamento interno do organismo.

Assim, a mobilidade é o processo pelo qual o corpo utiliza o movimento para executar atividades da vida diária, auxiliar na manutenção das funções corporais e aperfeiçoar a capacidade física (PEREIRA, 1997).

Em consonância com essas definições, como consta na mesma fonte, o conceito central de mobilidade é a presença de movimento, ao considerá-lo um fenômeno universal, essencial para a existência, crescimento, desenvolvimento e sobrevivência humana. Possui um significado muito importante na sociedade, porquanto o movimento está, social e culturalmente, associado ao conceito de saúde, e serve para expressar emoções por meio de sinais não-verbais, autodefesa, satisfação das necessidades básicas do cotidiano e atividade de lazer, interação e funções sociais.

Freqüentemente o termo mobilidade é encontrado no contexto da saúde como aquisição de habilidades sensorial e motora que um indivíduo possui em se movimentar livremente e em interação com o ambiente nos vários estágios de desenvolvimento, permitindo a descrição desse conceito no campo do domínio físico, cognitivo, emocional e social. Nele está implícita a noção de ser móvel, adaptável, flexível, versátil e mutável (OUELLET; RUSH, 1992). Portanto, segundo Figueiredo, Machado e Porto (1996), sempre que existe uma situação desfavorável à mobilização, será gerada uma complicação.

No campo do domínio físico, a mobilidade traz como característica central a habilidade do indivíduo em se mover ou ser movido, por meio da liberdade de movimentos representados pelos inúmeros componentes físicos e mecânicos do corpo, cuja capacidade para atividade e repouso garante o estabelecimento e a manutenção das suas funções (PEREIRA, 1997).

Há um consenso na enfermagem segundo o qual a mobilidade compreende a habilidade em se mover livremente para satisfazer necessidades básicas. Por meio dos movimentos, o indivíduo é capaz de cuidar de si mesmo, ao preservar sua identidade e integridade e ao ampliar o conhecimento sobre si mesmo, sobre os outros e o ambiente (OUELLET; RUSH, 1992).

Embora este conceito possa estar associado à satisfação das necessidades básicas do indivíduo tanto no nível psicobiológico, como no psicossocial e no psicoespiritual, a mobilidade torna-se evidente quando é afetada por funções biológicas, e neste contexto é discutida dentro do domínio físico, quando a integridade do indivíduo está ameaçada ou afetada.

Nestas circunstâncias, a mobilidade afetada é vista dentro de uma perspectiva funcional pela inabilidade do indivíduo em se mover livremente. Essa inabilidade pode variar entre indivíduos em condições semelhantes e, em um mesmo indivíduo, em épocas diferentes. A limitação física pode ser súbita ou pode se desenvolver lentamente e, 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.

Uma das doenças que geralmente interferem na mobilidade do cliente é o acidente vascular encefálico, considerado um dos graves problemas de saúde pública, em razão da sua magnitude, transcendência e contribuição à letalidade de adultos e capaz de gerar incapacidades graves e dependência (RAMÍREZ, 2004).

Atualmente, o Brasil é um país em envelhecimento. Este fenômeno traz consigo alterações próprias do processo de senescência e, como agravante desse quadro, observa-se o freqüente aparecimento de polipatologias nessa faixa etária, em particular o acidente vascular encefálico(AVE) (LAVINSKY; VIEIRA, 2004). No entanto, as doenças do aparelho circulatório atingem também pessoas mais jovens, em idade produtiva.

Como mostram as estatísticas, a doença vascular encefálica é a primeira causa de incapacidade e a terceira causa de mortalidade nos Estados Unidos, com quase 600 mil casos e 160 mil mortes ocorrendo anualmente, precedida apenas por doenças cardíacas e câncer (ANDRÉ, 2006; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2000).

No Brasil, em 1996, a mortalidade por AVE foi de 56,1/100 mil habitantes (BRASIL, 1999). No Ceará, de acordo com determinados dados, os óbitos por doenças do aparelho circulatório (incluindo nestas as mortes por AVE) estão presentes em todas as faixas etárias. Torna-se, então, a primeira causa a partir dos 50 anos e se mantém assim até acima de 80 anos. Em 2004, neste Estado, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares foi de 44,8/100 mil habitantes (CEARÁ, 2005). Em Fortaleza, nesse mesmo ano, as doenças do aparelho circulatório corresponderam a 25,4% do total de internações realizadas no Sistema Único de Saúde em indivíduos acima de 65 anos (BRASIL, 2004).

De modo geral, a gravidade do problema de saúde manifesta-se ao analisar a evolução natural dos eventos vasculares cerebrais: a ocorrência do AVE varia de 5% a 15% durante o primeiro ano a até 4% no quinto ano. Durante o evento agudo a mortalidade é de 25% a 30%, no primeiro ano, e de 15% a 25% e até 60% no quinto ano. Portanto, diminui de maneira notável a expectativa de vida. Ademais, entre 25% e 40% dos sobreviventes permanecem com seqüelas que levam à dependência parcial ou total (RAMÍREZ, 2004).

No entanto, nas últimas décadas houve um declínio no risco de óbito por AVE registrado, o qual se dá de forma diferenciada entre as populações. Isto, porém, pode colaborar para o aumento da sua prevalência, porquanto não houve declínio de mesma proporção em sua incidência em todo o mundo (MELLO; COUTINHO; COELI, 2006).

Por acidente vascular encefálico entende-se uma lesão do sistema nervoso central, causada por interferência no fluxo normal de sangue para o cérebro. Pode incluir uma artéria ou veia, comprometendo a circulação cerebral, como resultado de oclusão ou hemorragia por ruptura de parede. É consequência de um processo patológico, como um trombo ou ateroma, possíveis de causar um estreitamento crítico, bloquear um vaso ou produzir isquemia com infarto; ou um vaso pode se romper e dar origem à hemorragia intracraniana ou subaracnóidea. Como mostra a literatura, a maioria dos casos de AVE apresenta-se como um déficit neurológico focal de início brusco. Pode estar estável, melhorar rapidamente ou piorar de forma progressiva (SMELTZER; BARE, 2005a).

O AVE é classificado em dois grandes grupos: o primeiro, denominado de não-hemorragico (isquêmico), corresponde a 85% dos casos e caracteriza-se como déficit neurológico resultante da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral. Pode ser transitório ou permanente, comumente causado por infarto cerebral. Inclui a oclusão trombótica, a oclusão embólica e a isquemia. O segundo grupo é o do hemorrágico e corresponde a 15% dos casos. Destes, cerca de 10% são hemorragias intraparenquimatosas e 5% hemorragias subaracnóideas. Este último grupo caracteriza-se como resultado do sangramento para dentro do tecido cerebral ou para dentro de um espaço, como o subaracnóide (SMELTZER; BARE, 2005a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, 2002).

Na fase aguda do AVE, o tratamento baseia-se em cuidados especializados médicos e de enfermagem, e requer observação minuciosa para detectar o surgimento de sinais de alteração da consciência que indiquem necessidade de cirurgia (SMELTZER; BARE, 2005a). Assim, urge a intervenção das instituições de assistência terciária que contam com tecnologia adequada nos diferentes países (RAMÍREZ, 2004).

Conforme André (2006), cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem um AVE morrem ao longo dos primeiros meses e a maior parte dos sobreviventes exibem deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas.

Destarte, além da elevada incidência, há também de se considerar as sérias consequências de saúde e sociais passíveis de resultar de um AVE, como as seqüelas de ordem física, de comunicação, funcionais e emocionais. Essas seqüelas implicam algum grau de dependência, principalmente no primeiro ano após sua ocorrência, com aproximadamente de 30 a 40% dos sobreviventes impedidos de voltarem ao trabalho e requerendo algum tipo de auxílio no desempenho de atividades cotidianas básicas (FALCÃO *et al.*, 2004).

Logo, quando a etapa aguda se conclui, é preciso se iniciar a reabilitação, a começar quando o cliente com AVE geralmente torna-se hemiplégico e requer cuidados. Estes

têm o propósito de prevenir deformidades, exercitar os membros afetados e ajudar o cliente a obter independência em suas atividades (ANDRÉ, 2006). Porém, grande parte dos clientes não tem acesso a um serviço especializado de reabilitação e não recebe as orientações dos profissionais de saúde necessárias para que junto aos seus cuidadores realizem atividades favoráveis à sua reabilitação.

As seqüelas do acidente vascular encefálico podem limitar de modo significativo o desempenho funcional dos clientes, ao gerar dependência de outros, tanto no meio hospitalar quanto no domiciliar. Isto acarreta conseqüências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e sobretudo na qualidade de vida.

Como já afirmado, o enfermeiro não deve se descuidar do seu papel assistencial e educacional na promoção da saúde. Diante disso, apesar da seqüela já estabelecida, este profissional deve buscar melhorar a qualidade de vida deste cliente, levando em consideração suas limitações, em especial nas atividades de reabilitação e de reintegração à sociedade.

Cuidar parece ser um papel específico e definidor de enfermagem, mas, em casos como este, a família é fator essencial para este cuidado e a enfermagem deve tê-la como aliada no tratamento destes clientes, mantendo-a sempre informada e orientada sobre a evolução do familiar.

Assim, a informação contribuirá para a obtenção do máximo possível do ganho de saúde, na perspectiva da promoção da saúde, na medida em que, por meio da informação repassada ao cliente ou cuidador, a doença que o acomete vai sendo contextualizada e remetida aos processos coletivos de determinação (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004). Contudo, as orientações sobre o cuidado não devem ser impostas, mas construídas junto com o cliente, considerado sujeito ativo e participativo da sua recuperação (BOCCHI; ANGELO, 2005).

A enfermagem exerce papel decisivo na assistência em todas as fases, incluindo a de reabilitação. A responsabilidade do cuidar em enfermagem exige que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo. Essa avaliação requer se adotar o diagnóstico de enfermagem como referência, como forma de expressar as necessidades de cuidados identificadas nas pessoas assistidas.

Quanto à contextualização da trajetória da mestrandia no cuidado de pessoas portadoras de AVE, ressalta-se o seguinte: iniciou-se em 2002 ao ingressar no Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, logo no primeiro semestre, mediante inserção no Projeto Ações Primárias em Saúde Cardiovascular, coordenado pela professora Thelma Leite de Araujo. Os integrantes do projeto discutiam sobre a assistência de enfermagem na hipertensão arterial e suas complicações. Na disciplina de semiologia no terceiro semestre do

curso manteve-se contato pela primeira vez com a sistematização da assistência de enfermagem. E, durante todo o curso, em estágios curriculares e extracurriculares e como bolsista de Iniciação Científica do mencionado projeto, desenvolveram-se trabalhos sobre diagnósticos de enfermagem.

Mais tarde, durante a prática profissional como enfermeira de uma unidade de emergência de determinado hospital público de Fortaleza, percebeu-se um número muito elevado de internações por AVE. Na maior parte das vezes, os clientes que sobreviviam, ao receberem alta hospitalar, iam para suas casas com seqüelas, sobretudo dificuldades de locomoção.

Diante desta situação, há três anos os integrantes do projeto vêm trabalhando mais particularmente com clientes acometidos por AVE após a fase aguda. Mas é visível a dificuldade para localizar esses clientes mesmo quando matriculados em programa de tratamento em virtude da hipertensão, pois o atual sistema de saúde existente na cidade de Fortaleza não dispõe de programas específicos de atendimento de reabilitação para as pessoas que sofreram acidentes vasculares encefálicos. Com base na informação dos próprios clientes, despertou-se para a atuação da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR), entidade responsável por atividades relacionadas à reabilitação física de clientes em geral, e da qual fazem parte apenas médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas. Portanto, o enfermeiro não se inclui na equipe de atendimento. Desta forma, o estudo ora elaborado pode contribuir para alertar o enfermeiro para este campo de atividade.

Em face do grande número de adultos acometidos por AVE e da escassez de trabalhos realizados no Brasil sobre diagnósticos de enfermagem em clientes que sobreviveram a esta doença, estudar os diagnósticos de enfermagem, mais especificamente da classe Atividade/Exercício em sobreviventes de AVE residentes em Fortaleza, reveste-se de importância para a enfermagem, porquanto diagnosticar e cuidar dos clientes na fase aguda não significa diagnosticar e cuidar das incapacidades resultantes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Analisar os diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício apresentados por clientes com acidente vascular encefálico no período de reabilitação.

2.2 Específicos

- ✓ Identificar os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares.
- ✓ Identificar as respostas humanas apresentadas por clientes acometidos por acidente vascular encefálico pós-agudo que se configurem como diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício.
- ✓ Levantar as características definidoras de cada diagnóstico de enfermagem da classe Atividade/Exercício e os fatores relacionados com cada resposta humana identificada.
- ✓ Verificar a associação entre os dados sociodemográficos e os indicadores de risco com os diagnósticos de enfermagem identificados.
- ✓ Verificar a associação entre as características definidoras, os diagnósticos de enfermagem, os fatores relacionados e os fatores de risco identificados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Processo de enfermagem

A enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano nas suas necessidades básicas, tornando-o independente desta assistência por meio da educação, da manutenção e da promoção da saúde (HORTA, 1979).

Assim, a enfermagem exerce papel fundamental no cuidar ao assumir uma atitude ampliada para além de um momento de zelo e de desvelo. Caracteriza-se por ser uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro, e, dessa forma, entra na natureza e na constituição de cada ser humano (BOFF, 1999).

Ao longo da sua história como profissão, a enfermagem busca acompanhar as mudanças ocorridas na sociedade. Isso tem exigido dos profissionais desta área reflexões sobre o processo de cuidar do cliente, com vistas a um cuidado que expresse o fazer de modo individualizado e metodologicamente sistematizado. Nessa busca, os enfermeiros têm construído um corpo teórico específico da enfermagem, cuja aplicabilidade depende do processo de enfermagem (SILVA, 2006).

Para se concretizar essa implementação do cuidado, a ciência da enfermagem está baseada em ampla estrutura teórica e o processo de enfermagem é o método por meio do qual a enfermagem é aplicada à prática. Seu propósito é oferecer estrutura na qual as necessidades do cliente, seja ele indivíduo, família ou comunidade, possam ser satisfeitas (BRANDALIZE; KALINOWSKI, 2005; TORRES ESPERÓN; PÉREZ SÁNCHEZ, 2002).

Entende-se, pois, o processo de enfermagem como um instrumento que permite identificar, compreender, descrever, explicar e predizer como os clientes respondem aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar as intervenções de enfermagem inerentes às respostas encontradas, proporcionando, assim, melhor qualidade de assistência (SILVA, 2006; GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Desta forma, o processo de enfermagem fornece condições para a tomada de decisões na assistência, por propiciar uma abordagem deliberativa de soluções de problemas para os quais se exigem habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, buscando-se a manutenção, restauração ou promoção da saúde, voltada à satisfação das necessidades do cliente e da família (SILVA, 2006).

É constituído de um conjunto de cinco etapas: coleta de dados (histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento (prescrição de enfermagem),

implementação e avaliação (SMELTZER; BARE, 2005b). Essas etapas focalizam a individualização do cuidado mediante uma abordagem de solução de problemas, fundamentada em teorias e modelos conceituais (GALDEANO *et al.*, 2003). Embora exista essa divisão, o processo de enfermagem funciona como um todo integrado e com suas etapas inter-relacionadas, independentes e recorrentes (SMELTZER; BARE, 2005b; PÉREZ HERNÁNDEZ, 2002).

3.2 Diagnóstico de enfermagem

Entre as etapas do processo de enfermagem, a de diagnóstico de enfermagem sobressai por se tratar de uma etapa dinâmica, sistemática, organizada e complexa. Isto significa não apenas uma simples listagem de problemas, mas o resultado de uma avaliação crítica e tomada de decisão (GALDEANO *et al.*, 2003; JESUS, 2000).

O diagnóstico de enfermagem fornece meios para propor intervenções de responsabilidade exclusiva do enfermeiro quanto aos problemas de saúde detectados. Proporciona o uso de linguagem própria do enfermeiro, e, desse modo, facilita a comunicação com os clientes (LIRA, 2005).

Ademais, propicia ao enfermeiro um foco distinto para estabelecer um resultado desejável com vistas a tomar decisões sobre quais intervenções são necessárias. Ele permite, também, um foco para a evolução diária do progresso do cliente e para revisão, caso necessária, do plano de cuidado (BRANDALIZE; KALINOWSKI, 2005; CARPENITO, 2002).

Como instrumento de trabalho do enfermeiro, o diagnóstico é uma forma de expressar as necessidades de cuidados identificadas nas pessoas alvo desses cuidados. Ao avaliar estas pessoas, o diagnóstico de enfermagem nada mais é do que a expressão de uma situação que, pelo julgamento, requer intervenção de enfermagem (ARAUJO *et al.*, 1998).

Desde quando o conceito diagnóstico foi introduzido na enfermagem, na década de 1950, os enfermeiros tentam defini-lo ampliando seu significado e relacionando-o à prática profissional. Esse interesse aumentou na década de 1970, com a idéia da criação de um sistema de classificação das práticas de enfermagem, consolidado na década de 1980, a partir do movimento dos enfermeiros norte-americanos para a construção de um sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem (PEREIRA, 1997; CROSSETTI, 1995).

Esse movimento está ligado à North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aceita pela American Nursing Association (ANA) como a classificação oficial de

diagnósticos de enfermagem, bem como reconhecida por muitos autores e pesquisadores como ponto de partida para a elaboração de planos de cuidados coerentes às reais necessidades do cliente (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006; CARPENITO, 2002).

Na IX Conferência realizada em 1990, a NANDA aprovou uma definição para diagnóstico de enfermagem válida até os dias atuais. Considerou-o, então, um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais ou potenciais. Ainda conforme destaca, constitui a base para seleção de intervenções de enfermagem para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2008).

O julgamento clínico consiste em um processo mental norteado pelos princípios da ciência e determinado pelo conhecimento, experiência, percepção e intuição do enfermeiro que procura fazer julgamentos com base em evidências. Este julgamento leva ao diagnóstico de enfermagem (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006).

Nesta definição, identificam-se, também, como características: o diagnóstico de enfermagem é feito pelo enfermeiro; é baseado nas respostas humanas do cliente aos processos vitais ou problemas de saúde, o que favorece ao enfermeiro amplo campo abrangência para sua atuação; o enfermeiro é responsável pelo julgamento clínico e pelas intervenções apropriadas ao diagnóstico identificado; é uma função independente do enfermeiro (BRANDALIZE; KALINOWSKI, 2005; NÓBREGA, 1991).

Como afirma Carpenito (2002), o uso de Taxonomia da NANDA define o foco do cuidado de enfermagem e dá aos enfermeiros exemplos de como a profissão difere de outras profissões da saúde. Nesse caso, os diagnósticos interpretados como títulos dados pelos enfermeiros podem ser usados como ilustração do foco da enfermagem.

Mas como tudo que é novo e requer mudanças comumente gera resistência, segundo alguns acreditam, por ser um sistema ou modelo importado (norte-americano), não reflete a prática de enfermagem brasileira. Outros defendem que essa Taxonomia aumenta o trabalho da enfermagem, e não é útil na prática assistencial. Todavia, o objetivo da Taxonomia não é ditar a assistência de enfermagem. Cabe-lhe uniformizar a linguagem de enfermagem e seu corpo de conhecimento (GRANDO, 2005; NÓBREGA, 2002).

Ao se referir ao assunto, Carpenito (2002) assim se pronuncia: Taxonomia é um tipo de classificação sistemática incluindo suas bases, princípios e regras. Até 1998 foi utilizada a Taxonomia I da NANDA, constituída por nove padrões de respostas humanas: escolher, comunicar, trocar, sentir, conhecer, mover, perceber, relacionar e valorizar. No entanto, após o surgimento de novos diagnósticos de enfermagem, os membros da NANDA

sentiram dificuldades em categorizar alguns desses diagnósticos. Com isso, o Comitê da Taxonomia percebeu a necessidade de uma nova estrutura taxonômica. Para tal, em 1998, foram escolhidos os padrões funcionais de Gordon, modificados, gradativamente, até a constituição da Taxonomia II da NANDA (NANDA, 2008).

Em 2001, foi publicada a Taxonomia II, a qual trabalha com domínios e classes, em substituição aos padrões de respostas humanas da Taxonomia anterior. Assim, na Taxonomia II, cada domínio é composto por classes e cada classe é composta por conceitos diagnósticos (BRAGA; CRUZ, 2003). Essa Taxonomia se caracterizou por ser multiaxial e por se organizar a partir de 13 domínios, 46 classes, 93 conceitos diagnósticos e 155 diagnósticos de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A Taxonomia II mais atual foi publicada em 2008, também é multiaxial na sua forma, e, desse modo, permite flexibilidade da nomenclatura e inclusão de acréscimos e modificações. Embora a NANDA (2008) seja composta pelo mesmo número de domínios (13) e 47 classes, inclui 187 diagnósticos de enfermagem. Entre os domínios está o de Atividade/Repouso com cinco classes. Uma das suas classes é denominada de Atividade/Exercício, com onze diagnósticos de enfermagem aprovados.

3.3 Classe Atividade/Exercício

De acordo com a NANDA (2008), a classe Atividade/ Exercício tem como definição mover partes do corpo (mobilidade), realizar trabalho ou desempenhar ações com frequência (mas não sempre) contra resistência.

A mencionada classe possui oito diagnósticos de enfermagem reais os quais descrevem respostas humanas a condições de saúde/ processos vitais que existem em um indivíduo, família ou comunidade. Os diagnósticos reais são sustentados pelas características definidoras (manifestações, sinais e sintomas), que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionados (NANDA, 2008, p. 377). Estes diagnósticos são: Mobilidade física prejudicada; Mobilidade no leito prejudicada; Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada; Capacidade de transferência prejudicada; Deambulação prejudicada; Estilo de vida sedentário; Fadiga e Intolerância à atividade.

O diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, central neste estudo, é definido como “Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades”. Suas características definidoras são: Amplitude limitada do movimento; Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas; Capacidade

limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas; Dificuldade para virar-se; Dispneia ao esforço; Engaja-se em substituições de movimentos; Instabilidade postural; Movimentos descontrolados; Movimentos lentos; Movimentos não-coordenados; Mudanças na marcha; Tempo de reação diminuído e Tremor induzido pelo movimento (NANDA, 2008, p. 190).

Além das características definidoras, a NANDA (2008, p.191) inclui os seguintes fatores relacionados para o diagnóstico de Mobilidade física prejudicada: Ansiedade; Atraso de desenvolvimento; Conhecimento deficiente quanto ao valor da atividade física; Contraturas; Controle muscular diminuído; Crenças culturais em relação à atividade apropriada para a idade; Descondicionamento; Desconforto; Desnutrição; Desuso; Diminuição da massa muscular; Dor; Enrijecimento das articulações; Estado de espírito depressivo; Estilo de vida sedentário; Falta de suporte socioambiental (por exemplo: físico ou social); Índice de massa corporal acima dos 75% apropriados para a idade; Intolerância à atividade; Medicamentos; Metabolismo celular alterado; Perda de integridade de estruturas ósseas; Prejuízo cognitivo; Prejuízos musculoesqueléticos; Prejuízos neuromusculares; Prejuízos sensorio-perceptivos; Relutância em iniciar o movimento; Resistência cardiovascular limitada; Resistência diminuída e Restrições prescritas de movimento.

Ademais, outros diagnósticos, também relacionados ao movimento, estão presentes. São eles: Mobilidade no leito prejudicada, Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada, Capacidade de transferência prejudicada e Deambulação prejudicada.

O diagnóstico de enfermagem Mobilidade no leito prejudicada é definido como “limitação para movimentar-se de forma independente de uma posição para outra no leito” e se caracteriza por: Capacidade prejudicada de: “esquivar-se” ou reposicionar-se na cama; mover-se da posição prona para a posição supina; mover-se da posição sentada com as pernas alongadas para a posição supina; mover-se da posição sentada para a posição supina; mover-se da posição supina para a posição prona; mover-se da posição supina para a posição sentada; mover-se da posição supina para a posição sentada com as pernas alongadas e de virar-se de um lado para o outro. Seus fatores relacionados são: Conhecimento deficiente; Descondicionamento; Dor; Força muscular insuficiente; Limites ambientais; Medicamentos sedativos; Obesidade; Prejuízo cognitivo; Prejuízo musculoesquelético e Prejuízo neuromuscular (NANDA, 2008, p. 192-193).

Em relação à Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada, este diagnóstico é definido como “limitação da operação independente com cadeira de rodas pelo ambiente”, caracterizado por: Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em: active;

declive; superfície irregular; meio-fio; sobre superfície regular; Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em: aative; declive; superfície irregular; no meio-fio e sobre superfície regular. Seus fatores relacionados são: Conhecimento deficiente; Descondicionamento; Dor; Força muscular insuficiente; Humor depressivo; Limites ambientais; Obesidade; Prejuízo cognitivo; Prejuízo musculoesquelético; Prejuízo neuromuscular; Resistência limitada e Visão prejudicada (NANDA, 2008, p. 188-189).

Quanto à Capacidade de transferência prejudicada, apresenta como definição “limitação ao movimento independente entre duas superfícies próximas”. Possui as seguintes características definidoras: Incapacidade de transferir-se da cadeira para: cama; posição de pé; o carro; o chão; Incapacidade de transferir-se da cama para: cadeira e posição de pé; Incapacidade de transferir-se da posição de pé para: cadeira; cama e chão; Incapacidade de transferir-se: do carro para a cadeira; do chão para a posição de pé; entre superfícies de níveis diferentes; para dentro ou para fora da banheira; para dentro ou para fora do chuveiro; para ou da cadeira higiênica e para ou do vaso sanitário (NANDA, 2008, p. 263).

Seus fatores relacionados são: Descondicionamento; Dor; Equilíbrio prejudicado; Falta de conhecimentos; Força muscular insuficiente; Limitações ambientais; Obesidade; Prejuízo cognitivo; Prejuízo musculoesquelético; Prejuízo neuromuscular e Visão prejudicada (NANDA, 2008, p. 264).

Enfim, o diagnóstico de enfermagem Deambulação prejudicada tem a seguinte definição: “limitação à movimentação independente, a pé, pelo ambiente”. As características definidoras são: Capacidade prejudicada de andar em: aative; declive e sobre superfícies irregulares; Capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias; Capacidade prejudicada de subir e descer de calçadas (meio-fio) e Capacidade prejudicada de subir escadas. Seus fatores relacionados são: Capacidade de resistência limitada; Descondicionamento; Dor; Equilíbrio prejudicado; Falta de conhecimentos; Força muscular insuficiente; Humor deprimido; Limitações ambientais; Medo de cair; Obesidade; Prejuízo cognitivo; Prejuízo musculoesquelético; Prejuízo neuromuscular e Visão prejudicada (NANDA, 2008, p. 88-89).

As características definidoras destes diagnósticos de enfermagem referem-se aos indicadores clínicos agrupados como manifestações apresentadas ou referenciadas pelo cliente para indicar que o problema de mobilidade existe.

Referente à amplitude do movimento, esta indica o movimento da articulação ao longo de sua plena extensão em um dos três planos do corpo: sagital, frontal e transversal (SMELTZER; BARE, 2005c; JANA; WEINDEL, 1999). Cada articulação do corpo humano

possui uma amplitude potencial de movimentação considerada normal para a articulação e mantida por meio das partes, como pescoço, ombros, cotovelos, antebraço, punho, dedos das mãos, polegar, quadril, joelhos, tornozelos, pés e dedos dos pés (JANA; WEINDEL, 1999) (ANEXO A). Um cliente com AVE normalmente tem amplitude limitada do movimento, em especial quando fica hemiplégico e com paralisia unilateral (SMELTZER; BARE, 2005c).

O AVE é uma doença dos neurônios motores superiores e resulta na perda do controle voluntário em relação aos movimentos motores. Como os neurônios motores superiores decussam (cruzam), um distúrbio do controle motor voluntário em um lado do corpo pode refletir a lesão dos neurônios motores superiores no lado oposto do cérebro. Neste caso, a disfunção motora mais comum é a hemiplegia em decorrência da lesão do lado oposto do cérebro. Outro sinal é a hemiparesia, ou fraqueza de um lado do corpo (SMELTZER; BARE, 2005a).

Diante disso, o cliente sente dificuldade para desempenhar as atividades motoras finas de desenhar, recortar, encaixar, fazer a preensão dos objetos, a coordenação motora fina, assim como desempenhar as atividades motoras grossas, pois custa-lhe manter controle cefálico (levantar a cabeça) e movimentar-se. Além disso, seus movimentos são lentificados (SMELTZER; BARE, 2005a).

Outra consequência da hemiplegia e da hemiparesia é o prejuízo para mobilidade no leito, pelo fato do cliente ficar, em alguns casos, muito tempo neste local. A imobilidade leva à fraqueza progressiva e ao desenvolvimento de atrofia por desuso (SMELTZER; BARE, 2005c).

Consoante se sabe, o cerebelo é responsável pela coordenação, equilíbrio e regulação temporal de todos os movimentos musculares originados nos centros motores do córtex cerebral. Portanto, a função cerebelar comprometida resulta na perda do tônus muscular, fraqueza e fadiga, com consequente instabilidade postural e perda de equilíbrio durante as atividades diárias (SMELTZER; BARE, 2005a).

Como a coordenação resulta da integridade neuromuscular, a falta de integridade do sistema nervoso e/ou muscular reduz a capacidade de execução dos movimentos voluntários e produtivos (ANDRIS, 2006).

Assim, os movimentos descontrolados podem ocorrer em virtude da incoordenação motora quando os movimentos não são realizados regularmente e com perfeição, em contraste com a integridade da força muscular (SILVA, 2003a). Além disso, em clientes com AVE podem acontecer reflexos tendinosos profundos hiperativos, diminuição ou ausência dos

reflexos superficiais e presença de reflexos patológicos, levando a pessoa a executar movimentos descontrolados (SMELTZER; BARE, 2005a).

Em relação aos reflexos tendiosos profundos, estes se verificam quando um estímulo súbito causa o estiramento do músculo. Durante o exame neurológico é importante a avaliação dos reflexos tendiosos profundos do bíceps, do tríceps, da braquiorradial, do patelar, do quadríceps e o reflexo do tendão-de-aquiles (ANDRIS, 2006). Tais reflexos, segundo a mesma fonte, são classificados de acordo com a seguinte escala:

- 0 – impulsos ausentes
- +1 – impulsos diminuídos
- +2 – impulsos normais
- +3 – impulsos aumentados, mas que podem ser normais
- +4 – impulsos hiperativos.

Para se testar os reflexos superficiais usa-se a estimulação da pele ou das membranas mucosas. Como são reflexos cutâneos, quanto mais tentar induzi-los sucessivamente, menor será a resposta obtida. Portanto, devem ser observados com cuidado na primeira estimulação. Para adultos é viável a observação do reflexo de Babinski e o abdominal.

Em relação ao tremor, este é um estado patológico que consiste na presença de movimentos rápidos e involuntários, bem visíveis nas extremidades. No AVE, em virtude das alterações dos neurônios motores e conseqüentemente dos reflexos, como citado, podem-se perceber tremores induzidos pelo movimento reflexo involuntário (SMELTZER; BARE, 2005a).

No referente à marcha, este termo é utilizado para descrever uma maneira ou estilo particular de caminhar compassadamente um percurso a pé. Isso constitui um movimento de propulsão do corpo caracterizado por um ritmo alternado de alongamento e encurtamento dos membros inferiores aos quais se associam o balanceamento harmônico do tronco e dos membros superiores (SILVA, 2003b).

Neste movimento, a mobilidade total e sem restrições requer controle motor voluntário e sensorial completo para todas as regiões do corpo, e qualquer dano ou agressão a qualquer parte da unidade pode provocar disfunção de toda a unidade (SMELTZER; BARE, 2005a).

Como afirmam Jana e Weindel (1999), a marcha inicia-se quando o calcanhar de uma das pernas bate no chão e termina quando o calcanhar dessa mesma perna bate no chão

novamente. Esse intervalo igual a 100% do ciclo da marcha dura um segundo para uma caminhada confortável.

Um cliente com AVE pode estar com hemiplegia, hemiparesia, perda de equilíbrio e conseqüente dificuldade na marcha ou mesmo incapacidade de transferir-se de um local para outro ou até de uma posição para outra.

Para avaliar uma das características deste diagnóstico poderá ser utilizada a Escala de Barthel, especificamente o item subir escadas (Anexo C):

- 0. Incapaz
- 5. Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda de suporte)
- 10. Independente.

Para avaliar outra destas características definidoras pode-se utilizar o item transporte (da cama para a cadeira e vice-versa) da Escala de Barthel (Anexo C):

- 0. Incapaz, não tem equilíbrio para sentar
- 5. Grande ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar
- 10. Pequena ajuda (verbal ou física)
- 15. Independente.

No concernente aos fatores relacionados, ou etiológicos, estes indicam o conjunto de fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais ou espirituais possíveis de ocasionar ou contribuir para uma reação no cliente.

Todo organismo é constituído de estrutura óssea destinada a dar-lhe sustentação e a desempenhar determinadas funções. Entre estas as anatômicas (mecânicas) e fisiológicas, as quais protegem os órgãos e tecidos internos; estabilizam e sustentam o corpo; proporcionam uma superfície para a inserção de músculos, ligamentos e tendões; movimentam-se por meio da ação de “alavanca” quando contraídos; produzem hemácia na medula óssea; armazenam sais minerais (ANDRIS, 2006). Desta forma, alterações ósseas interferem na mobilidade física de um cliente.

Ainda de acordo com a mesma fonte, a articulação é a junção de dois ou mais ossos. As articulações estabilizam os ossos e possibilitam um tipo específico de movimento. A mobilidade articular, afirmam Jana e Weindel (1999), está limitada pelos ligamentos, músculos e estrutura da articulação.

O movimento dos ossos e articulações compreende processos ativos a serem cuidadosamente integrados para obter a coordenação. Caso haja perda da integridade da estrutura óssea, o equilíbrio estará prejudicado. Como o osso faz parte do sistema

musculoesquelético, qualquer alteração da estrutura óssea acarreta danos a tudo que é decorrente desse sistema.

Desse modo, um indivíduo com enrijecimento das articulações ou contraturas poderá sentir dor e ter dificuldade de movimentar o membro do qual a articulação faz parte. Se o enrijecimento atingir todas as articulações do corpo, poderá comprometer até a marcha.

O sistema musculoesquelético é constituído de músculos, tendões, ligamentos, ossos, cartilagem, articulações e bursas. Essas estruturas trabalham juntas para produzir movimentos esqueléticos (SILVA, 2003b). Conforme se percebe, esse sistema é o mais volumoso do organismo e sujeito à contínua variação de solicitações mecânicas e a traumatismos decorrentes de atividades habituais. Lesões e doenças crônico-degenerativas são exemplos de patologias que podem resultar em deformidades e prejuízo na função do corpo, ao limitar a capacidade do cliente para as atividades da vida diária e, inclusive, para a locomoção (JANA; WEINDEL, 1999).

Consoante Porto (1996), a lesão ou destruição de qualquer parte do sistema nervoso ou do sistema musculoesquelético causa alteração na produção de neurotransmissores, sua transferência pela fenda sináptica ou ativação da atividade muscular, de forma que o movimento pode ser prejudicado, parcialmente ou totalmente.

Conforme se sabe, o sistema neurológico controla a função corporal e está relacionado a todos os outros sistemas do organismo (ANDRIS, 2006). Os movimentos e a postura são regulados pelo sistema nervoso central, mais precisamente pelo giro pré-central ou córtex motor, principal área motora voluntária localizada no córtex cerebral. Isto é feito por meio das terminações nervosas aferentes, ao se dirigirem para o núcleo da célula nervosa, e das terminações eferentes, que se dirigem do núcleo para a periferia, levando estímulos à medula espinhal e ao sistema nervoso central, e trazendo as respostas até os músculos (SMELTZER; BARE, 2005a).

Neste caso exige-se força referente à capacidade de trabalho de um músculo ou de um grupo muscular. Esta é resultado de complexas integrações neuromusculares, mais do que simplesmente uma função linear do tamanho do músculo, pois depende da capacidade deste de produzir tensão, e da habilidade do sistema nervoso em ativá-lo (GUYTON; HALL, 2002).

Rotineiramente a força muscular é testada pela avaliação da capacidade do cliente de flexionar ou estender os membros contra uma resistência. A função de um determinado músculo ou grupo de músculo é avaliada ao se colocar um músculo em desvantagem (SMELTZER; BARE, 2005c). Como consta nesta mesma fonte, a força muscular pode ser classificada em uma escala de cinco pontos, assim especificada:

- 0 – nenhuma contração
- 1 – força contrátil mínima
- 2 – capacidade de mover, mas não de superar a força da gravidade
- 3 – força apenas suficiente para superar a força da gravidade
- 4 – força adequada, mas não total
- 5 – força plena de contração.

De modo geral, os clientes com comprometimento do sistema nervoso, ósseo ou muscular e aumento da fraqueza e da fadiga não conseguem movimentar-se de forma independente no leito (JANA; WEINDEL, 1999).

Para o tratamento de muitas enfermidades, prescreve-se repouso no leito com vistas a possibilitar uma gradual recuperação da capacidade funcional do indivíduo (PERERIRA, 1997). Como observado, o efeito do descondicionamento muscular associado à falta de atividade física pode ser aparente em alguns dias e a pessoa com condições de normalidade em repouso no leito perde força muscular em níveis basais a uma taxa de 3% ao dia. O repouso no leito também está associado com alterações cardiovasculares, esqueléticas e em outros órgãos (JANA; WEINDEL, 1999). Ademais, os estados funcional e musculoesquelético podem ser ainda mais comprometidos quando se acrescenta a hemiplegia, dificuldade de mobilidade e confinamento a um leito.

Além disso, um cliente com AVE que está com sua mobilidade prejudicada, com força muscular diminuída e faz uso de cadeira de rodas tem grande probabilidade de não conseguir operar essa cadeira de roda independente da ajuda de outras pessoas, tanto em superfícies regulares ou irregulares, quanto em aclives ou declives e em calçadas.

Como o sistema cardiovascular é responsável pela distribuição de sangue oxigenado aos tecidos e pela remoção dos produtos residuais (ANDRIS, 2006), um cliente com resistência cardiovascular limitada poderá se sentir cansado ao menor esforço. Desse modo, não consegue executar nem mesmo as atividades da vida diária.

Assim, a tolerância à atividade física deve ser observada. A tolerância à atividade é um tipo e uma quantidade de exercício ou trabalho que a pessoa é capaz de desempenhar e depende das demandas fisiológicas, emocionais e de desenvolvimento por ela apresentadas. Pode ser decorrente de desordens sistêmicas cardiovasculares e respiratórias, alterações no sistema musculoesquelético, com diminuição da massa muscular, alterações emocionais e do desenvolvimento, comprometendo a marcha.

Em relação ao desenvolvimento, este corresponde à alteração e expansão gradual, um avanço a partir de estágios mais inferiores para os mais avançados de complexidade. É a

capacidade emergente e em expansão do indivíduo por meio do crescimento, maturação e aprendizado. Um atraso no desenvolvimento pode influenciar o surgimento de doenças ou mesmo dificuldade para a recuperação de alguma patologia (WONG, 1999).

Para fornecer a energia necessária ao funcionamento dos órgãos e ao movimento corporal, o corpo precisa de combustível no intuito de manter a temperatura corporal e proporcionar os materiais básicos indispensáveis à função enzimática, crescimento, substituição e reparo das células. Então, o metabolismo alterado acarretará prejuízo a todo o organismo. Qualquer cliente com um distúrbio que interfere na habilidade de ingerir, digerir ou absorver nutrientes adequados deve ser considerado em risco (JANA; WEINDEL, 1999).

No seu dia-a-dia as pessoas negligenciam as atividades físicas. Estimativas nacionais apontam para um alto índice de sedentarismo em nossa população: mais da metade das pessoas exercem pouca ou nenhuma atividade física (BRASIL, 2002). Entre as razões da inatividade estão o desconhecimento sobre como se exercitar, as finalidades de cada exercício, as limitações de alguns grupos populacionais e percepções distorcidas em relação aos benefícios do movimento (DOMINGUES; ARAÚJO; GIGANTE, 2004).

Após um AVE, os indivíduos podem apresentar falta de condicionamento muscular em virtude de limitação ao leito, sem realização de atividades, assim como resistência diminuída. Surge, então, a atrofia de desuso. Este termo tem sido utilizado para descrever a redução patológica no tamanho normal das fibras musculares após uma inatividade prolongada devido ao repouso no leito, ao trauma, ao aparelho gessado ou à lesão local no sistema nervoso periférico (JANA; WEINDEL, 1999).

Além do sedentarismo, a obesidade é outro fator relacionado com a mobilidade do cliente. É considerada um problema de saúde pública e pode ser definida como um distúrbio do metabolismo energético, caracterizado pelo excesso de peso relativo para a idade, a altura e o sexo, no qual ocorre um acúmulo excessivo de triglicérides nas células adiposas, implicando prejuízos para a saúde (OLIVEIRA; ESCRIVÃO, 2001).

Para a avaliação da obesidade utiliza-se o Índice de Massa Corporal (IMC), isto é, a relação entre peso em quilogramas e a estatura em metros, elevada ao quadrado (kg/m^2). Para adultos considera-se o seguinte IMC: Baixo peso < 18,5 ; Normal - 18,5 a 24,9; Sobrepeso - 25 a 29,9; Obesidade grau I - 30 a 34,9; Obesidade grau II - 35 a 39,9; Obesidade grau III (obesidade extrema) ≥ 40 (BURKE, 2005).

Na sua função normal, o sistema nervoso recebe informação dos órgãos nervosos sensoriais, passa-a por meio de canais ampliados e integra a informação dentro de uma resposta significativa. A percepção é um dos três componentes de qualquer experiência

sensorial que tem como definição o reconhecimento da reação a estímulos sensoriais; o ato ou processo mental pelo qual a memória de certas qualidades de um ato, uma experiência ou um objeto se associam a outras qualidades que impressionam os sentidos, ao tornar possível o reconhecimento e a interpretação de novos dados sensoriais (JANA; WEINDEL, 1999).

Ainda conforme a mesma fonte, um cliente com privação sensorial cognitiva apresenta capacidade reduzida para aprender, incapacidade para pensar ou resolver problemas, desempenho precário da tarefa, desorientação, pensamento bizarro, regressão e aumento da necessidade de socialização. Portanto, os mecanismos da atenção estão alterados.

Em geral, as pessoas com enfermidades ou distúrbios que comprometem o sistema nervoso central apresentam comprometimento significativo da capacidade de raciocínio e de percepção. Desse modo, prejudicam sua capacidade de perceber, compreender e utilizar as informações, bem como as funções sensoriais para realizar atividades intelectuais, tomar decisões e comunicar-se com outras pessoas, tendo como resultado a inatividade e o confinamento no leito (PEREIRA, 1997).

Diante desses comportamentos, podem surgir ansiedade e depressão. A ansiedade constitui uma reação subjetiva a uma ameaça real ou imaginária, é um sentimento inespecífico de inquietação e medo. Pode ser leve, moderada ou grave. Enquanto a ansiedade leve causa pequeno desconforto físico ou psicológico, a grave pode ser incapacitante ou até mesmo implicar risco de morte. Todos experimentam ansiedade ocasionalmente, como uma resposta normal ao perigo real, que prepara o corpo, por meio do estímulo dos sistemas nervosos simpático e parassimpático, para a ação adequada. Também é uma resposta normal ao estresse físico e emocional, passível de ser produzida por todas as doenças. Quando não justificada, a ansiedade excessiva pode indicar um problema psicológico subjacente (BAIKIE, 2006).

Quanto à depressão, esta é um distúrbio do humor caracterizado por sentimentos de tristeza, desespero e perda do interesse ou prazer nas atividades. Esses sentimentos podem estar associados a queixas somáticas, como alterações do apetite, distúrbios do sono, inquietude ou letargia e dificuldade de concentrar-se. Também pode haver pensamentos de automutilação e suicídio (BAIKIE, 2006).

Consoante Valbona (1986), a entrada sensitivo-sensorial limitada, combinada com uma percepção pessoal de improdutividade, constitui o principal fator contribuinte para a síndrome ansiedade-depressão tão constante na pessoa imobilizada. Ao mesmo tempo, a estada prolongada no leito pode significar manifestação de depressão, pois a pessoa deprimida acredita que ao ficar no leito e dormir durante uma enfermidade crônica, todas as suas preocupações desaparecerão e a depressão também (VALLBONA, 1986).

Em todas estas situações, surge o desconforto, associado a uma condição de mal-estar do cliente. Tal condição pode ou não se associar à dor, a qual pode ser definida como uma desagradável experiência sensorial e emocional relacionada a uma lesão tecidual já existente ou potencial, ou relatada como se uma lesão existisse (SMELTZER; BARE, 2005d).

Tipos específicos de danos orgânicos ou perturbações psicológicas produzem tipos exclusivos de desconforto e/ou de dor, e podem ser traduzidos pelo prejuízo na habilidade para se movimentar, com respostas diferenciadas em um mesmo cliente ou em clientes diferentes. De modo geral, as síndromes musculoesqueléticas são as causas mais frequentes de desconforto e/ou de dor (HOOD, 1995; TEIXEIRA *et al.*, 1995; PEREIRA, 1997).

Além disso, estas pessoas, em virtude do desequilíbrio, sentem medo de cair. Tal medo é considerado a maior causa de relutância do cliente em tentar se movimentar, e gerador de uma séria complicação, pois é o maior fator da perda de confiança e independência. Pode ainda limitar seus movimentos como um mecanismo de aliviar ou impedir a manifestação de sinais e sintomas como dor e desconforto, dispnéia, tontura e taquicardia. Estas respostas são individuais, e refletem de que modo o estado mental, psicológico e emocional do cliente contribui para a mobilidade ou não (PEREIRA, 1997).

Crenças relacionadas à causa da doença e manutenção da saúde constituem parte integrante da herança cultural das famílias (WONG, 1999). Conforme sua faixa etária, as pessoas executam determinadas atividades quer estejam saudáveis ou doentes. No entanto, em decorrência da cultura, se privam de desempenhar algumas atividades do seu interesse por não se enquadrarem à sua idade.

Fator fundamental na recuperação do cliente é o ambiente. Quando este é favorável, seu efeito sobre a saúde é decisivo. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis (BRASIL, 2001). Sabe-se que no Brasil há profunda desigualdade social e econômica. Desse modo, as pessoas que adoecem e não têm boas condições financeiras ficam em ambientes completamente desfavoráveis à sua reabilitação. Muitas não têm sequer onde morar. Além disso, nem as próprias avenidas e nem os espaços públicos são estruturados para as pessoas idosas, deficientes físicos e doentes de forma geral.

Outro componente na recuperação do portador de AVE são os medicamentos. Após um AVE o cliente usa alguns medicamentos específicos para tentar evitar ou retardar a manifestação de outro episódio e melhorar as seqüelas. Medicamento é toda substância química que modifica uma função do organismo (TIMBY, 2001). Como mostra a literatura, o AVE está associado a muitas co-morbidades e ocorre com maior frequência em pessoas idosas, as quais, geralmente, já tomam muitas medicações. Isto ocorre em virtude, também, do

maior número de doenças crônicas nessa faixa etária. A maior parte dessas doenças constitui fator de risco para o AVE, sobretudo porque grande número de medicações pode levar a interações medicamentosas e estar relacionado com a mobilidade prejudicada (SMELTZER; BARE, 2005a).

Outro diagnóstico de enfermagem da classe Atividade/Exercício é o Estilo de vida sedentário e “refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física”. Apresenta como características definidoras: Demonstra falta de condicionamento físico; Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos e Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico. Seus fatores relacionados são: Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde; Falta de interesse; Falta de motivação; Falta de recursos e Falta de treino para fazer o exercício físico (NANDA, 2008, p. 134).

Atualmente, conforme já está bem estabelecido, uma rotina diária com exercícios físicos ajuda na prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares, em virtude dos efeitos benéficos sobre o sistema cardiovascular e sobre o controle dos demais fatores de risco (NEGRÃO *et al.*, 1996; FORJAZ *et al.*, 2002). Com a idade, o estilo de vida sedentário aumenta e também se eleva naturalmente a incidência de doenças cardiovasculares. Contudo, apenas 34% dos homens e 27% das mulheres com mais de 65 anos de idade escolhem uma rotina diária com exercício físico (DIOGUARDI *et al.*, 2005).

Essa característica pode ser identificada se o cliente demonstrar que exerce somente as atividades da vida diária (AVD) e as atividades operacionais da vida diária (AOVD) e não pratica exercícios físicos, no mínimo, três vezes por semana, por pelo menos trinta minutos, de forma regular. As AVD relacionam-se ao autocuidado, cujas características específicas são as ações requeridas para manter o desempenho das atividades cotidianas em um dia normal. Incluem as tarefas básicas, como comer, vestir, tomar banho. As AOVD também são atividades executadas em um dia normal, como fazer compras, lavar roupa, ir ao banco, preparar comidas e as atividades do trabalho (MARTINEZ MARCOS *et al.*, 1996; GUIRAO-GORIS; MORENO PINA; MARTINEZ DEL CAMPO, 2000).

Mencionada característica pode ser avaliada por meio do instrumento COOP/WONCA, proposto pelos estudiosos que validaram o diagnóstico. Esse instrumento mensura a qualidade de vida relacionada com a saúde na atenção primária. É composto por sete tópicos destinados a avaliar o estado funcional do paciente durante as duas últimas semanas. São eles: forma física, sentimentos, atividades sociais, atividades cotidianas, mudança no estado de saúde, estado de saúde e dor.

Cada tópico avalia determinada dimensão da qualidade de vida. Para a avaliação dos tópicos adotam-se símbolos reconhecidos internacionalmente e escala de pontos de 1 a 5. Nestes tópicos, as pontuações mais altas indicam piores capacidades funcionais. O tópico forma física é avaliado a partir da pergunta: *Qual tem sido a máxima atividade física que você pode realizar, durante pelo menos dois minutos, nas duas últimas semanas?* A pessoa seleciona, entre as figuras ilustrativas, aquela com a qual ela mais se identifica. Várias são as opções: Muito intensa (1 ponto), Intensa (2 pontos), Moderada (3 pontos), Leve (4 pontos) ou Muito leve (5 pontos) (TUDELA; FERRER, 2002).

Para os estudiosos que validaram o diagnóstico, pouca atividade física refere-se à prática das atividades da vida diária, atividades operacionais da vida diária e atividades físicas realizadas por menos de trinta minutos e menos que três vezes por semana (GUIRAO-GORIS; MORENO PINA; MARTINEZ DEL CAMPO, 2000).

Ao analisar os fatores relacionados deste diagnóstico, entre as razões da inatividade está o desconhecimento sobre a importância da atividade física, como se exercitar, as finalidades de cada exercício, as limitações de alguns grupos populacionais e percepções distorcidas em relação aos benefícios do movimento (DOMINGUES; ARAÚJO; GIGANTE, 2004).

De modo geral, a maior parte da população não conta com treinamento adequado para a realização de exercícios físicos. Isso pode ser justificado pelo fato das pessoas não terem condições financeiras para pagar um educador físico. Ademais, ainda há limitado incentivo do governo. Como se sabe, são poucos os programas que oferecem acompanhamento de profissionais de nível superior para coordenarem atividades físicas com a população mais desfavorecida economicamente.

Destes fatores, um dos principais a influenciar diretamente a participação na prática de atividades físicas é o nível socioeconômico, sobretudo porque para tal se requer, na maior parte das vezes, gasto financeiro com a própria atividade e com o transporte. Outro obstáculo encontrado é o tempo despendido pelas pessoas para realizarem as atividades. Além disso, a companhia de outra pessoa é muito importante, mas raramente duas pessoas, principalmente da mesma família, têm condições financeiras para praticarem atividade e a mesma disponibilidade de tempo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2002).

Isso se agrava quando se está doente, porquanto os gastos com medicações já são, às vezes, superiores à real condição financeira. Diante disto, praticar atividade física não é prioridade. Se a doença levar à dificuldade de mobilidade física, o agravante é maior, pois

existem poucos transportes e espaços bem estruturados para práticas dessas atividades, e em especial para pessoas com incapacidades físicas.

Somado a estas condições, inclui-se a motivação. Esta pode ser definida como conjunto de fatores que determinam a atividade e a conduta individual (FERREIRA, 2005). Muitas pessoas não se sentem motivadas a praticar atividades físicas, principalmente quando estão doentes.

Como consta na mesma fonte, o interesse pode ser definido como grande atenção, empenho, vantagem, proveito, benefício (FERREIRA, 2005). Muitas vezes, as pessoas não têm interesse em realizar uma atividade física porque não conseguem perceber vantagens ou benefícios nessa prática. Isso se deve, quase sempre, à falta de conhecimento dos indivíduos sobre a importância da prática de atividade física.

A Fadiga (outro diagnóstico de enfermagem da classe Atividade/Exercício) é considerada como “uma sensação opressiva e sustentada da exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”. Suas características definidoras são: Aumento das necessidades de repouso e das queixas físicas; Cansaço; Concentração comprometida; Desatento; Desempenho diminuído; Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca; Falta de energia; Incapacidade de: manter as rotinas habituais; o nível habitual de atividade física e restaurar energias mesmo após o sono; Introspecção; Letárgico; Libido comprometida; Necessidade percebida de energia adicional para realizar tarefas de rotina; Sentimentos de culpa por não cumprir suas responsabilidades; Sonolento; Verbalização de uma constante falta de energia e de uma opressiva falta de energia (NANDA, 2008, p. 139).

Como fatores relacionados para o diagnóstico de Fadiga, a NANDA (2008, p.140), propõe, entre outros, os seguintes: Ansiedade; Depressão; Estilo de vida sedentário; Estresse; Barulho; Luzes; Temperatura; Umidade; Eventos negativos na vida; Ocupação; Anemia; Condição física debilitada; Esforço físico aumentado; Estados de doença; Gravidez; Má nutrição e Privação de sono.

Como diagnóstico de enfermagem, a Fadiga ainda tem um conceito imaturo, ou seja, um conceito sobre o qual existem poucas informações na literatura, em decorrência da escassez de pesquisas sobre o fenômeno. Como a fadiga é comum e importante para diversos cenários de atenção à saúde, são indispensáveis também os estudos geradores de conhecimentos úteis ao diagnóstico de enfermagem, mensuração e tratamento do fenômeno (MOTA, 2005).

Segundo afirmam Araújo e Bachion (2005), a fadiga pode ser um indicador de depressão ou sintoma de doença como anemia ou cardiopatia, e várias vezes é caracterizada por aumento das queixas físicas, falta de energia ou incapacidade de manter o nível habitual de atividade física.

Entre os antecedentes de fadiga incluem-se os mais diversos como, por exemplo, atividade física intensa, esforço prolongado ou excessivo, depressão, gestação e parto, presença de doenças e distúrbios do sono. Esses inúmeros antecedentes tendem a aumentar com a realização de novos estudos que resultam em descobertas sobre as causas do fenômeno (MOTA, 2005).

Quanto os conseqüentes da fadiga, mencionam-se letargia, sonolência, diminuição da motivação, atenção, paciência e concentração, sofrimento, necessidade extrema de descanso e mal-estar. Vale mencionar que as implicações destes conseqüentes para o indivíduo fatigado são evidentes e constituem os principais focos de ação dos profissionais. Ainda conforme Mota (2005), os conseqüentes produzem sofrimento e devem direcionar o manejo e controle do fenômeno.

Sobre a influência dos fatores relacionados deste diagnóstico, podem estar ocasionando reação no cliente com AVE ou contribuindo para seu surgimento.

A Intolerância à atividade é outro diagnóstico real da classe em estudo e tem como definição “energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas”. Possui como características definidoras: Alterações eletrocardiográficas refletindo arritmias; Alterações eletrocardiográficas refletindo isquemia; Desconforto aos esforços; Dispnéia aos esforços; Relato verbal de fadiga; Relato verbal de fadiga ou fraqueza; Relato verbal de fraqueza; Resposta anormal da frequência cardíaca à atividade e Resposta anormal da pressão sanguínea à atividade. Seus fatores relacionados são: Estilo de vida sedentário; Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio; Fraqueza generalizada; Imobilidade e Repouso no leito (NANDA, 2008, p. 38).

Atualmente, para o registro gráfico da atividade elétrica do coração, o exame adequado é a eletrocardiografia (ECG). A propagação do impulso elétrico por meio do coração produz correntes elétricas fracas ao longo de todo o corpo, as quais podem ser detectadas e amplificadas pela máquina de ECG e registradas em um papel calibrado (JACOBSON, 2000a).

Quando há distúrbios do ritmo cardíaco, surgem as arritmias, resultantes de formação de impulso anormal, condução anormal de impulso ou os dois mecanismos juntos. Entre os principais mecanismos de arritmias constam a automaticidade normal aumentada, a

automaticidade anormal, a atividade deflagrada resultante da pós-despolarização, os bloqueios de condução e a reentrada. Embora todos esses mecanismos tenham mostrado causar arritmias no laboratório, não é possível provar qual mecanismo é responsável por determinada arritmia usando apenas a investigação clínica. Por isso a importância do aparelho de ECG no diagnóstico dessas arritmias (JACOBSON, 2000b).

Outro distúrbio é a isquemia miocárdica. Esta resulta de um desequilíbrio entre suprimento e demanda de oxigênio miocárdico e é um processo reversível se o fluxo de sangue for restaurado antes da ocorrência de lesão celular. Pode resultar do aumento da demanda de oxigênio miocárdico ou da diminuição no suprimento de oxigênio miocárdico. Se a isquemia for grave e o fluxo sanguíneo não for restaurado logo, resulta em lesão celular e eventualmente necrose (infarto). Quando ocorre infarto, há três “zonas” de envolvimento tecidual, cada uma produzindo alterações características no ECG (JACOBSON, 2000a).

Outra característica da Intolerância à atividade é a respiração curta, conhecida como dispnéia, e definida como dificuldade de respirar, respiração difícil, laboriosa. Esse sintoma geralmente é descrito como falta de ar (BAIKIE, 2006). Pode estar associado a distúrbios neurológicos ou neuromusculares como no caso do AVE. Isto acontece porque na maior parte das vezes a movimentação desses clientes está prejudicada e, desse modo, dificulta a respiração (SMELTZER; BARE, 2005a).

Qualquer pessoa, sem nenhuma doença associada, ao executar qualquer tipo de atividade apresenta, no momento da realização da atividade leve, moderada ou intensa, aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial com redução posterior. Se essa atividade for um exercício físico, por exemplo, no momento há elevação da pressão arterial via aumento da frequência cardíaca e do débito cardíaco. Entretanto, o exercício do tipo isotônico com carga moderada promove alterações hemodinâmicas, autonômicas e neuro-hormonais que reduzem a pressão arterial no pós-esforço imediato e de maneira sustentada quando sua prática é regular (LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003).

No entanto, se a pessoa tiver algum problema cardiovascular ou neurovascular, como no caso do AVE, pode haver resposta anormal da frequência cardíaca e da pressão arterial ao praticar qualquer tipo de atividade.

Assim, os clientes que apresentam arritmias, isquemia, desconforto ou dispnéia ao esforço, fadiga, fraqueza, resposta anormal da frequência cardíaca e/ou da pressão sanguínea à atividade podem manifestar diminuição ou mesmo impossibilidade de realização das atividades diárias, principalmente se além dessas patologias o cliente tiver tido um AVE.

Em relação aos fatores relacionados, a Intolerância à atividade provém muitas vezes de falta de motivação na seqüência de uma imobilização prolongada, de desordens sistêmicas cardiovasculares e respiratórias, alterações do sistema musculoesquelético, com diminuição da massa muscular, alterações emocionais e do desenvolvimento, comprometendo a deambulação, a realização das atividades da vida diária, de trabalho e exercícios (ARAÚJO; BACHION, 2005; HUR *et al.*, 2005).

Estas alterações podem reduzir a oxigenação dos tecidos e, por conseguinte, a tolerância à atividade. Portanto, uma pessoa com intolerância à atividade tem ou poderá vir a ter modificações na mobilidade e uma pessoa com problema de mobilidade, como aquele decorrente de seqüelas de AVE, poderá vir a ter intolerância (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Como profissionais, os enfermeiros sempre foram responsáveis pela identificação de indivíduos, famílias e comunidades em situação de risco, protegendo-os em relação a isso. O diagnóstico de risco “descreve respostas humanas a condições de saúde/ processos vitais que podem desenvolver-se em indivíduo, família ou comunidade vulnerável. É sustentado por fatores de risco que contribuem para o aumento da vulnerabilidade” (NANDA, 2008, p. 377).

Como mencionado, a classe Atividade/Exercício possui três diagnósticos de risco. São eles: Risco de intolerância à atividade; Risco de síndrome do desuso e Risco de queda.

Em relação ao Risco de intolerância à atividade, esse diagnóstico é definido como “risco de ter energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas” (NANDA, 2008, p. 39). Seus fatores de risco são: Estado de não-condicionamento físico; História prévia de intolerância; Inexperiência com a atividade; Presença de problemas circulatórios e Presença de problemas respiratórios.

Uma pessoa tem o Risco de intolerância à atividade quando possui um estado de não condicionamento físico ou já manifestou intolerância à atividade que pretende realizar ou não teve experiência com esta atividade. Também pode estar relacionado com problemas respiratórios e circulatórios. Por exemplo: um cliente com AVE pode vir a ter Risco de intolerância à atividade por não ser capaz de executar atividades da vida diária em decorrência das seqüelas ocasionadas pela patologia.

Outro diagnóstico de risco é Risco de síndrome do desuso. Para esse diagnóstico está proposta a seguinte definição: “Risco de deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável” (NANDA, 2008, p. 105). Na mesma edição, são apresentados seus fatores de risco: Dor intensa; Imobilização mecânica; Imobilização prescrita; Nível de consciência alterado; Paralisia.

Até 80% dos clientes com acidente vascular encefálico sofrem de dor intensa no ombro associada à hemiplegia. Ela pode resultar do estiramento da articulação do ombro em virtude da tração gravitacional não-compensada no braço comprometido. Isso pode impedir o cliente de aprender novas habilidades, pois a função do ombro é essencial para obtenção do equilíbrio e realização de transferências e atividades de autocuidado (SMELTZER; BARE, 2005d).

De modo geral, as alterações no nível da mobilidade física podem resultar da restrição física ao movimento por meio de uso de equipamentos externos (por exemplo, aparelho gessado ou uma tração esquelética). Comumente o termo atrofia do desuso tem sido utilizado para descrever a redução patológica no tamanho normal das fibras musculares após uma inatividade prolongada como no caso do uso desses imobilizadores mecânicos (JANA; WEINDEL, 1999).

Para o tratamento de muitas doenças, adota-se como prescrição o repouso no leito, cuja duração depende da doença e do estado prévio de saúde do cliente. Muitas vezes, ele fica acamado durante o restante de sua vida, em decorrência de alguma doença. O repouso no leito leva à perda da força muscular, além de alterações cardiovasculares, esqueléticas e em outros órgãos (JANA; WEINDEL, 1999).

Alteração no nível de consciência é o indicador mais precoce e sensível de existência de alteração em estado neurológico do cliente. Uma das diretrizes para descrever o nível de consciência, segundo Andris (2006), é: alerta: segue os comandos e responde completamente e de maneira apropriada aos estímulos; letárgico: sonolento; respostas lentas aos estímulos verbais; pode adormecer durante o exame; torporoso: exige uma estimulação vigorosa para resposta, e comatoso: não responde apropriadamente aos estímulos verbais ou dolorosos; incapaz de obedecer aos comandos ou comunicar-se verbalmente.

Outro fator de risco do diagnóstico de Risco de síndrome do desuso é a paralisia, definida como a perda total da função motora voluntária, resultante de lesão grave do trato piramidal ou cortical. Pode ser local ou disseminada, simétrica ou assimétrica, transitória ou permanente e espástica ou flácida. Costuma ser classificada de acordo com a localização e a gravidade: paraplegia (algumas vezes, paralisia transitória das pernas), quadriplegia (paralisia permanente dos braços, das pernas e do corpo abaixo do nível da lesão espinhal) ou hemiplegia (paralisia unilateral de gravidade e permanência variáveis). A paralisia incompleta com fraqueza profunda (paresia) pode preceder a paralisia total de alguns clientes (BAIKIE, 2006).

Um AVE envolvendo o córtex motor pode produzir paresia ou paralisia contralateral. Seu início pode ser súbito ou gradativo, e a paralisia pode ser transitória ou permanente (BAIKIE, 2006).

Como observado, a presença de um ou mais desses fatores de risco pode levar o indivíduo a apresentar o diagnóstico de enfermagem Risco de síndrome do desuso.

Com Risco de queda finalizam-se os diagnósticos de risco desta classe. Este diagnóstico de enfermagem é definido como: “Susceptibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico”. Entre alguns dos fatores de risco deste diagnóstico estão: Histórias de quedas; Idade acima de 65 anos; Morar sozinho; Uso de cadeira de rodas e de dispositivos auxiliares; Déficits proprioceptivos; Dificuldades na marcha, auditivas e/ou visuais; Equilíbrio prejudicado; Falta de sono; Força diminuída nas extremidades inferiores; Hipotensão ortostática; Incontinência; Mobilidade física prejudicada; Neuropatia; Problemas nos pés; Vertigem ao estender ou virar o pescoço; Estado mental rebaixado; Medicamentos como ansiolíticos, anti-hipertensivos, antidepressivos, diuréticos e hipnóticos; Uso de álcool e riscos ambientais (NANDA, 2008, p. 238-239).

É comum a ocorrência de quedas em idosos. A alta incidência e a prevalência destas decorrem de alterações intrínsecas e extrínsecas. Entre os fatores intrínsecos, destacam-se as alterações sensoriomotoras inerentes ao processo de envelhecimento (alterações visuais, parestesias, paresias, diminuição de flexibilidade e de mobilidade e declínio cognitivo); os fatores extrínsecos, fortemente associados às dificuldades propiciadas pelo ambiente (buracos, escadas e terrenos irregulares), constituem também grande risco de quedas (CHRISTOFOLETTI *et al.*, 2006; MIYASIKE; GOBBI, 2005).

Os clientes com acidente vascular encefálico, além de serem na sua maioria idosos, o que já constitui fator de risco para queda, têm uma doença que aumenta o risco em decorrência de suas seqüelas. Como grande parte apresenta hemiplegias, possui como comprometimento mais evidente a tendência em manter-se em uma posição de assimetria postural, com distribuição de peso menor sobre o hemicorpo parético. Essa assimetria e a dificuldade de manter o controle postural, impedindo a orientação e estabilidade para realizar movimentos com o tronco e membros, podem ocasionar quedas (GOMES *et al.*, 2006; IKAI *et al.*, 2003).

Além disso, distúrbios do equilíbrio e alterações cognitivas são fatores de risco adicionais em pessoas com hemiparesias. Sabe-se que o AVE aumenta em até quatro vezes o risco de fratura de colo de fêmur (ANDRÉ, 2006). Muitos clientes também utilizam prótese de membros, cadeira de rodas e dispositivos auxiliares. Grande parte tem distúrbio da marcha,

força diminuída nas extremidades inferiores, mobilidade física prejudicada, entre outros. Todas estas situações aumentam o risco de queda.

Em relação aos medicamentos, os agentes ansiolíticos adotados no tratamento de sintomas de ansiedade e os fármacos hipnóticos indicados no tratamento da insônia, muito utilizados por idosos, apesar de terem objetivos clínicos diferentes, são freqüentemente prescritos com a mesma finalidade, pois as drogas que aliviam a ansiedade geralmente produzem certo grau de sedação e sonolência. Essas drogas reduzem tanto o tônus muscular, por meio de uma ação central, como a coordenação, com conseqüente risco de quedas (RANG; DALE; RITTER, 2001a). Tal risco se acentua se o cliente tiver tido um AVE e apresentar mobilidade prejudicada.

Outra droga bastante utilizada pela população é o álcool, cujos efeitos são observados no sistema nervoso central, no qual suas ações depressoras assemelham-se às dos anestésicos voláteis. Nas células, o efeito é puramente depressor. O álcool potencializa a ação do GABA de maneira semelhante aos benzodiazepínicos. Por isso, reduz a coordenação, e isto leva a risco de quedas (RANG; DALE; RITTER, 2001b).

Na literatura, os antidepressivos tricíclicos formam um importante grupo de antidepressivo de uso clínico. Entretanto, estão longe de serem ideais na prática. Em seres humanos não deprimidos esses antidepressivos causam sedação, confusão e descoordenação motora. Referidos efeitos também são percebidos em clientes deprimidos nos primeiros dias do tratamento. É preciso ter cuidado, pois a descoordenação leva a risco aumentado de queda (RANG; DALE; RITTER, 2001c).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo observacional de natureza transversal. Para Polit, Beck e Hungler (2004), estudos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Os delineamentos transversais são especialmente aprovados para descrever a situação, o *status* do fenômeno ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo do tempo.

4.2 Local do estudo

Para explorar melhor o problema do desenvolvimento de acidentes vasculares encefálicos, o estudo foi realizado em oito unidades da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR) localizadas nos seguintes bairros: Centro, Barra do Ceará, Jacarecanga, Mucuripe, Conjunto Ceará, Serrinha, Messejana e José Walter, na cidade de Fortaleza.

Estas instituições foram selecionadas por atender clientes acometidos por incapacidade motora em decorrência de doenças ou acidentes e que necessitam de reabilitação. Destaca-se entre a clientela pessoas que são portadoras de seqüelas provenientes do acidente vascular encefálico.

As unidades da ABCR são filantrópicas, mas recebem incentivo financeiro do governo. Assim, os clientes têm gratuitamente atendimento e acompanhamento das atividades reabilitativas. Entre a equipe de profissionais que desenvolvem trabalhos nestas unidades estão: médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo.

Para o cliente usufruir dos benefícios da instituição é necessário que ele tenha um encaminhamento médico. Não há atendimento de livre demanda. Dessa forma, quando o cliente chega à unidade com o encaminhamento, são marcadas as sessões com os especialistas solicitados e a quantidade de vezes por semana que o cliente será atendido.

4.3 População e amostra do estudo

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.

Contudo, em razão de deficiências nos registros das unidades da ABCR não foi possível precisar o total de clientes atendidos, de forma a estabelecer um cálculo amostral fidedigno. Desta maneira, optou-se por não aplicar fórmulas estatísticas, mas incluir todos aqueles em atendimento nas unidades no período da coleta de dados e que satisfizessem aos critérios de inclusão.

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 clientes estavam distribuídos nas unidades da seguinte forma: Centro (27), Barra do Ceará (21), Jacarecanga (18), Mucuripe (16), Conjunto Ceará (15), Serrinha (11), Messejana (8) e José Walter (5).

4.4 Período e operacionalização da coleta de dados

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 dos objetivos traçados para o estudo, e diante da finalidade de subsidiar a consulta de enfermagem, foram identificadas não apenas as características relativas aos dados sociodemográficos do cliente que sofreu acidente vascular encefálico e a presença de indicadores de risco para o desenvolvimento da doença, mas também a presença ou ausência das características definidoras e fatores relacionados ou fatores de risco dos onze diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício.

Para isso, utilizou-se um formulário (Apêndice A), submetido à validação de conteúdo com dois enfermeiros especialistas no cuidado aos clientes com acidente vascular encefálico e a um pré-teste com uma clientela similar, com vistas a verificar sua adequação aos objetivos estabelecidos no estudo. O instrumento no pré-teste foi aplicado com dez clientes.

Parte desse formulário foi construída com base no instrumento de Pereira (1997) que já havia sido submetido à validação de conteúdo. Além deste instrumento, outros foram acrescentados de forma a se obter informações mais acuradas.

Para a avaliação da dor foi utilizada a Escala de Quantificação da Dor FACES, de Wong-Baker, pois segundo concluiu o estudo de Gallasch e Alexandre (2007) que testou o uso de várias escalas para dor, esta é a de mais fácil entendimento dos clientes e ao avaliar a

confiabilidade por meio da estabilidade, utilizando o Coeficiente de Correlação Intraclasse, apresentou $r = 0,96$.

Também foi utilizada a Escala do Índice de Barthel no levantamento de dados. Mencionada escala é validada e mede a independência funcional e a mobilidade em doentes com patologias crônicas, como no acidente vascular encefálico, indicando se estes necessitam de cuidado (AZEREDO; MATOS, 2003). Em estudo de avaliação da confiabilidade da Escala de Barthel na versão em português em clientes com AVE, encontrou-se o seguinte: nos escores totais o Coeficiente de Kappa = 0,65 que indica uma concordância substancial e o Kappa ponderado = 0,89 uma concordância excelente. Assim, a confiabilidade para esta escala foi clinicamente satisfatória. (CANEDA *et al.*, 2006) (Anexo C).

Utilizou-se ainda o instrumento proposto por COOP/WONCA para avaliar a máxima atividade física que o cliente podia praticar durante pelo menos dois minutos, nas duas últimas semanas. Além disso, foram adotadas as recomendações de amplitude de movimento sugeridas por Smeltzer e Bare (2005c) (Anexo A) e as recomendações da avaliação dos reflexos de Andris (2006) (Anexo B).

Para preenchimento do formulário, cada cliente foi avaliado em entrevista e exame físico. A entrevista propiciou a obtenção de dados de identificação, história de doenças anteriores, história familiar e a investigação dos indicadores de risco. 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.

Da coleta dos dados participaram a autora do estudo e nove estudantes de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) componentes do Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular (PAISC) do Departamento de Enfermagem da UFC. Três eram bolsistas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), um bolsista de extensão da UFC e cinco bolsistas voluntários do PAISC.

Todos os alunos que ajudaram na coleta de dados passaram por treinamento na primeira quinzena do mês de outubro de 2007. Nesse período, foram entregues pela pesquisadora o formulário de coleta e um roteiro a ser utilizado (Apêndice B). Também foram explanados os conteúdos constantes do formulário. Ademais, a orientadora da dissertação

demonstrou como o instrumento deveria ser aplicado. Depois promoveram-se encontros para treinamento prático da aplicação do instrumento.

Na segunda quinzena de outubro do mesmo ano, o instrumento foi submetido ao pré-teste, com vistas a avaliar sua completude na obtenção das informações desejadas e possibilitar modificações, caso necessário. Também tinha como objetivo testar os estudantes e a autora da dissertação quanto à prática da aplicação do instrumento. Para tal, foram formadas cinco duplas e cada uma utilizava o instrumento com dois clientes, devendo preenchê-lo individualmente. Após, comparavam-se os instrumentos utilizados por cada participante da dupla verificando se estavam preenchidos de forma similar, assim como se os resultados encontrados eram semelhantes. Depois de se assegurar não haver problemas de desigualdade em nenhuma dupla, de forma a comprovar estarem todos capacitados para coletarem os dados e que estes seriam coletados de maneira mais uniforme possível, iniciou-se a coleta de dados.

Concluído o pré-teste, verificou-se inexistir necessidade de inclusão ou exclusão de questões. Deveriam, no entanto, ser reorganizadas e melhor apresentadas, especialmente em relação às figuras. Todas as observações foram incorporadas e compuseram o instrumento final.

A realização do pré-teste do instrumento de coleta também possibilitou o conhecimento mais minucioso sobre o funcionamento de todas as unidades da ABCR do estudo. As duplas foram distribuídas em sete unidades e em uma associação de apoio às ABCR para procederem ao pré-teste. Como foram aplicados dez pré-testes (dois para cada dupla), foram sorteadas aquelas unidades que deveriam apresentar dois clientes. Todos aqueles clientes participantes dos pré-testes foram excluídos do estudo final.

4.5 Organização e análise dos dados

Como afirma Cyrillo (2005), o raciocínio diagnóstico envolve uma série de processos cognitivos que levam à elaboração e teste de hipóteses diagnósticas, os quais, por sua vez, embasam a tomada de decisão. Assim, conforme Jesus (2000) e López (2001), o enfermeiro, a partir das estratégias de pensamento e com base em suas experiências práticas, conhecimentos teóricos e valores, avalia o significado das informações sobre seu cliente, estabelece relações entre os dados e nomeia o fenômeno, fazendo, então, o diagnóstico.

Ao longo do estudo, o processo de elaboração e inferência dos diagnósticos seguiu as etapas preconizadas por Gordon (1994): coleta, interpretação/ agrupamento das informações e nomeação das categorias. Porém, foram formulados apenas os diagnósticos da

classe Atividade/Exercício. Para nomear os diagnósticos de enfermagem, adotou-se como referência a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2008). Esta Taxonomia foi escolhida por ser mundialmente conhecida e utilizada na prática clínica de enfermagem como uma linguagem padronizada, tendo sido traduzida e adaptada em vários países (NÓBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

No processo de inferência diagnóstica, as histórias clínicas foram individualmente avaliadas pela pesquisadora. Depois foram preenchidos dois instrumentos, um referente às características definidoras e à presença ou ausência dos diagnósticos de enfermagem (Apêndice C) e outro referente aos fatores relacionados e fatores de risco (Apêndice D). A seguir, toda a história clínica e os instrumentos eram discutidos com o orientador. Os diagnósticos de enfermagem que apresentaram concordância entre o pesquisador e a orientadora foram aceitos imediatamente. Nos casos de discordância, discutia-se a adequação do diagnóstico, buscando o consenso.

Para o cálculo de massa corporal foi utilizado o Índice de Massa Corporal segundo Burke (2005), o qual classifica os valores em: Baixo peso < 18,5; Normal - 18,5 a 24,9; Sobrepeso - 25 a 29,9; Obesidade grau I - 30 a 34,9; Obesidade grau II - 35 a 39,9; Obesidade grau III (obesidade extrema) \geq 40.

Como sedentários foram incluídos os indivíduos que praticavam atividade física menos de três vezes por semana e/ou com duração inferior a trinta minutos (GUIRAO-GORIS; MORENO PINA; MARTINEZ DEL CAMPO, 2000).

Para a interpretação dos valores da pressão arterial adotou-se como referência as recomendações das Diretrizes (2006) que classificam os níveis de pressão arterial em: ótima, quando a pressão arterial sistólica (PAS) < 120 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) < 80 mmHg; normal: PAS < 130 mmHg e PAD < 85 mmHg; limítrofe: PAS de 130 a 139 mmHg e PAD de 85 a 89 mmHg; hipertensão estágio 1: PAS de 140 a 159 mmHg e PAD de 90 a 99 mmHg; hipertensão estágio 2: PAS de 160 a 179 mmHg e PAD de 100 a 109 mmHg; hipertensão estágio 3: PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg; hipertensão isolada: PAS > 140 mmHg e PAD < 90 mmHg.

Sobre o uso de álcool, fumo e anticoncepcional foi considerado presente quando o cliente mantinha este hábito no período atual da coleta de dados. Caso fosse informado uso anterior interrompido, era registrado como ausente atualmente. Se o cliente jamais havia feito uso de álcool, fumo e anticoncepcional, registrava-se como ausente. Ressalta-se que o uso de anticoncepcional foi investigado apenas nas mulheres. Alguns itens apresentaram número total de clientes inferior a 121, pois em alguns casos não se obteve resposta do participante.

Para avaliação do consumo do álcool, levaram-se em conta as quantidades descritas como permitidas pela V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2006). A quantidade de cigarros para o cliente ser considerado como tabagista atual ou anterior foi determinada pelo consumo de mais de dois cigarros por dia (ZÉTOLA *et al.*, 2001).

Determinados indicadores de risco: diabetes mellitus, cardiopatia, dislipidemia, uso de álcool, drogas ilícitas, tabagismo e de anticoncepcional foram reconhecidos como presentes quando havia referência explícita do entrevistado. O mesmo adotou-se para a hipertensão. No entanto, o valor da pressão arterial foi aferido durante a coleta de dados.

Ainda sobre os dados, foram compilados no software Excel, em forma de planilhas, enquanto a análise estatística foi feita no programa EpiInfo 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 freqüências esperadas superiores a cinco nas tabelas 2x2, e o Teste Exato de Fisher, quando as freqüências esperadas eram inferiores a cinco. Para verificar a força da associação usou-se a Razão de Prevalência (RP).

Na análise de diferença de médias foram utilizados os Testes de Kolmogorov-Smirnov, para verificação de normalidade dos dados, e o Teste de Levene, para verificação de homocedasticidade entre os grupos. Com base nos resultados destes testes aplicou-se o Teste T ou de Mann-Whitney para verificação de diferença de média / mediana entre os grupos.

Foram considerados os seguintes pontos de corte para análise das associações: os diagnósticos de enfermagem com freqüência acima de 50%; as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco acima do percentil 75. Ilustrativamente, os dados foram apresentados em forma de tabelas.

4.6 Aspectos éticos e administrativos

Em face dos aspectos administrativos e éticos da pesquisa científica, a pesquisadora visitou todas as unidades da ABCR. Os objetivos do estudo foram explicados para os diretores de cada unidade, e em seguida foi encaminhada para cada ABCR uma solicitação para o desenvolvimento da pesquisa. Após a anuência de todas as diretorias, a proposta do estudo foi encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE). Desse modo, cumpriram-se as recomendações da resolução 196/96 referentes às pesquisas desenvolvidas com seres humanos (BRASIL, 1996), e obteve-se aprovação (Anexo D).

Durante a coleta de dados, após verificar-se se os clientes atendiam aos critérios de inclusão, estes eram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e convidados a participar de forma voluntária. Aqueles que aceitaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E). Contudo, o termo de consentimento dos clientes em situação de substancial diminuição em suas capacidades de discernimento cognitivo e no aparato motor da fala foi assinado por seus representantes legais, sem suspensão do direito de informação ao indivíduo, no limite da sua capacidade (BRASIL, 1996). Como mencionado, todos os clientes concordaram em participar.

4.7 Financiamento da pesquisa

O financiamento para a execução da pesquisa adveio da autora do estudo e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico sob forma de bolsa de Demanda Social e de recursos concedidos ao Projeto Universal Edital MCT/CNPq 15/2007, intitulado Identificação de diagnósticos de enfermagem em portadores de acidente vascular encefálico nas fases aguda e pós-hospitalar.

5 RESULTADOS

No estudo, foram avaliados 121 clientes que sobreviveram ao acidente vascular encefálico e realizavam atividades de reabilitação em uma das unidades da Associação Beneficente 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, 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%			
	Média	DP²	Mediana	P25³	P75⁴	K-S(valor p)⁵
Idade	61,6	12,4	63,0	51,0	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

¹IC - Intervalo de Confiança de 95%. ²DP - Desvio Padrão. ³P25 - Percentil 25. ⁴P75 - Percentil 75. ⁵K-S - 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%).

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 freqüentou a escola por até cinco anos e possuía renda *per capita* de até duzentos e sete reais.

Na Tabela 2 consta a distribuição dos clientes com acidente vascular encefálico segundo os indicadores de risco, presença de cuidador, quantidade de AVE, tempo do último AVE e tempo de freqüência na ABCR.

Tabela 2 – Distribuição dos clientes com acidente vascular encefálico segundo os indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares, presença de cuidador, quantidade de AVE, tempo do último AVE e tempo de frequência na ABCR. Fortaleza, 2008

Indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares¹	Nº	%	Estatísticas	Total de clientes		
Hipertensão arterial	103	85,1	IC 95%² 77,5% - 90,9%	121		
Diabetes mellitus	28	23,1	IC 95%² 16,0% - 31,7%	121		
Cardiopatía	28	23,1	IC 95%² 16,0% - 31,7%	121		
Dislipidemia	36	29,8	IC 95%² 21,8% - 38,7%	121		
Sedentarismo	71	58,7	IC 95%² 49,4% - 67,6%	121		
Tabagismo ativo			IC 95%²			
Sim	18	15,0	9,1% - 22,7%			
Não	56	46,7	37,5% - 56,0%	120		
Não atualmente	46	38,3	29,6% - 47,6%			
Tabagismo passivo			IC 95%²			
Sim	23	19,3	12,7% - 27,6%			
Não	93	78,2	69,6% - 85,2%	119		
Não atualmente	3	2,5	0,5% - 7,2%			
Bebida alcoólica			IC 95%²			
Sim	17	14,0	8,4% - 21,5%			
Não	61	50,4	41,2% - 59,6%	121		
Não atualmente	43	35,5	27,0% - 44,8%			
Uso anticoncepcionais			IC 95%²			
Sim	8	14,5	6,5% - 26,7%			
Não	40	72,7	59,0% - 83,9%	55		
Não atualmente	7	12,7	5,3% - 24,5%			
Classificação IMC ³			IC 95%²			
Baixo peso	5	4,5	1,5% - 10,3%			
Normal	38	34,5	25,7% - 44,2%	110		
Sobrepeso	33	30,0	21,6% - 39,5%			
Obesidade	34	30,9	22,4% - 40,4%			
Cuidador	103	88,0	IC 95%² 93,3% - 180,7%	117		
	Média	DP⁶	Mediana	P25⁷	P75⁸	K-S(valor p)⁹
Quantidade AVE ⁴	1,4	1,0	1,0	1,0	2,0	0,000
Tempo do último AVE ⁴	38,5	84,7	12,0	3,0	36,0	0,000
Tempo de frequência na ABCR ⁵	25,9	58,6	7,0	1,0	24,0	0,000

¹Todos os fatores de risco foram obtidos por meio da informação do cliente e/ou do seu acompanhante. ²IC - Intervalo de Confiança de 95%. ³IMC - Índice de Massa Corporal. ⁴AVE - Acidente Vascular Encefálico. ⁵ABCR - Associação Beneficente Cearense de Reabilitação. ⁶DP - Desvio Padrão. ⁷P25 - Percentil 25. ⁸P75 - Percentil 75. ⁹K-S - Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Em relação às situações clínicas favoráveis a maior risco para o desenvolvimento do acidente vascular encefálico, expostos na Tabela 2, a hipertensão arterial foi a doença mais freqüente entre os clientes (85,1%). Outras morbidades como diabetes mellitus e cardiopatias estiveram presentes em 23,1% dos participantes. Quanto às dislipidemias, que se caracterizam pela presença da hipercolesterolemia e da hipertrigliceridemia, foram referidas por 29,8% dos clientes.

Com referência aos hábitos de vida mantidos pelos portadores de acidente vascular encefálico que constituem indicadores de risco para o desenvolvimento de um novo AVE e outras doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, o sobrepeso e a obesidade (60,9%) foram os mais constantes, seguidos de sedentarismo (58,7%), tabagismo passivo (19,3%), tabagismo ativo (15%), bebida alcoólica (14%) e uso de anticoncepcionais (7,6%).

Determinadas práticas como tabagismo e uso de bebida alcoólica, apesar de não serem hábitos atuais na maioria dos clientes, são indicadores de risco presentes em fases anteriores da vida dos participantes, pois 38,3% foram fumantes e 35,5% foram alcoólatras.

Quanto à existência de uma pessoa responsável pelo cuidado do cliente, a maior parte possuía um cuidador (88%).

Como observado, as variáveis quantidade de AVE, tempo do último AVE e tempo de freqüência na ABCR mostraram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$), indicando que metade da amostra estudada havia sofrido apenas um AVE, há doze meses, e freqüentavam uma das unidades da ABCR há, no máximo, sete meses.

A seguir, na Tabela 3, estão expostas as medidas de tendência central e de dispersão referentes aos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco dos indivíduos avaliados.

Tabela 3 – Distribuição das medidas de tendência central e de dispersão dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. Fortaleza, 2008

Variáveis	Média	Mediana	DP¹	P25²	P75³	K-S⁴ (valor p)
Diagnósticos de enfermagem	6,7	7,0	2,2	5,0	8,0	0,010
Características definidoras	25,1	21,0	15,4	14,0	39,0	0,063
Fatores relacionados	4,6	5,0	2,4	3,0	6,0	0,070
Fatores de risco	10,1	10,0	3,2	8,0	12,0	0,292

¹DP - Desvio Padrão. ²P25 - Percentil 25. ³P75 - Percentil 75. ⁴K-S - Teste de Kolmogorov-Smirnov

Ao avaliar a Tabela 3, o Teste de Kolmogorov- Smirnov evidenciou distribuição assimétrica na variável diagnóstico de enfermagem ($p < 0,05$). Entretanto as demais variáveis mantiveram distribuição normal.

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, metade da amostra do estudo teve até sete diagnósticos presentes e a média das características definidoras foi de 25,1 ($\pm 15,4$). Nos fatores relacionados, verificou-se a média de 4,6 ($\pm 2,4$) fatores por pessoa e os fatores de risco obtiveram média de 10,1 ($\pm 3,2$) ocorrências por indivíduo.

A seguir a Tabela 4 dispõe sobre a distribuição dos diagnósticos de enfermagem existentes nos clientes com acidente vascular encefálico.

Tabela 4 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

Diagnósticos de Enfermagem	Nº	%
Risco de queda	116	95,9
Mobilidade física prejudicada	109	90,1
Deambulação prejudicada	103	85,1
Estilo de vida sedentário	101	83,5
Risco de síndrome do desuso	97	80,2
Risco de intolerância à atividade	93	76,9
Capacidade de transferência prejudicada	84	69,4
Mobilidade no leito prejudicada	57	47,1
Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada	30	24,8
Fadiga	19	15,7
Intolerância à atividade	12	9,9

No estudo, conforme consta na Tabela 4, os clientes apresentaram a totalidade dos onze diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício da NANDA. Sete diagnósticos de enfermagem tiveram frequência acima de 50%: Risco de queda (95,9%); Mobilidade física prejudicada (90,1%); Deambulação prejudicada (85,1%); Estilo de vida sedentário (83,5%); Risco de síndrome do desuso (80,2%); Risco de intolerância à atividade (76,9%) e Capacidade de transferência prejudicada (69,4%).

Na Tabela 5 consta a distribuição das características definidoras presentes nos clientes com acidente vascular encefálico.

Tabela 5 – Distribuição das características definidoras encontradas nos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

Características Definidoras	Nº	%
Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico	113	93,4%
Capacidade prejudicada de andar em aclive	103	85,1
Capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias	101	83,5
Dificuldade para virar-se	97	80,2
Tempo de reação diminuído	95	78,5
Capacidade prejudicada de subir e descer de calçadas (meio-fio)	93	76,9
Escolha de uma rotina diária sem exercícios físicos	92	76,0
Capacidade prejudicada de andar em declive	91	75,2
Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares	91	75,2
Movimentos não-coordenados	91	75,2
Incapacidade de transferir-se da cadeira para a posição de pé	86	71,1

Características Definidoras	Nº	%
Incapacidade de transferir-se do chão para a cadeira	85	70,2
Incapacidade de transferir-se da posição de pé para o chão	85	70,2
Incapacidade de transferir-se da posição do chão para a posição de pé	85	70,2
Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para outro	84	69,4
Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física	82	67,8
Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas	71	58,7
		P 75¹
Demonstra falta de condicionamento físico	70	57,9
Tremor induzido pelo movimento	62	51,2
Desempenho diminuído	59	48,8
Capacidade prejudicada de mover-se da posição sentada com as pernas alongadas para a posição supina	58	47,9
Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual sobre superfície regular	58	47,9
Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas	54	44,6
Dispneia aos esforços	52	43,0
Incapacidade de transferir-se da cadeira para o carro	52	43,0
Incapacidade de transferir-se da cadeira para o chão	51	42,1
Incapacidade de transferir-se do carro para a cadeira	51	42,1
Incapacidade de transferir-se para ou do vaso sanitário	48	39,7
Capacidade prejudicada de transferir-se para dentro ou para fora do chuveiro	44	36,4
Incapacidade de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes	42	34,7
Capacidade prejudicada de subir escadas	42	34,7
Incapacidade de transferir-se da posição de pé para a cama	42	34,7
Incapacidade de transferir-se da cama para a posição de pé	42	34,7
Capacidade prejudicada de transferir-se da posição de pé para a cadeira	41	33,9
Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada com as pernas alongadas	40	33,1
		P 50²
Capacidade prejudicada de mover-se da posição prona para a posição supina	40	33,1
Incapacidade de transferir-se para ou da cadeira higiênica	40	33,1
Incapacidade de transferir-se para dentro ou para fora da banheira	40	33,1
Movimentos descontrolados	32	26,4
Mudanças na marcha	31	25,6
Capacidade prejudicada de mover-se da posição sentada para a posição supina	30	24,8
Capacidade prejudicada para reposicionar-se na cama	30	24,8
Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em declive	30	24,8
Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada no meio-fio	30	24,8
Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em aclave	28	23,1
Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada sobre superfície regular	28	23,1
Amplitude limitada de movimento	27	22,3
Necessidade percebida de energia adicional para realizar tarefas de rotina	26	21,5
Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em superfície irregular	23	19,0
Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada	18	14,9
Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição prona	17	14,0
Desconforto aos esforços	17	14,0
		P25³
Engaja-se em substituições de movimentos	16	13,2
Concentração comprometida	13	10,7
Desatento	13	10,7
Letárgico	8	6,6
Relato verbal de fadiga	8	6,6
Introspecção	5	4,1
Cansaço	5	4,1
Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em superfície irregular	5	4,1
Movimentos lentos	4	3,3

Características Definidoras	Nº	%
Incapacidade de manter as rotinas habituais	4	3,3
Falta de energia	3	2,5
Relato verbal de fraqueza	2	1,7
Incapacidade de restaurar energias mesmo após o sono	2	1,7
Sonolento	2	1,7
Verbalização de uma constante falta de energia	2	1,7
Sentimento de culpa por não cumprir suas responsabilidades	1	0,8
Relato verbal de fadiga ou fraqueza	1	0,8

¹P75 - Percentil 75. ²P50 - Percentil 50. ³P25 - Percentil 25.

Nos clientes do estudo, foram identificadas 68 características definidoras. Destas, dezessete estavam acima do percentil 75 com frequência acima de 58%. Estas fazem parte de um dos seguintes diagnósticos de enfermagem do estudo: Deambulação prejudicada, Capacidade de transferência prejudicada, Mobilidade física prejudicada, Estilo de vida sedentário e Fadiga.

As características relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Deambulação prejudicada são: Capacidade prejudicada de andar em aclive (85,1%), Capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias (83,5%), Capacidade prejudicada de subir e descer de calçadas (meio-fio) (76,9%), Capacidade prejudicada de andar em declive (75,2%), Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares (75,2%).

Quanto às características definidoras do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, foram identificadas as seguintes: Dificuldade para virar-se (80,2%), Tempo de reação diminuído (78,5%), Movimentos não-coordenados (75,2%) e Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas (58,7%).

Incapacidade de transferir-se da cadeira para a posição em pé (71,1%), Incapacidade de transferir-se do chão para a cadeira (70,2%), Incapacidade de transferir-se do chão para a posição em pé (70,2%), Incapacidade de transferir-se da posição em pé para o chão (70,2%) constituem características do diagnóstico de enfermagem Capacidade de transferência prejudicada.

Em relação ao diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário, as características definidoras encontradas foram: Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico (93,4%) e Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos (76,0%).

O diagnóstico Mobilidade no leito prejudicada apresentou a seguinte característica: Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro (69,4%) e o diagnóstico Fadiga, a característica Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física (67,8%).

Na Tabela 6 expõe-se a distribuição dos fatores relacionados identificados nos clientes com acidente vascular encefálico.

Tabela 6 – Distribuição dos fatores relacionados identificados nos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

Fatores Relacionados	Nº	%
Força muscular diminuída	112	92,6
Prejuízos neuromusculares	112	92,6
Equilíbrio prejudicado	69	57,0
Prejuízos sensório-perceptivos	53	43,8
Contraturas	22	18,2
		P 75¹
Estados de doença	20	16,5
Enrijecimento das articulações	19	15,7
Prejuízo cognitivo	16	13,2
Controle muscular diminuído	12	9,9
Diminuição da massa muscular	8	6,6
		P 50²
Imobilidade	6	5,0
Depressão	5	4,1
Estilo de vida sedentário	3	2,5
Ansiedade	2	1,7
Resistência diminuída	2	1,7
Medo de cair	2	1,7
		P 25³
Repouso no leito	2	1,7
Descondicionamento	1	0,8
Prejuízos musculoesqueléticos	1	0,8
Dor	1	0,8
Índice de massa corporal acima dos 75% apropriados para a idade	1	0,8

¹P75 - Percentil 75. ²P50 - Percentil 50. ³P25 - Percentil 25.

No estudo, foram identificados 21 fatores relacionados. A maior parte destes fatores constava em menos de 40% dos clientes. Força muscular insuficiente e Prejuízos neuromusculares (92,6%) são fatores relacionados existentes nos diagnósticos de enfermagem do estudo: Mobilidade física prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada, Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada, Capacidade de transferência prejudicada e Deambulação prejudicada.

O fator relacionado Equilíbrio prejudicado (57%) está presente nos diagnósticos do estudo: Capacidade de transferência prejudicada e Deambulação prejudicada. Já os fatores Prejuízos sensório-perceptivos (43,8%) e Contraturas (18,2%) fazem parte do diagnóstico Mobilidade física prejudicada.

Adiante, segue a Tabela 7 com a distribuição dos fatores de risco identificados nos clientes do estudo.

Tabela 7 – Distribuição dos fatores de risco identificados nos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

Fatores de Risco	Nº	%
Estado de não-condicionamento físico	111	91,7
Mobilidade física prejudicada	109	90,1
Força diminuída nas extremidades inferiores	108	89,3
Presença de problemas circulatórios	100	82,6
Paralisia	99	81,8
Dificuldade na marcha	98	81,0
Agentes anti-hipertensivos	92	76,0
Equilíbrio prejudicado	68	56,0
		P 75¹
Inibidores da ECA	62	51,2
Déficits proprioceptivos	47	38,8
Dificuldades visuais	45	37,2
Idade acima de 65 anos	44	36,4
Diuréticos	34	28,1
Uso de cadeira de rodas	31	25,6
Dor intensa	26	21,5
Uso de dispositivos auxiliares	26	21,5
Imobilização	22	18,2
		P 50²
Incontinência	20	16,5
Estado mental rebaixado	19	15,7
Nível de consciência alterado	9	7,4
Morar sozinho	9	7,4
Prótese de membro inferior	7	5,8
Imobilização mecânica	6	5
Artrite	5	4,1
Antidepressivos tricíclicos	5	4,1
Agentes ansiolíticos	4	3,3
		P 25³
Anemias	3	2,5
Condições pós-operatórias	3	2,5
Diarréia	3	2,5
Uso de álcool	3	2,5
Presença de doença aguda	2	1,7
Tranqüilizantes	2	1,7
Problemas nos pés	1	0,8
Vertigem ao estender o pescoço	1	0,8
Vertigem ao virar o pescoço	1	0,8

¹P75 - Percentil 75. ²P50 - Percentil 50. ³P25 - Percentil 25.

Foram identificados 35 fatores de risco no estudo. Destes, oito tiveram percentil acima de 75 e frequência superior a 55%. Diante disto, foram considerados para análise estatística.

Como percebeu-se, os indicadores de risco Estado de não condicionamento físico (91,7%) e Presença de problemas circulatórios (82,6%) fazem parte do diagnóstico de enfermagem do estudo: Risco de intolerância à atividade. Já o fator de risco paralisia (81,8%) está presente no diagnóstico Risco de síndrome do desuso.

Quanto ao diagnóstico do estudo Risco de quedas, possui determinados riscos acima do percentil 75: Dificuldade na marcha (81,0%), Equilíbrio prejudicado (56,0%), Força diminuída nas extremidades inferiores (89,3%), Mobilidade física prejudica (90,1%) e Agentes anti-hipertensivos (76,0%).

A seguir, nas Tabelas 8 a 14 são expostas as estatísticas de associação entre os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem com frequência acima de 50%.

Tabela 8 - Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de queda. Fortaleza, 2008

Variáveis	Risco de queda		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
1. Sexo				
Masculino	63	1	64	p = 0,187 ¹
Feminino	53	4	57	RP = 1,059
Total	116	5	121	IC95%: 0,980 – 1,144
2. Estado civil				
Com companheiro	61	3	64	p = 1,000 ¹
Sem companheiro	55	2	57	RP = 0,988
Total	116	5	121	IC95%: 0,918 – 1,063
3. Estado ocupacional				
Ativo	4	2	6	P = 0,003 ¹
Inativo	90	0	90	RP = 1,50
Total	94	2	96	IC95%: 0,852 – 2,64
4. Cuidador				
Presente	101	2	103	p = 0,070 ¹
Ausente	12	2	14	RP = 1,144
Total	113	4	117	IC95%: 0,922 – 1,419
5. Hipertensão arterial				
Presente	99	4	103	p = 0,560 ¹
Ausente	17	1	18	RP = 1,018
Total	116	5	121	IC95%: 0,904 – 1,146
6. Diabetes mellitus				
Presente	26	2	28	p = 0,327 ¹
Ausente	90	3	93	RP = 0,960
Total	116	5	121	IC95%: 0,860 – 1,070
7. Cardiopatia				
Presente	26	2	28	p = 0,327 ¹
Ausente	90	3	93	RP = 0,960
Total	116	5	121	IC95%: 0,860 – 1,070
8. Dislipidemia				
Presente	35	1	36	p = 1,000 ¹
Ausente	81	4	85	RP = 1,020
Total	116	5	121	IC95%: 0,949 – 1,097
9. Sedentarismo				
Presente	69	2	71	p = 0,820 ¹
Ausente	47	3	50	RP = 1,034
Total	116	5	121	IC95%: 0,954 – 1,120

Variáveis	Risco de queda		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
10. Tabagismo ativo				
Presente	18	0	18	p = 1,000 ¹
Ausente	97	5	102	RP = 1,052
Total	115	5	120	IC95%: 1,006 – 1,099
11. Tabagismo passivo				
Presente	22	1	23	p = 1,000 ¹
Ausente	92	4	96	RP = 1,728
Total	114	5	119	IC95%: 0,186 – 16,024
12. Bebida alcoólica				
Presente	15	2	17	p = 0,144 ¹
Ausente	101	3	104	RP = 0,909
Total	116	5	121	IC95%: 0,761 – 1,084
13. Uso de anticoncepcionais				
Presente	9	0	9	p = 1,000 ¹
Ausente	107	5	112	RP = 1,047
Total	116	5	121	IC95%: 1,006 – 1,089
14. Idade				
Média	62,420	43,800		p = 0,001 ³
Desvio padrão	±11,866	±13,255		Teste de Levene: 0,535
15. IMC				
Média	26,106	25,267		p = 0,807 ³
Desvio padrão	±5,886	±2,558		Teste de Levene: 0,407
Média dos Postos				
16. Tempo de escolaridade	54,500	76,400		p = 0,131 ⁴
17. Renda per capita	57,810	39,400		p = 0,217 ⁴
18. Quantidade de AVE	61,200	44,500		p = 0,176 ⁴
19. Tempo do último AVE	60,430	62,000		p = 0,921 ⁴
20. Tempo de frequência na ABCR	54,670	40,300		p = 0,308 ⁴

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

³Teste T supondo variâncias iguais. ⁴Teste de Mann-Whitney.

Como mostra a Tabela 8, o diagnóstico de enfermagem Risco de queda foi encontrado em 116 clientes, dos quais 63 do sexo masculino e 53 do feminino. Em relação aos dados sociodemográficos, houve associação estatística e significativa entre idade e o diagnóstico de enfermagem Risco de queda ($p = 0,001$).

Entretanto, ao analisar a presença de indicadores de risco com o desenvolvimento do diagnóstico Risco de queda não houve associação estatística. Mas chama a atenção o fato de 99 clientes com este diagnóstico presente serem portadores de hipertensão arterial e 69 serem classificados como sedentários.

Ademais, ao se comparar a média dos postos do tempo de escolaridade, renda *per capita*, quantidade de AVE, tempo do último AVE e de frequência na ABCR, não houve associação com significância estatística.

Tabela 9 - Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada. Fortaleza, 2008

Variáveis	Mobilidade física prejudicada		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
1. Sexo				
Masculino	57	7	64	p = 0,691 ¹
Feminino	52	5	57	RP = 0,976
Total	109	12	121	IC95%: 0,868 – 1,098
2. Estado civil				
Com companheiro	58	6	64	p = 0,832 ¹
Sem companheiro	51	6	57	RP = 1,013
Total	109	12	121	IC95%: 0,899 – 1,141
3. Estado ocupacional				
Ativo	2	4	6	p = 0,000 ¹
Inativo	85	5	90	RP = 2,830
Total	87	9	96	IC95%: 0,910– 8,790
4. Cuidador				
Presente	94	9	103	p = 0,619 ²
Ausente	12	2	14	RP = 1,065
Total	106	11	117	IC95%: 0,853 – 1,329
5. Hipertensão arterial				
Presente	92	11	103	p = 0,692 ²
Ausente	17	1	18	RP = 0,946
Total	109	12	121	IC95%: 0,830 – 1,078
6. Diabetes mellitus				
Presente	26	2	28	p = 0,731 ²
Ausente	83	10	93	RP = 1,040
Total	109	12	121	IC95%: 0,919 – 1,179
7. Cardiopatia				
Presente	24	4	28	p = 0,470 ²
Ausente	85	8	93	RP = 0,938
Total	109	12	121	IC95%: 0,796 – 1,104
8. Dislipidemia				
Presente	34	2	36	p = 0,507 ²
Ausente	75	10	85	RP = 1,070
Total	109	12	121	IC95%: 0,958 – 1,196
9. Sedentarismo				
Presente	66	5	71	p = 0,231 ²
Ausente	43	7	50	RP = 1,081
Total	109	12	121	IC95%: 0,950 – 1,230
10. Tabagismo ativo				
Presente	16	2	18	p = 1,000 ²
Ausente	92	10	102	RP = 0,986
Total	108	12	120	IC95%: 0,827 – 1,174
11. Tabagismo passivo				
Presente	19	4	23	p = 0,243 ²
Ausente	88	8	96	RP = 0,901
Total	107	12	119	IC95%: 0,74 – 1,097

Variáveis	Mobilidade física prejudicada		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
12. Bebida alcoólica				
Presente	13	4	17	p = 0,065 ²
Ausente	96	8	104	RP = 0,828
Total	109	12	121	IC95%: 0,633 – 1,085
13. Uso de anticoncepcionais				
Presente	9	0	9	p = 0,596 ²
Ausente	100	12	112	RP = 1,120
Total	109	12	121	IC95%: 1,050 – 1,194
14. Idade				
Média	62,20	56,67		p = 0,145 ³
Desvio padrão	±11,929	±16,126		Teste de Levene: 0,283
15. IMC				
Média	26,093	25,817		p = 0,911 ³
Desvio padrão	±5,736	±6,471		Teste de Levene: 0,601
Média dos Postos				
16. Tempo de escolaridade				
	53,820	69,250		p = 0,111 ⁴
17. Renda per capita				
	56,44	61,710		p = 0,597 ⁴
18. Quantidade de AVE				
	61,780	48,960		p = 0,118 ⁴
19. Tempo do último AVE				
	61,720	49,500		p = 0,247 ⁴
20. Tempo de frequência na ABCR				
	55,300	41,400		p = 0,174 ⁴

¹Teste de Fisher. ²Teste Qui-Quadrado. RP - Razão de Prevalência, com Intervalo de Confiança - IC de 95%. ³Teste T supondo variâncias iguais. ⁴Teste de Mann-Whitney.

Em relação ao diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, esteve presente em 109 clientes: 57 do sexo masculino e 52 do feminino. Não houve associação estatística e significativa entre as variáveis e este diagnóstico. No entanto, observam-se muitos clientes com esse diagnóstico e com outros indicadores de riscos.

Tabela 10 - Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Deambulação prejudicada. Fortaleza, 2008

Variáveis	Deambulação prejudicada		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
1. Sexo				
Masculino	54	10	64	p = 0,806 ¹
Feminino	49	8	57	RP = 0,982
Total	103	18	121	IC95%: 0,846 – 1,139
2. Estado civil				
Com companheiro	55	9	64	p = 0,790 ¹
Sem companheiro	48	9	57	RP = 1,021
Total	103	18	121	IC95%: 0,878 – 1,185
3. Estado ocupacional				
Ativo	2	4	6	p = 0,002 ¹
Inativo	81	9	90	RP = 2,700
Total	83	13	96	IC95%: 0,870 – 8,390

Variáveis	Deambulação prejudicada		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
4. Cuidador				
Presente	90	13	103	p = 0,405 ² RP = 1,112 IC95%: 0,838 – 1,476
Ausente	11	3	14	
Total	101	16	117	
5. Hipertensão arterial				
Presente	87	16	103	p = 1,000 ² RP = 0,950 IC95%: 0,791 – 1,141
Ausente	16	2	18	
Total	103	18	121	
6. Diabetes mellitus				
Presente	26	2	28	p = 0,239 ² RP = 1,122 IC95%: 0,977 – 1,288
Ausente	77	16	93	
Total	103	18	121	
7. Cardiopatia				
Presente	22	6	28	p = 0,362 ² RP = 0,902 IC95%: 0,732 – 1,111
Ausente	81	12	93	
Total	103	18	121	
8. Dislipidemia				
Presente	30	6	36	p = 0,719 ² RP = 0,970 IC95%: 0,819 – 1,150
Ausente	73	12	85	
Total	103	18	121	
9. Sedentarismo				
Presente	61	10	71	p = 0,771 ² RP = 1,023 IC95%: 0,877 – 1,192
Ausente	42	8	50	
Total	103	18	121	
10. Tabagismo ativo				
Presente	17	1	18	p = 0,304 ² RP = 1,133 IC95%: 0,984 – 1,306
Ausente	85	17	102	
Total	102	18	120	
11. Tabagismo passivo				
Presente	18	5	23	p = 0,338 ² RP = 0,905 IC95%: 0,720 – 1,139
Ausente	83	13	96	
Total	101	18	119	
12. Bebida alcoólica				
Presente	12	5	17	p = 0,132 ² RP = 0,807 IC95%: 0,589 – 1,106
Ausente	91	13	104	
Total	103	18	121	
13. Uso de anticoncepcionais				
Presente	7	2	9	p = 0,621 ² RP = 0,907 IC95%: 0,635 – 1,297
Ausente	96	16	112	
Total	103	18	121	
14. Idade				
Média	62,94	54,33		p = 0,006 ³ Teste de Levene: 0,560
Desvio padrão	±11,905	±13,218		
15. IMC				
Média	25,996	26,408		p = 0,824 ³ Teste de Levene: 0,388
Desvio padrão	±5,766	±5,928		
Média dos Postos				
16. Tempo de escolaridade				
	54,670	60,060		p = 0,519 ⁴
17. Renda per capita				
	58,630	48,390		p = 0,222 ⁴
18. Quantidade de AVE				
	63,320	44,500		p = 0,006 ⁴

Média dos Postos			
19. Tempo do último AVE	61,230	56,360	p = 0,583 ⁴
20. Tempo de frequência na ABCR	54,990	49,080	p = 0,457 ⁴

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

³Teste T supondo variâncias iguais. ⁴Teste de Mann-Whitney.

De acordo com os dados, o diagnóstico de enfermagem Deambulação prejudicada foi identificado em 103 clientes: 54 do sexo masculino e 49 do feminino. Houve associação estatística e significativa entre idade e Deambulação prejudicada (p = 0,006).

Além disso, ao comparar a média dos postos da variável quantidade de AVE com o diagnóstico Deambulação prejudicada, percebe-se que a quantidade de AVE foi significativamente maior em quem tinha o diagnóstico presente (p = 0,006).

As outras variáveis não mostraram significância estatística com o diagnóstico Deambulação prejudicada, apesar de em alguns clientes haver essas variáveis.

Tabela 11 - Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Fortaleza, 2008

Variáveis	Estilo de vida sedentário		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
1. Sexo				
Masculino	58	11	64	p = 0,836 ¹
Feminino	48	9	57	RP = 0,983
Total	101	20	121	IC95%: 0,839 – 1,152
2. Estado civil				
Com companheiro	52	12	64	p = 0,486 ¹
Sem companheiro	49	8	57	RP = 0,945
Total	101	20	121	IC95%: 0,807 – 1,107
3. Estado ocupacional				
Ativo	2	4	6	p = 0,010 ¹
Inativo	76	14	90	RP = 2,530
Total	78	18	96	IC95%: 0,810 – 7,880
4. Cuidador				
Presente	91	12	103	p = 0,002 ²
Ausente	7	7	14	RP = 1,767
Total	98	19	117	IC95%: 1,042 – 2,997
5. Hipertensão arterial				
Presente	86	17	103	p = 1,000 ²
Ausente	15	3	18	RP = 1,002
Total	101	20	121	IC95%: 0,801 – 1,253
6. Diabetes mellitus				
Presente	25	3	28	p = 0,562 ²
Ausente	76	17	93	RP = 1,093
Total	101	20	121	IC95%: 0,931 – 1,283
7. Cardiopatia				
Presente	23	5	28	p = 0,779 ²
Ausente	78	15	93	RP = 0,979
Total	101	20	121	IC95%: 0,806 – 1,189

Variáveis	Estilo de vida sedentário		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
8. Dislipidemia				
Presente	32	4	36	p = 0,296 ¹ RP = 1,095 IC95%: 0,938 – 1,278
Ausente	69	16	85	
Total	101	20	121	
9. Sedentarismo				
Presente	64	7	71	p = 0,019 ¹ RP = 1,218 IC95%: 1,016 – 1,460
Ausente	37	13	50	
Total	101	20	121	
10. Tabagismo ativo				
Presente	17	1	18	p = 0,302 ² RP = 1,161 IC95%: 1,003 – 1,342
Ausente	83	19	102	
Total	100	20	120	
11. Tabagismo passivo				
Presente	19	4	23	p = 1,000 ² RP = 0,991 IC95%: 0,805 – 1,220
Ausente	80	16	96	
Total	99	20	119	
12. Bebida alcoólica				
Presente	13	4	17	p = 0,480 ² RP = 0,904 IC95%: 0,686 – 1,191
Ausente	88	16	104	
Total	101	20	121	
13. Uso de anticoncepcionais				
Presente	8	1	9	p = 1,000 ² RP = 1,070 IC95%: 0,837 – 1,369
Ausente	93	19	112	
Total	101	20	121	
14. Idade				
Média	62,34	58,15		p = 0,170 ³ Teste de Levene: 0,962
Desvio padrão	±12,302	±12,881		
15. IMC				
Média	25,996	26,408		p = 0,824 ³ Teste de Levene: 0,977
Desvio padrão	±5,766	±5,928		

Média dos Postos

16. Tempo de escolaridade	53,090	66,350	p = 0,091 ⁴
17. Renda per capita	58,860	47,790	p = 0,177 ⁴
18. Quantidade de AVE	62,320	51,420	p = 0,099 ⁴
19. Tempo do último AVE	57,500	76,420	p = 0,029 ⁴
20. Tempo de frequência na ABCR	52,550	61,680	p = 0,262 ⁴

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

³Teste T supondo variâncias iguais. ⁴Teste de Mann-Whitney.

No estudo, 101 clientes tiveram o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Destes, 58 eram do sexo masculino e 48 do feminino. Houve associação significativa entre ter cuidador e este diagnóstico (p = 0,002). 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) em relação àqueles que não possuíam cuidador.

Ao analisar as variáveis assimétricas, encontrou-se associação estatística ao comparar a média dos postos da variável tempo do último AVE e o diagnóstico Estilo de vida sedentário. Como identificado, o tempo médio do último AVE foi significativamente menor entre os indivíduos com Estilo de vida sedentário ($p = 0,029$).

Tabela 12 - Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de síndrome do desuso. Fortaleza, 2008

Variáveis	Risco de síndrome do desuso		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
1. Sexo				
Masculino	54	10	64	$p = 0,218^1$ RP = 1,118 IC95%: 0,933 – 1,341
Feminino	43	14	57	
Total	97	24	121	
2. Estado civil				
Com companheiro	51	13	64	$p = 0,889^1$ RP = 0,87 IC95%: 0,827 – 1,179
Sem companheiro	46	11	57	
Total	97	24	121	
3. Estado ocupacional				
Ativo	2	4	6	$p = 0,004^1$ RP = 2,530 IC95%: 0,810 – 7,880
Inativo	76	14	90	
Total	78	18	96	
4. Cuidador				
Presente	87	16	103	$p = 0,024^2$ RP = 1,478 IC95%: 1,032 – 2,344
Ausente	8	6	14	
Total	95	22	117	
5. Hipertensão arterial				
Presente	82	21	103	$p = 1,000^2$ RP = 0,955 IC95%: 0,760 – 1,201
Ausente	15	3	18	
Total	97	24	121	
6. Diabetes mellitus				
Presente	25	3	28	$p = 0,167^1$ RP = 1,153 IC95%: 0,974 – 1,365
Ausente	72	21	93	
Total	97	24	121	
7. Cardiopatia				
Presente	22	6	28	$p = 0,809^1$ RP = 0,974 IC95%: 0,784 – 1,211
Ausente	75	18	93	
Total	97	24	121	
8. Dislipidemia				
Presente	29	7	36	$p = 0,944^1$ RP = 1,007 IC95%: 0,831 – 1,221
Ausente	68	17	85	
Total	97	24	121	
9. Sedentarismo				
Presente	60	11	71	$p = 0,154^1$ RP = 1,142 IC95%: 0,942 – 1,384
Ausente	37	13	50	
Total	97	24	121	
10. Tabagismo ativo				
Presente	15	3	18	$p = 1,000^2$ RP = 1,049 IC95%: 0,835 – 1,319
Ausente	81	21	102	
Total	96	24	120	

Variáveis	Risco de síndrome do desuso		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
11. Tabagismo passivo				
Presente	19	4	23	p = 0,563 ² RP = 1,113 IC95%: 0,920 – 1,347
Ausente	80	16	96	
Total	99	20	119	
12. Bebida alcoólica				
Presente	13	4	17	p = 0,744 ² RP = 0,947 IC95%: 0,716 – 1,253
Ausente	84	20	104	
Total	97	24	121	
13. Uso de anticoncepcionais				
Presente	8	1	9	p = 0,686 ² RP = 1,119 IC95%: 0,872 – 1,436
Ausente	89	23	112	
Total	97	24	121	
14. Idade				
Média	61,830	60,880		p = 0,738 ³ Teste de Levene: 0,361
Desvio padrão	±12,071	±14,081		
15. IMC				
Média	25,142	29,646		p = 0,105 ⁴ Teste de Levene: 0,002
Desvio padrão	±3,916	±9,522		
16. Tempo de escolaridade				
Média	6,210	5,170		p = 0,357 ³ Teste de Levene: 0,190
Desvio padrão	4,880	4,260		
Média dos Postos				
17. Renda per capita	57,410	55,190		p = 0,778 ⁴
18. Quantidade de AVE	62,460	52,650		p = 0,111 ⁴
19. Tempo do último AVE	60,810	59,270		p = 0,846 ⁵
20. Tempo de frequência na ABCR	56,330	45,50		p = 0,135 ⁵

¹Teste Qui-Quadrado. ²Teste de Fisher. RP - Razão de Prevalência, com Intervalo de Confiança - IC de 95%. ³Teste T supondo variâncias iguais. ⁴Teste T supondo variâncias desiguais. ⁵Teste de Mann-Whitney.

De acordo com a Tabela 12, observa-se a presença de 54 clientes do sexo masculino e 43 do feminino, no total de 97 participantes com o diagnóstico Risco de síndrome do desuso.

A presença de cuidador aumentou em mais de uma vez a probabilidade da ocorrência deste diagnóstico (RP = 1,478) quando comparado à ausência de uma pessoa responsável pelo cuidado do cliente, pois houve associação estatística e significativa entre ter cuidador e o Risco de síndrome do desuso (p = 0,024).

Como observado, nenhuma outra variável evidenciou relação estatística com este diagnóstico. No entanto, vários indicadores de risco como a hipertensão e o sedentarismo foram identificados em grande parte dos clientes.

Tabela 13 - Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de intolerância à atividade. Fortaleza, 2008

Variáveis	Risco de intolerância à atividade		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
1. Sexo				
Masculino	47	17	64	p = 0,344 ¹
Feminino	46	11	57	RP = 0,910
Total	93	28	121	IC95%: 0,749 – 1,105
2. Estado civil				
Com companheiro	49	15	64	p = 1,000 ¹
Sem companheiro	44	13	57	RP = 0,992
Total	93	28	121	IC95%: 0,816 – 1,206
3. Estado ocupacional				
Ativo	2	4	6	p = 0,027 ¹
Inativo	71	19	90	RP = 2,370
Total	73	23	96	IC95%: 0,760 – 7,380
4. Cuidador				
Presente	80	23	103	p = 0,318 ²
Ausente	9	5	14	RP = 1,208
Total	89	28	117	IC95%: 0,807 – 1,810
5. Hipertensão arterial				
Presente	86	17	103	p = 0,000 ²
Ausente	7	11	18	RP = 2,147
Total	93	28	121	IC95%: 1,196 – 3,856
6. Diabetes mellitus				
Presente	22	6	28	p = 0,806 ¹
Ausente	71	22	93	RP = 1,029
Total	93	28	121	IC95%: 0,823 – 1,280
7. Cardiopatia				
Presente	24	4	28	p = 0,205 ¹
Ausente	69	24	93	RP = 1,155
Total	93	28	121	IC95%: 0,953 – 1,401
8. Dislipidemia				
Presente	29	7	36	p = 0,153 ¹
Ausente	64	21	85	RP = 1,070
Total	93	28	121	IC95%: ,875 – 1,309
9. Sedentarismo				
Presente	57	14	71	p = 0,287 ¹
Ausente	36	14	50	RP = 1,115
Total	93	28	121	IC95%: 0,906 – 1,373
10. Tabagismo ativo				
Presente	12	6	18	p = 0,363 ²
Ausente	80	22	102	RP = ,850
Total	92	28	120	IC95%: 0,604 – 1,197
11. Tabagismo passivo				
Presente	21	2	23	p = 0,074 ¹
Ausente	71	25	96	RP = 1,235
Total	92	27	119	IC95%: 1,038 – 1,468
12. Bebida alcoólica				
Presente	14	3	17	p = 0,759 ²
Ausente	79	25	104	RP = 1,084
Total	83	28	121	IC95%: 0,848 – 1,385

Variáveis	Risco de intolerância à atividade		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
13. Uso de anticoncepcionais				
Presente	7	2	9	p = 1,000 ²
Ausente	86	26	112	RP = 1,013
Total	93	28	121	IC95%: 0,704 – 1,457
14. Idade				
Média	62,860	57,480		p = 0,048 ³
Desvio padrão	±11,968	±13,357		Teste de Levene: 0,469
15. IMC				
Média	26,159	25,650		p = 0,762 ³
Desvio padrão	±5,932	±5,038		Teste de Levene: 0,969
16. Tempo de escolaridade				
Média	5,980	6,040		p = 0,954 ³
Desvio padrão	4,7260	4,9620		Teste de Levene: 0,669
Média dos Postos				
17. Renda per capita	56,900	57,380		p = 0,949 ⁴
18. Quantidade de AVE	63,340	51,160		p = 0,036 ⁴
19. Tempo do último AVE				
AVE	60,240	61,390		p = 0,880 ⁴
20. Tempo de frequência na ABCR				
	56,860	54,430		p = 0,934 ⁴

¹Teste Qui-Quadrado. ²Teste de Fisher. RP - Razão de Prevalência, com Intervalo de Confiança - IC de 95%.
³Teste T supondo variâncias iguais. ⁴Teste de Mann-Whitney.

Ao se analisar o diagnóstico de enfermagem Risco de intolerância à atividade, observa-se a presença deste em 93 clientes, dos quais 49 do sexo masculino e 44 do feminino.

Em relação às variáveis sociodemográficas, a idade revelou associação estatística com o diagnóstico (p = 0,048).

Quanto aos indicadores de risco, houve associação estatisticamente significativa entre a hipertensão arterial e o Risco de intolerância à atividade (p = 0,000). Como percebeu-se, os clientes portadores de hipertensão arterial tinham aproximadamente duas vezes mais probabilidade para este diagnóstico (OR = 2,147) do que os não portadores da doença.

Ao se analisar as variáveis assimétricas, encontrou-se associação estatística na comparação entre a média dos postos da variável quantidade de AVE e o diagnóstico Risco de intolerância à atividade (p = 0,036). Conforme mostram os dados, a quantidade de AVE foi maior em quem tinha o Risco de intolerância à atividade.

Finalmente, na Tabela 14, consta a distribuição dos clientes com acidente vascular encefálico segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência da Capacidade de transferência prejudicada.

Tabela 14 - Distribuição dos clientes portadores de acidente vascular encefálico, segundo os dados sociodemográficos e os indicadores de risco para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Capacidade de transferência prejudicada. Fortaleza, 2008

Variáveis	Capacidade de transferência prejudicada		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
1. Sexo				
Masculino	40	24	64	p = 0,08 ¹ RP = 0,810 IC95%: 0,639 – 1,026
Feminino	44	13	57	
Total	84	37	121	
2. Estado civil				
Com companheiro	43	21	64	p = 0,572 ¹ RP = 0,934 IC95%: 0,738 – 1,182
Sem companheiro	41	16	57	
Total	84	37	121	
3. Estado ocupacional				
Ativo	1	5	6	p = 0,010 ¹ RP = 4,330 IC95%: 0,720 – 26,050
Inativo	65	25	90	
Total	66	30	96	
4. Cuidador				
Presente	78	25	103	p = 0,001 ² RP = 2,650 IC95%: 1,149 – 6,111
Ausente	4	10	14	
Total	82	35	117	
5. Hipertensão arterial				
Presente	73	30	103	p = 0,407 ¹ RP = 1,160 IC95%: 0,786 – 1,711
Ausente	11	7	18	
Total	84	37	121	
6. Diabetes mellitus				
Presente	21	7	28	p = 0,465 ¹ RP = 1,107 IC95%: 0,857 – 1,430
Ausente	63	30	93	
Total	84	37	121	
7. Cardiopatia				
Presente	16	12	28	p = 0,108 ¹ RP = 0,782 IC95%: 0,554 – 1,102
Ausente	68	25	93	
Total	84	37	121	
8. Dislipidemia				
Presente	24	12	36	p = 0,669 ¹ RP = 0,944 IC95%: 0,722 – 1,236
Ausente	60	25	85	
Total	84	37	121	
9. Sedentarismo				
Presente	51	20	71	p = 0,493 ¹ RP = 1,088 IC95%: 0,851 – 1,393
Ausente	33	17	50	
Total	84	37	121	
10. Tabagismo ativo				
Presente	10	8	18	p = 0,147 ¹ RP = 1,619 IC95%: 0,884 – 2,966
Ausente	74	28	102	
Total	84	36	120	
11. Tabagismo passivo				
Presente	13	10	23	p = 0,127 ¹ RP = 0,670 IC95%: 0,939 – 2,967
Ausente	71	25	96	
Total	84	35	119	
12. Bebida alcoólica				
Presente	4	13	17	p = 0,000 ¹ RP = 0,306 IC95%: 0,129 – 0,725
Ausente	80	24	104	
Total	84	37	121	

Variáveis	Capacidade de transferência prejudicada		Total	Estatísticas
	Presente	Ausente		
13. Uso de anticoncepcionais				
Presente	6	3	9	p = 1,000 ²
Ausente	78	34	112	RP = 0,957
Total	84	37	121	IC95%: 0,394 – 1,544
14. Idade				
Média	62,91	58,81		p = 0,096 ³
Desvio padrão	±12,036	±13,030		Teste de Levene: 0,521
15. IMC				
Média	25,914	26,393		p = 0,751 ³
Desvio padrão	±3,996	±8,438		Teste de Levene: 0,052
16. Tempo de escolaridade				
Média	5,570	6,860		p = 0,182 ³
Desvio padrão	4,469	5,260		Teste de Levene: 0,092
Média dos Postos				
17. Renda per capita	54,480	62,610		p = 0,220 ⁴
18. Quantidade de AVE	62,490	56,040		p = 0,227 ⁴
19. Tempo do último AVE	60,360	60,820		p = 0,947 ⁴
20. Tempo de frequência na ABCR	53,770	54,520		p = 0,908 ⁴

¹Teste de Fisher. ²Teste Qui-Quadrado. RP - Razão de Prevalência, com Intervalo de Confiança - IC de 95%.
³Teste T supondo variâncias iguais. ⁴Teste de Mann-Whitney.

No estudo, identificaram-se 84 clientes com o diagnóstico de enfermagem Capacidade de transferência prejudicada. Destes, 44 eram do sexo feminino e 40 do masculino.

Os clientes que possuíam pessoas responsáveis pelo seu cuidado tinham aproximadamente três vezes mais probabilidade para Capacidade de transferência prejudicada (RP = 2,650) quando comparados aos que não tinham cuidadores, pois houve associação significativa entre ter cuidador e este diagnóstico de enfermagem (p = 0,001).

Em relação aos indicadores de risco, houve associação entre bebida alcoólica e a Capacidade de transferência prejudicada (p = 0,000). Mas, Ingerir bebida alcoólica foi fator protetor para ocorrência deste diagnóstico (RP < 1). Acredita-se ser esta uma relação espúria.

Na Tabela 15 faz-se a distribuição estatística entre os diagnósticos de enfermagem com frequência acima de 50% presentes nos clientes portadores de acidente vascular encefálico.

Tabela 15 – Distribuição das estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

Diagnósticos de Enfermagem	CTP¹	RIA²	RSD³	EVS⁴	DP⁵	MFP⁶
RQ⁷						
Valor p	0,030*	0,081*	0,005*	0,031*	0,000*	0,000*
RP	1,108	1,096	1,188	1,153	1,385	1,486
IC (95%)	(1,004- 1,242)	(0,961- 1,250)	(1,037- 1,523)	(1,058- 1,389)	(1,040- 1,844)	(1,022- 2,218)
MFP⁶						
Valor p	0,000*	0,146*	0,002*	0,028*	0,000*	-
RP	1,406	1,126	2,026	1,241	1,730	-
IC (95%)	(1,139- 1,736)	(0,938- 1,351)	(1,032- 3,976)	(1,095- 1,607)	(1,142- 2,620)	-
DP⁵						
Valor p	0,000**	0,362*	0,009*	0,012*	-	-
RP	1,532	1,109	1,345	1,371	-	-
IC (95%)	(1,186- 1,979)	(0,900- 1,366)	(1,006- 1,799)	(1,087- 1,904)	-	-
EVS⁴						
Valor p	0,002**	0,019*	0,001*	-	-	-
RP	1,881	1,476	1,723	-	-	-
IC (95%)	(1,087- 3,255)	(1,083- 2,218)	(1,104- 2,689)	-	-	-
RSD³						
Valor p	0,027**	0,016**	-	-	-	-
RP	1,269	1,321	-	-	-	-
IC (95%)	(1,047- 1,612)	(1,101- 1,764)	-	-	-	-
RIA²						
Valor p	0,108**	-	-	-	-	-
RP	1,198	-	-	-	-	-
IC (95%)	(0,937- 1,532)	-	-	-	-	-

RQ¹ – Risco de queda. MFP² – Mobilidade física prejudicada. DP³ – Deambulação prejudicada. EVS⁴ – Estilo de vida sedentário. RSD⁵ – Risco de síndrome do desuso. RIA⁶ – Risco de intolerância à atividade. CTP⁷ – Capacidade de transferência prejudicada. *Teste Exato de Fischer. **Teste Qui-Quadrado. RP - Razão de Prevalência com Intervalo de Confiança de 95%.

De acordo com os dados, o diagnóstico Risco de queda mostrou associação estatisticamente significativa com todos os outros diagnósticos de enfermagem analisados, com exceção do Risco de intolerância à atividade ($p = 0,081$). Diante disso, os clientes que tinham Risco de queda apresentaram acima de uma vez mais probabilidade de desenvolver Capacidade de transferência prejudicada, Risco de síndrome do desuso, Estilo de vida sedentário e Mobilidade física prejudicada.

Em relação ao diagnóstico Mobilidade física prejudicada, embora também não tenha evidenciado associação estatística com o Risco de intolerância à atividade ($p = 0,146$),

teve associação com os demais. Diante disso, os clientes portadores de acidente vascular encefálico com Mobilidade física prejudicada tiveram acima de uma vez mais probabilidade para a Capacidade de transferência prejudicada, Risco de síndrome do desuso, Estilo de vida sedentário e Deambulação prejudicada.

Com exceção do diagnóstico Risco de intolerância à atividade, a Deambulação prejudicada apresentou associação estatisticamente significativa com todos os demais diagnósticos de enfermagem analisados.

Assim, os clientes com Deambulação prejudicada possuíam probabilidade superior a uma vez de terem Capacidade de transferência prejudicada, Risco de síndrome do desuso e Estilo de vida sedentário.

Além dos já referidos, os diagnósticos de enfermagem Estilo de vida sedentário e Risco de síndrome do desuso mostraram associação estatisticamente significativa com todos os outros diagnósticos de enfermagem analisados.

Com isso, os clientes portadores de Estilo de vida sedentário tiveram acima de uma vez mais probabilidade de desenvolverem Capacidade de transferência prejudicada, Risco de intolerância à atividade e Risco de síndrome do desuso.

Sobre o diagnóstico de enfermagem Risco de síndrome do desuso, os clientes com este diagnóstico tiveram aproximadamente uma vez mais probabilidade para Capacidade de transferência prejudicada (RP = 1,269) e Risco de intolerância à atividade (RP = 1,321).

Conforme observado, este último diagnóstico também não apresentou associação estatística com Capacidade de transferência prejudicada, que revelou associação com todos os outros diagnósticos de enfermagem analisados e já citados.

Na Tabela 16 constam dados sobre a associação estatística entre as características definidoras com percentil acima de 75 e os diagnósticos de enfermagem com frequência acima de 50%.

Tabela 16 – Distribuição das estatísticas de associação entre as características definidoras e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

Características Definidoras	Diagnósticos de Enfermagem						
	RQ ¹	MFP ²	DP ³	EVS ⁴	RSD ⁵	RIA ⁶	CTP ⁷
VPACPEF⁸	0,035*	0,032*	0,002*	0,000*	0,008*	0,016*	0,001*
Valor p	1,298	1,473	2,360	7,080	2,218	2,124	5,876
RP	(1,006-	(1,021-	(1,025-	(1,130-	(1,014-	(1,051-	(1,036-
IC (95%)	1,939)	2,526)	5,787)	44,336)	5,448)	5,221)	36,878)

Características Definidoras	Diagnósticos de Enfermagem						
	RQ ¹	MFP ²	DP ³	EVS ⁴	RSD ⁵	RIA ⁶	CTP ⁷
CPAA⁹	0,000*	0,000*	0,000*	0,077*	0,049*	0,562*	0,000**
Valor p	1,385	1,730	17,825	1,296	1,366	1,075	3,495
RP	(1,040-	(1,142-	(2,653-	(0,927-	(1,065-	(0,793-	(1,464-
IC (95%)	1,844)	2,620)	119,756)	1,813)	1,995)	1,458)	8,346)
CPPDN¹⁰	0,000*	0,000*	0,000*	0,005*	0,027*	0,243*	0,000**
Valor p	1,333	1,601	10,000	1,469	1,403	1,219	3,960
RP	(1,035-	(1,117-	(2,685-	(1,020-	(1,049-	(0,870-	(1,639-
IC (95%)	1,717)	2,294)	37,239)	2,115)	2,026)	1,707)	9,569)
DV¹¹	0,005*	0,000*	0,000*	0,073*	0,000*	0,186**	0,000**
Valor p	1,188	2,000	1,573	1,223	1,934	1,191	2,062
RP	(1,025-	(1,341-	(1,116-	(0,935-	(1,245-	(0,882-	(1,217-
IC (95%)	1,422))	2,984)	2,217)	1,599)	3,006)	1,608)	3,495)
TRD¹²	0,000*	0,000*	0,000*	0,136*	0,001*	0,606**	0,001**
Valor p	1,238	1,715	1,895	1,181	1,496	1,066	1,816
RP	(1,026-	(1,233-	(1,286-	(0,923-	(1,066-	(0,825-	(1,144-
IC (95%)	1,494)	2,385)	2,791)	1,512)	2,099)	1,378)	2,884)
CPSDC¹³	0,000*	0,000*	0,000*	0,019*	0,003**	0,437**	0,000**
Valor p	1,217	1,629	2,800	1,299	1,417	1,099	2,509
RP	(1,024-	(1,209-	(1,703-	(1,032-	(1,040-	(0,850-	(1,451-
IC (95%)	1,447)	2,197)	4,602)	1,695)	1,930)	1,421)	4,337)
CPSDC¹³	0,000*	0,000*	0,000*	0,019*	0,003**	0,437**	0,000**
Valor p	1,217	1,629	2,800	1,299	1,417	1,099	2,509
RP	(1,024-	(1,209-	(1,703-	(1,032-	(1,040-	(0,850-	(1,451-
IC (95%)	1,447)	2,197)	4,602)	1,695)	1,930)	1,421)	4,337)
CPAD¹⁵	0,001*	0,000*	0,000*	0,009*	0,015**	0,127**	0,000**
Valor p	1,200	1,467	2,500	1,335	1,353	1,203	2,742
RP	(1,023-	(1,137-	(1,613-	(1,026-	(1,018-	(0,916-	(1,577-
IC (95%)	1,408)	1,893)	3,875)	1,737)	1,800)	1,581)	4,785)
CPASI¹⁶	0,001*	0,000*	0,000*	0,009*	0,015**	0,127**	0,000**
Valor p	1,200	1,467	2,500	1,335	1,353	1,203	2,742
RP	(1,023-	(1,137-	(1,613-	(1,026-	(1,018-	(0,916-	(1,577-
IC (95%)	1,408)	1,893)	3,875)	1,737)	1,800)	1,581)	4,785)
MNC¹⁷	0,013*	0,000*	0,015*	0,096*	0,001**	0,977**	0,002**
Valor p	1,141	1,667	1,287	1,184	1,447	1,003	1,648
RP	(1,065-	(1,244-	(1,009-	(0,940-	(1,069-	(0,799-	(1,106-
IC (95%)	1,315)	2,232)	1,643)	1,490)	1,959)	1,259)	2,456)
ITCPP¹⁸	0,024*	0,000*	0,000**	0,005**	0,011**	0,064**	0,000**
Valor p	1,116	1,441	1,589	1,306	1,309	1,239	1,125
RP	(1,024-	(1,150-	(1,208-	(1,032-	(1,016-	(1,045-	(1,021-
IC (95%)	1,260)	1,806)	2,091)	1,653)	1,688)	1,606)	1,565)

Características Definidoras	Diagnósticos de Enfermagem						
	RQ ¹	MFP ²	DP ³	EVS ⁴	RSD ⁵	RIA ⁶	CTP ⁷
CPTCC¹⁹	0,027*	0,000*	0,000**	0,001**	0,015**	0,084**	0,000**
Valor p	1,112	1,423	1,559	1,359	1,288	1,218	1,482
RP	(1,123-	(1,144-	(1,197-	(1,068-	(1,007-	(0,946-	(1,23-
IC (95%)	1,251)	1,770)	2,032)	1,729)	1,648)	1,568)	1,158)
ITPPC²⁰	0,027*	0,000*	0,000**	0,001**	0,015**	0,084**	0,000**
Valor p	1,112	1,423	1,559	1,359	1,288	1,218	1,482
RP	(1,123-	(1,144-	(1,197-	(1,068-	(1,007-	(0,946-	(1,23-
IC (95%)	1,251)	1,770)	2,032)	1,729)	1,648)	1,568)	1,158)
ITPCP²¹	0,027*	0,000*	0,000**	0,001**	0,015**	0,084**	0,000**
Valor p	1,112	1,423	1,559	1,359	1,288	1,218	1,482
RP	(1,123-	(1,144-	(1,197-	(1,068-	(1,007-	(0,946-	(1,23-
IC (95%)	1,251)	1,770)	2,032)	1,729)	1,648)	1,568)	1,158)
CPVLO²²	0,030*	0,000*	0,000**	0,039**	0,005**	0,501**	0,045**
Valor p	1,108	1,480	1,374	1,207	1,340	1,077	1,321
RP	(1,084-	(1,184-	(1,091-	(1,028-	(1,042-	(0,859-	(1,010-
IC (95%)	1,242)	1,850)	1,731)	1,491)	1,722)	1,349)	1,797)
IMNHAF²³	0,037*	0,054*	0,004**	0,000**	0,000**	0,022**	0,032**
Valor p	1,101	1,144	1,274	1,446	1,530	1,294	1,340
RP	(1,003-	(0,978-	(1,035-	(1,134-	(1,167-	(1,003-	(1,025-
IC (95%)	1,227)	1,339)	1,568)	1,843)	2,007)	1,669)	1,813)
CLDHMF²⁴	0,011*	0,000*	0,000**	0,001**	0,154**	0,803**	0,000**
Valor p	1,111	1,316	1,494	1,328	1,142	0,975	1,985
RP	(1,13-	(1,126-	(1,222-	(1,096-	(0,942-	(0,801-	(1,434-
IC (95%)	1,219)	1,538)	1,826)	1,610)	1,384)	1,187)	2,747)

RQ¹ – Risco de queda. MFP² – Mobilidade física prejudicada. DP³ – Deambulação prejudicada. EVS⁴ – Estilo de vida sedentário. RSD⁵ – Risco de síndrome do desuso. RIA⁶ – Risco de intolerância à atividade. CTP⁷ – Capacidade de transferência prejudicada. VPACPEF⁸ – Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico. CPAA⁹ – Capacidade prejudicada de andar em aclave. CPPDN¹⁰ – Capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias. DV¹¹ – Dificuldade para virar-se. TRD¹² – Tempo de reação diminuído. CPSDC¹³ – Capacidade prejudicada de subir e descer de calçadas. ERDSEF¹⁴ – Escolha de uma rotina diária sem exercícios físicos. CPAD¹⁵ – Capacidade prejudicada de andar em declive. CPASI¹⁶ – Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares. MNC¹⁷ – Movimentos não-coordenados. ITCPP¹⁸ – Incapacidade de transferir-se da cadeira para a posição de pé. CPTCC¹⁹ – Capacidade prejudicada de transferir-se do chão para a cadeira. ITPPC²⁰ – Incapacidade de transferir-se da posição de pé para o chão. ITPCP²¹ – Incapacidade de transferir-se da posição do chão para a posição de pé. CPVLO²² – Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para outro. IMNHAF²³ – Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física. CLDHMF²⁴ – Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas. * Teste Exato de Fischer. ** Teste Qui-Quadrado. RP - Razão de Prevalência com Intervalo de Confiança de 95%.

Com base na Tabela 16, consoante se observa, apenas as características definidoras Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico (p = 0,016) e Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física (p = 0,022) tiveram associação

estatisticamente significativa com o diagnóstico de enfermagem Risco de intolerância à atividade.

Assim, quem Verbalizou preferência por atividades com pouco exercício físico teve duas vezes mais probabilidade ($RP = 2,124$) de Risco de intolerância à atividade e quem apresentou a característica Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física possuía aproximadamente uma vez mais probabilidade ($RP = 1,294$) para este diagnóstico.

Destarte, como se sabe, diagnósticos de risco não possuem características definidoras. Por isso nenhuma das características analisadas é específica do Risco de intolerância à atividade, assim como dos diagnósticos Risco de queda e Risco de síndrome do desuso.

Na continuidade da análise, quatro características definidoras não tiveram associação estatisticamente significativa com o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. São elas: Capacidade prejudicada de andar em aclive ($p = 0,077$); Dificuldade para virar-se ($p = 0,073$); Tempo de reação diminuído ($p = 0,136$) e Movimentos não-coordenados ($p = 0,096$). Entretanto estas quatro características não são específicas deste diagnóstico.

Além disso, a característica definidora Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física não se associou estatisticamente com o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada ($p = 0,054$), assim como a característica Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas não se associou com o diagnóstico Risco de síndrome do desuso ($p = 0,154$). Mais uma vez, ressalta-se: estas características não são específicas destes diagnósticos de enfermagem.

Ademais, ao excluir estas exceções já citadas, houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre todas as características definidoras e os diagnósticos de enfermagem analisados.

Desta maneira, os clientes com a característica Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico, além da associação já citada com o diagnóstico de enfermagem Risco de intolerância à atividade, tiveram acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Verbaliza preferência por atividades com pouco exercício físico é característica definidora específica do diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário. Desse modo, justifica o encontro de valor de Razão de Prevalência mais elevado ($RP = 7,080$).

Como observado, os clientes com a característica definidora Capacidade prejudicada de andar em aclave tiveram acima de uma vez mais probabilidade de desenvolver Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Risco de síndrome do Desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Ressalta-se, também, o seguinte: o valor da Razão de Prevalência elevado quando está associada à Capacidade prejudicada de andar em aclave com a Deambulação prejudicada (RP = 17,825) deve-se provavelmente ao fato desta característica ser específica deste diagnóstico de enfermagem. Este foi o maior valor de Razão de Prevalência encontrado entre as características definidoras e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem.

Em relação à Capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias, os clientes com esta característica apresentaram probabilidade superior a uma vez para Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Ao se analisar a característica definidora Dificuldade para virar-se, segundo observado, os clientes portadores de AVE que possuíam esta característica tiveram acima de uma vez mais probabilidade para Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Já aqueles clientes com a característica definidora Tempo de reação diminuído mostraram aproximadamente duas vezes mais probabilidade de desenvolver Mobilidade física prejudicada (RP = 1,715). Destaca-se novamente: a característica definidora é específica deste diagnóstico. Além disso, ao ter o Tempo de reação diminuído, os clientes apresentaram acima de uma vez mais probabilidade para Risco de queda, Deambulação prejudicada, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Quanto à Capacidade prejudicada de subir e descer de calçadas, os clientes com esta característica demonstraram acima de uma vez mais probabilidade de desenvolver Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Contudo as características definidoras Capacidade prejudicada de andar em declive e Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares evidenciaram as mesmas associações estatísticas e os mesmos valores de Razão de prevalência para todos os diagnósticos de enfermagem analisados.

Assim, quem possuía essas características teve acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada,

Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Conforme identificado, os participantes que apresentaram como característica definidora movimentos não-coordenados tiveram acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Ademais, quando presente a característica Incapacidade de transferir-se da cadeira para a posição de pé, encontrou-se acima de uma vez mais probabilidade dos clientes terem Risco de queda, Mobilidade física prejudicada e Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

As características definidoras Capacidade prejudicada de transferir-se do chão para a cadeira, Incapacidade de transferir-se da posição de pé para o chão e Incapacidade de transferir-se da posição do chão para a posição de pé revelaram semelhante associação estatística e assim os mesmos valores de Razão de prevalência para os diagnósticos analisados.

Dessa forma, os clientes com estas características tiveram acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Outra observação foi a seguinte: os clientes com a característica definidora Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para outro apresentaram acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Aqueles com a característica Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física além de associação estatística com o Risco de intolerância à atividade como já citado, tiveram acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Estas duas últimas características definidoras: Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para outro e Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física são as únicas não específicas dos sete diagnósticos de enfermagem analisados, pois a primeira é específica do diagnóstico de enfermagem Mobilidade no leito prejudicada e a segunda do diagnóstico Fadiga. Tais diagnósticos não apresentaram percentil acima de 75.

Em relação à característica definidora Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas, os clientes que a manifestaram mostraram acima de uma vez mais probabilidade de desenvolver Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário e Capacidade de transferência prejudicada.

Com exceção da Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para outro e da Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física, as demais características definidoras são específicas dos quatro diagnósticos de enfermagem reais e tiveram associação estatística significativa.

Na Tabela 17 será descrita a associação estatística entre os fatores relacionados e os diagnósticos de enfermagem, acima do percentil 75, nos clientes vítimas acidente vascular encefálico.

Tabela 17 – Distribuição das estatísticas de associação entre os fatores relacionados e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos clientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

Fatores relacionados	Diagnósticos de Enfermagem						
	RQ ¹	MFP ²	DP ³	EVS ⁴	RSD ⁵	RIA ⁶	CTP ⁷
FMD⁸							
Valor p	0,000*	0,320*	0,000*	0,006*	0,000*	0,210*	0,000*
RP	1,784	0,027	8,196	1,949	3,817	1,414	2,423
IC (95%)	(1,994- 3,201)	(0,009- 0,082)	(1,290- 52,064)	(1,935- 4,060)	(1,122- 102,257)	(0,782- 2,557)	(1,235- 1,843)
PN⁹							
Valor p	0,000*	0,320*	0,000*	0,006*	0,000*	0,210*	0,000*
RP	1,784	0,027	8,196	1,949	3,817	1,414	2,423
IC (95%)	(1,994- 3,201)	(0,009- 0,082)	(1,290- 52,064)	(1,935- 4,060)	(1,122- 102,257)	(0,782- 2,557)	(1,235- 1,843)
EP¹⁰							
Valor p	0,013*	0,000**	0,000**	0,008**	0,090**	0,392**	0,000**
RP	1,106	1,002	1,403	1,249	1,170	1,091	3,467
IC (95%)	(1,013- 1,209)	(1,125- 1,542)	(1,165- 1,689)	(1,043- 1,496)	(0,966- 1,417)	(0,890- 1,337)	(2,262- 5,313)
PSP¹¹							
Valor p	0,067*	0,009**	0,000**	0,708**	0,001**	0,083**	0,000**
RP	1,079	1,170	1,308	1,031	1,365	1,203	1,553
IC (95%)	(1,009- 1,154)	(1,048- 1,308)	(1,135- 1,508)	(0,880- 1,208)	(1,149- 1,621)	(0,994- 1,456)	(1,227- 1,966)
C¹²							
Valor p	0,583*	0,693	0,041*	0,759*	1,000*	0,587**	0,710**
RP	1,053	1,074	1,222	0,976	0,852	0,935	1,059
IC (95%)	(1,006- 1,102)	(0,957- 1,204)	(1,114- 1,341)	(0,787- 1,210)	(0,659- 1,203)	(0,709- 1,233)	(0,794- 1,413)

RQ¹ – Risco de queda. MFP² – Mobilidade física prejudicada. DP³ – Deambulação prejudicada. EVS⁴ – Estilo de vida sedentário. RSD⁵ – Risco de síndrome do desuso. RIA⁶ – Risco de intolerância à atividade. CTP⁷ – Capacidade de transferência prejudicada. FMD⁸ – Força muscular diminuída. PN⁹ – Prejuízos neuromusculares. EP¹⁰ – Equilíbrio prejudicado. PSP¹¹ – Prejuízos sensorio-perceptivos. C¹² – Contraturas. * Teste Exato de Fischer. ** Teste Qui-Quadrado. RP - Razão de Prevalência com Intervalo de Confiança de 95%.

Ao se analisar a associação entre os fatores relacionados e os diagnósticos de enfermagem, como observado na Tabela 17, conforme encontrou-se, os fatores relacionados Força muscular diminuída e Prejuízos neuromusculares tiveram associação semelhante com os todos os diagnósticos de enfermagem. Destaca-se que estes fatores relacionados são duas das principais conseqüências do acidente vascular encefálico. Tais fatores apresentaram associação estatística significativa com todos os diagnósticos analisados, com exceção da Mobilidade física prejudicada ($p = 0,320$) e Risco de intolerância à atividade ($p = 0,210$).

Assim, os clientes com estes fatores mostraram acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Importa ressaltar o seguinte: estes fatores relacionados são específicos de alguns dos diagnósticos com freqüência acima de 50%, como a Deambulação prejudicada, o que pode justificar o valor mais elevado da Razão de prevalência para esta associação (RP = 8,196).

Em relação ao fator relacionado Equilíbrio prejudicado, houve associação estatística significativa com os diagnósticos de enfermagem, com exceção do Risco de síndrome do desuso ($p = 0,090$) e do Risco de intolerância à atividade ($p = 0,392$).

Como observado, os clientes com este fator tinham acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário e Capacidade de transferência prejudicada.

O fator relacionado Prejuízos sensório-perceptivos esteve associado significativamente com os diagnósticos de enfermagem Mobilidade física prejudicada ($p = 0,009$), Deambulação prejudicada ($p = 0,000$), Risco de síndrome do desuso ($p = 0,001$) e Capacidade de transferência prejudica ($p = 0,000$).

Diante disso, os clientes portadores de acidente vascular encefálico com este fator relacionado tiveram acima de uma vez mais probabilidade para o desenvolvimento destes diagnósticos de enfermagem.

Todavia, o fator relacionado Contraturas apresentou associação estatisticamente significativa apenas com Deambulação prejudicada ($p = 0,041$). Este fator, assim como Prejuízos sensório-perceptivos, é específico para o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada. No entanto, o fator relacionado Contraturas não apresentou associação significativa com o último diagnóstico.

Ressalta-se, porém, o seguinte: nenhum fator relacionado era específico do diagnóstico Estilo de vida sedentário, nem dos três diagnósticos de Risco, porquanto estes últimos possuem fatores de risco como exposto na Tabela 18. Nesta Tabela consta a associação dos fatores de risco acima do percentil 75 com os diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 50% nos clientes portadores de acidente vascular encefálico.

Tabela 18 – Distribuição das estatísticas de associação entre os fatores de risco e os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos portadores de acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

Fatores de Risco	Diagnósticos de Enfermagem						
	RQ ¹	MFP ²	DP ³	EVS ⁴	RSD ⁵	RIA ⁶	CTP ⁷
ENCF⁸	0,054*	0,259*	0,001*	0,366*	0,414*	0,238*	0,492*
Valor p	1,216	1,137	2,230	1,210	1,158	1,306	1,171
RP	(0,891-	(0,830-	(1,041-	(0,800-	(0,764-	(0,780-	(0,696-
IC (95%)	1,661)	1,559)	4,777)	1,829)	1,755)	2,187)	1,971)
MFP⁹	0,000*	0,000*	0,000*	0,111*	0,002*	0,146*	0,000*
Valor p	1,486	2,890	2,725	1,210	2,026	1,353	4,514
RP	(1,382-	(1,297-	(1,221-	(0,800-	(1,032-	(0,830-	(1,268-
IC (95%)	2,218)	6,438)	6,078)	1,829)	3,976)	2,203)	16,068)
FDEI¹⁰	0,000*	0,000*	0,001*	0,040*	0,004*	0,074*	0,021*
Valor p	1,431	1,754	1,946	1,399	1,826	1,479	1,902
RP	(1,231-	(1,058-	(1,078-	(1,025-	(1,009-	(0,866-	(1,247-
IC (95%)	2,057)	2,907)	3,513)	2,165)	3,303)	2,468)	3,819)
PPC¹¹	0,036*	0,435*	0,515*	0,007*	0,128*	0,000*	0,411**
Valor p	1,143	1,062	1,062	1,422	1,245	4,672	1,147
RP	(1,273-	(0,882-	(0,851-	(1,009-	(0,908-	(1,930-	(0,802-
IC (95%)	1,364)	1,278)	1,326)	2,004)	1,706)	11,315)	1,641)
P¹²	0,004*	0,001*	0,005*	0,000*	0,000*	0,006**	0,007**
Valor p	1,210	1,393	1,413	1,648	2,572	1,500	1,644
RP	(1,299-	(1,043-	(1,023-	(1,119-	(1,243-	(1,013-	(1,026-
IC (95%)	1,475)	4,859)	1,951)	2,427)	1,354)	2,221)	2,636)
DM¹³	0,000*	0,002*	0,000*	0,533*	0,396*	0,412**	0,012**
Valor p	1,278	1,364	1,963	1,082	1,104	1,129	1,558
RP	(1,030-	(1,037-	(1,277-	(0,859-	(0,851-	(0,846-	(1,001-
IC (95%)	1,585)	1,794)	3,017)	1,364)	1,433)	1,509)	2,424)
AA¹⁴	0,089*	1,000*	1,000*	0,252*	0,230**	0,000**	0,148**
Valor p	1,091	1,006	0,983	1,132	1,141	2,128	1,242
RP	(0,961-	(0,874-	(0,830-	(0,907-	(0,894-	(1,371-	(0,893-
IC (95%)	1,239)	1,158)	1,165)	1,412)	1,455)	3,308)	1,729)

Fatores de Risco	Diagnósticos de Enfermagem						
	RQ ¹	MFP ²	DP ³	EVS ⁴	RSD ⁵	RIA ⁶	CTP ⁷
EP ¹⁵	0,014*	0,648**	0,109**	0,036**	0,109**	0,105**	0,021**
Valor p	1,104	1,028	1,132	1,189	1,159	1,180	1,333
RP	(1,012-	(0,911-	(0,965-	(1,040-	(0,959-	(0,958-	(1,028-
IC (95%)	1,204)	1,161)	1,328)	1,414))	1,400)	1,453)	1,728)

RQ¹ – Risco de queda. MFP² – Mobilidade física prejudicada. DP³ – Deambulação prejudicada. EVS⁴ – Estilo de vida sedentário. RSD⁵ – Risco de síndrome do desuso. RIA⁶ – Risco de intolerância à atividade. CTP⁷ – Capacidade de transferência prejudicada. ENCF⁸ – Estado de não condicionamento físico. MFP⁹ – Mobilidade física prejudicada. FDEI¹⁰ – Força diminuída nas extremidades inferiores. PPC¹¹ – Presença de problemas circulatórios. P¹² – Paralisia. DM¹³ – Dificuldade na marcha. AA¹⁴ – Agentes anti-hipertensivos. EP¹⁵ – Equilíbrio prejudicado. * Teste Exato de Fischer. ** Teste Qui-Quadrado. RP - Razão de Prevalência com Intervalo de Confiança de 95%.

Conforme consta na Tabela 18, o fator de risco Estado de não condicionamento físico não apresentou associação estatística com o diagnóstico do qual é específico: Risco de intolerância à atividade. No entanto, esteve associado estatisticamente com Deambulação prejudicada ($p = 0,001$). Assim, quem possuía este fator de risco tinha duas vezes mais probabilidade de desenvolver Deambulação prejudicada ($RP = 2,230$).

Em relação ao fator de risco Mobilidade física prejudicada, este não denotou associação significativa apenas com Estilo de vida sedentário ($p = 0,111$) com Risco de intolerância à atividade ($p = 0,146$).

Desta forma, os clientes com este fator de risco possuíam acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Quanto ao fator de risco Força diminuída nas extremidades inferiores, denotou associação estatística significativa com todos os diagnósticos de enfermagem, exceto com o Risco de intolerância à atividade ($p = 0,074$).

De acordo com os dados, os portadores de AVE com este fator de risco apresentaram acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada.

Ao se analisar o fator de risco Presença de problemas circulatórios, conforme se nota, houve associação estatisticamente significativa apenas com os diagnósticos de enfermagem Risco de queda ($p = 0,036$), Estilo de vida sedentário ($p = 0,007$) e Risco de intolerância à atividade ($p = 0,000$).

Assim, os clientes com este fator de risco tiveram acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Estilo de vida sedentário e Risco de intolerância à atividade. O valor de Razão de prevalência mais elevado entre Presença de problemas circulatórios e este último diagnóstico (RP = 4,672) pode ser justificado pelo fato deste fator de risco ser específico do diagnóstico de enfermagem Risco de intolerância à atividade.

Outro fator de risco, Paralisia, apresentou associação estatística significativa com todos os diagnósticos de enfermagem analisados. Com isso, quem portava este fator de risco teve acima de uma vez mais probabilidade de Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada, Estilo de vida sedentário, Risco de intolerância à atividade e Capacidade de transferência prejudicada.

Mais um fator analisado foi Dificuldade na marcha, o qual não mostrou associação significativa com os diagnósticos de enfermagem Estilo de vida sedentário ($p = 0,533$), Risco de síndrome do desuso ($p = 0,396$) e Risco de intolerância à atividade ($p = 0,412$).

Diante disso, os clientes com este fator de risco tiveram acima de uma vez mais probabilidade de Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada e Capacidade de transferência prejudicada.

Outro fator analisado foi a utilização de Agentes anti-hipertensivos. Segundo evidenciado, observou-se associação estatística significativa com o Risco de intolerância à atividade ($p = 0,000$). Com isso, o cliente com este fator de risco tinha aproximadamente duas vezes mais probabilidade de Risco de intolerância à atividade (RP = 2,128). No entanto, esse fator é específico do diagnóstico de enfermagem Risco de queda.

O último fator de risco analisado foi o Equilíbrio prejudicado. Identificou-se associação estatística e significativa com os diagnósticos de enfermagem Risco de queda ($p = 0,014$), Estilo de vida sedentário ($p = 0,036$) e Capacidade de transferência prejudicada ($p = 0,021$).

Este fator de risco é específico do diagnóstico de enfermagem Risco de queda. Os clientes com este fator de risco tinham aproximadamente uma vez mais probabilidade de Risco de queda (RP = 1,104), Estilo de vida sedentário (RP = 1,189) e Capacidade de transferência prejudicada (RP = 1,333).

6 DISCUSSÃO

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 (BOCCHI; ANGELO, 2005).

É nesse contexto que as doenças do aparelho circulatório adquirem relevância nos dados de morbi-mortalidade 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 (ANDRÉ, 2006). Entre as incapacidades ressaltam-se as relacionadas à mobilidade do indivíduo.

Diante disso, é essencial a realização de estudos com clientes portadores de AVE na fase de reabilitação, quando as incapacidades já estão instaladas. Surge, assim, a necessidade de trabalhos sobre diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício, que são diagnósticos mais relacionados à mobilidade do cliente.

No estudo, foram encontrados sete diagnósticos de enfermagem com frequência superior a 50% e considerados para as associações estatísticas com outras variáveis. 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.

Para a devida análise destes diagnósticos, procedeu-se à avaliação de determinados dados epidemiológicos, sobretudo porque no Brasil a saúde apresenta um perfil epidemiológico marcado pela heterogeneidade. Esta pode ser explicada pela distribuição desigual de riqueza, pelo inadequado acesso aos avanços científico e tecnológico, pela iniquidade no acesso à assistência à saúde e pelas condições desiguais de desenvolvimento humano com grandes diferenças inter e intra-regionais e entre as classes sociais (FALCÃO *et al.*, 2004).

Por ser fundamental a avaliação dos mencionados dados em clientes com acidente vascular encefálico na fase de reabilitação, estes devem ser identificados e associados com os diagnósticos de enfermagem detectados.

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 (CARVALHO; PINTO, 2007; FALCÃO *et al.*, 2004). Já uma pesquisa com clientes com idades entre 20 e 59 anos encontrou igualdade entre os sexos (ZÉTOLA *et al.*, 2001).

Como refere André (2006), a incidência de AVE nos homens é discretamente superior à identificada nas mulheres, em qualquer idade (1,2:1). Entretanto, pela maior sobrevivência de mulheres acima de 80 anos, ocorre um excesso aparente de AVE em mulheres neste grupo etário.

Diante disso, o predomínio do sexo masculino no estudo pode ser justificado pelo fato da média de idade ter sido de 61,6 anos. Para confirmar, porém, os dados de André (2006), ao analisar aqueles participantes com idade superior a 80 anos, foram identificados oito clientes e destes cinco eram do sexo feminino. Isto pode comprovar a presença maior de AVE nas mulheres nesta faixa etária.

O cliente mais jovem avaliado para o estudo tinha 27 anos e o mais velho 85 anos. Segundo observado, 46 clientes tinham idade inferior a 60 anos, a mostrar o índice elevado de AVE em faixas etárias mais jovens. Contudo o predomínio foi de clientes idosos, levando em consideração o critério do Estatuto do Idoso de serem pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

Em determinado estudo com cuidadores de pessoas portadoras de AVE a idade média dos clientes com AVE também foi superior a 60 anos (PERLINI; FARO, 2005). 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%) (GOMES; SENNA, 2008).

Ainda que o AVE possa surgir em qualquer idade, inclusive entre crianças e recém-nascidos, sua incidência cresce com o avanço da idade, e dobra aproximadamente a cada década (ANDRÉ, 2006). No entanto, existe considerável número de pessoas abaixo de 50 anos acometidas pelo mesmo mal (GOMES; SENNA, 2008).

No estudo, houve associação estatística e significativa entre idade e os diagnósticos de enfermagem Risco de queda, Deambulação prejudicada e Risco de intolerância à atividade. Portanto, as pessoas mais velhas eram mais propensas a sofrerem quedas, sentirem dificuldade na deambulação e terem Risco de intolerância à atividade.

No estudo de Rebelatto, Castro e Chan (2007) com idosos institucionalizados, conforme identificaram os autores, as pessoas mais velhas tinham maior risco de sofrerem quedas. Tal fato pode ser justificado pela perda da força progressiva decorrente da senescência.

Com o avançar da idade, aumenta o risco de queda, o que constitui um dos graves problemas de saúde pública, em virtude do aumento expressivo do número de idosos na população e da sua maior longevidade, com o conseqüente aparecimento das doenças crônicas. Entre estas, o AVE, passível de ampliar mais ainda o risco de quedas. Desse modo, acirra-se a competição por recursos já escassos e a demanda por cuidados de longa duração.

Em estudo com 75 idosos, o diagnóstico de enfermagem Deambulação prejudicada esteve presente em 44% dos participantes (ARAÚJO; BACHION, 2005). Como se sabe, os idosos são altamente suscetíveis a dificuldade de deambulação, pois no decorrer do processo de envelhecimento esta clientela sofre modificações significativas na área motora.

De modo geral, idosos podem apresentar diminuição da capacidade de realização de atividades físicas e atividades da vida diária em decorrência da presença de doenças degenerativas e/ ou da presença de forte componente psicológico, o que leva à Intolerância à atividade ou pelo menos ao Risco de intolerância à atividade (HUR *et al.*, 2005).

Pela própria fisiologia, esta faixa etária adquire maior número de incapacidades, as quais aumentam, e, quando somadas à idade, surge o acidente vascular encefálico. Tal patologia, como já citada, é responsável pela primeira causa de incapacidades nas pessoas. Diante disso, os idosos têm maior probabilidade de apresentarem diagnósticos de enfermagem relacionados à dificuldade de mobilidade.

Neste contexto 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, conforme percebeu-se, 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 (GOMES; SENNA, 2008; DI CARLO *et al.*, 2006; PERLINI; FARO, 2005; FALCÃO *et al.*, 2004).

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 (LAVINSKY; VIEIRA, 2004).

No estudo identificou-se associação estatística significativa entre cuidador e os diagnósticos de enfermagem Estilo de vida sedentário, Risco de síndrome do desuso e Capacidade de transferência prejudicada. Contudo, os clientes que possuíam cuidador tinham a probabilidade aumentada de apresentar estes diagnósticos.

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 (CHAGAS; MONTEIRO, 2004), a família deve ser orientada 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 (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

É indispensável o incentivo ao cliente para participar do seu autocuidado. Com esta finalidade, a família deve ser orientada 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 (PERLINI; FARO, 2005).

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 seqüelas 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 cuidador, oito moravam sozinhos e exerciam todas as atividades da vida diária sem apoio de outra pessoa. Segundo outro estudo encontrou, dos 26 clientes com AVE analisados, 15,4% viviam sozinhos (AZEREDO; MATOS, 2003).

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 (HERÉDIA; CORTELLETTI; CASARA, 2005).

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 seqüelas de AVE não devem viver sozinhos. No entanto, os cuidadores precisam ser orientados para intervir adequadamente nas situações de cuidado.

Outro dado sociodemográfico considerado no estudo foi a escolaridade. Conforme identificado, metade dos participantes frequentou a escola por até cinco anos. Contudo, dezesseis jamais foram à escola. Assim, a escolaridade da maioria era elementar. Alguns estudos, como o de Gomes e Senna (2008), também encontraram baixo índice de escolaridade em clientes com AVE, e dois destes apresentaram predominância de analfabetos (LIMA *et al.*, 2006; FALCÃO *et al.*, 2004).

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 (RABELO; NÉRI, 2006). 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 (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006)

Diversas razões podem explicar o baixo índice de escolaridade, tal como a baixa condição econômica destes clientes. Metade da amostra do estudo possuía renda *per capita* de até duzentos e sete reais.

São inúmeras as limitações decorrentes da baixa condição econômica. A pobreza frustra o desejo e os sonhos das pessoas de construir um futuro melhor. Para muitos, a educação é inatingível ou insuficiente, ou ainda falha em capacitar e fortalecer as populações mais pobres. Milhões de pessoas não têm acesso à educação básica e possuem pouca esperança de um futuro melhor.

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 (BRASIL, 2001). Determinado estudo sobre a associação entre renda *per capita* e mortalidade por doença cardiovascular encontrou associação entre as duas com um intervalo de vinte anos. Ou seja, a mortalidade por doenças

cardiovasculares de 2006 está associada à renda *per capita* de 1986 (TURA; SILVA; PEREIRA, 2006).

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 AVE (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Quanto à situação profissional, como observado o AVE trouxe modificações, com redução da condição de trabalho dos clientes. Antes do AVE, 50 participantes eram funcionários de empresas, 43 autônomos, 23 donas de casa e cinco exerciam atividades de nível superior. Após a instalação da doença, 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 AVE, a grande parte deles já estava na idade exigida para se aposentar.

Semelhante a este estudo, a pesquisa de Falcão *et al.* (2004) identificou que após o AVE os clientes deixaram de ser assalariados e autônomos para receberem aposentadoria e benefício previdenciário. Ainda como revelou outro estudo, aqueles clientes que antes do AVE exerciam atividade profissional não mais tiveram condições de desempenhá-las. Assim, como nos estudos anteriores, passaram a receber benefícios (PERLINI; FARO, 2005).

Como consta na literatura, 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, na pesquisa de Rabelo e Néri (2006). Como no estudo havia 46 clientes com idade inferior a 60 anos, esta não condição de retorno ao trabalho é fator preocupante.

De modo geral, as vítimas do AVE são afetadas não apenas pelas incapacidades que limitam suas atividades, mas também pela impossibilidade de voltar a trabalhar. Tal impossibilidade determina forte declínio no bem-estar global, dada a importância do trabalho não apenas para a sobrevivência, como também para o autoconceito, o *status* social e as relações sociais (VESTLING; TUFVESSON; IWARSSON, 2003).

No estudo, segundo evidenciado, 88 clientes manifestaram apenas um episódio de AVE, 19 dois episódios e 14 três ou mais eventos. Destes, um cliente chamou atenção por ter apresentado nove episódios de acidente vascular encefálico.

A ocorrência anterior de AVE é um fator de risco importante para provocar novo AVE. Em estudo com 14 clientes portadores desta doença, seis relataram não ter apresentado nenhum outro episódio e oito manifestaram a ocorrência de outro AVE, dos quais dois já estavam no terceiro evento (LIMA *et al.*, 2006).

Outro estudo em 228 prontuários de clientes com doenças cerebrovasculares encontrou que 71,9% dos doentes não tinham antecedente de AVE, 21,5% já haviam apresentado um episódio anterior, 3,5% tinham dois AVE pregressos e 3,1% haviam sofrido três ou mais eventos anteriores (RADANOVIC, 2000).

No estudo, percebeu-se relação estatisticamente significativa entre quantidade de AVE e os diagnósticos de enfermagem Deambulação prejudicada e Risco de intolerância à atividade. Ademais, a quantidade de AVE foi significativamente maior naqueles com estes diagnósticos.

Atualmente a recorrência de AVE ainda é a maior ameaça a qualquer sobrevivente, pois contribui para o aumento da morbidade e da ocorrência de demência vascular (RABELO, NÉRI, 2006; CHAVES, 2000), além de gerar maiores incapacidades e dependência. Isto pode justificar o fato dos clientes do estudo com quantidades maiores de AVE terem sentido mais dificuldade de executar atividades diárias pelo risco de ter energia fisiológica ou psicológica insuficiente.

Mais uma vez, como observado no estudo, metade dos participantes sofreu o último AVE há no máximo doze meses e iniciou a reabilitação em uma das unidades da ABCR até sete meses. Além disso, encontrou-se associação estatística e significativa entre o tempo do último AVE e o diagnóstico Estilo de vida sedentário. Isto é, o tempo do último AVE foi menor entre os indivíduos com este diagnóstico.

De acordo com a afirmação de Rabelo e Néri (2006), a curva que representa a trajetória da recuperação das funções físicas e cognitivas afetadas pelo AVE atinge um platô aproximadamente seis meses após o episódio. No período de um mês a dois anos após o AVE, os sobreviventes podem sofrer deterioração da funcionalidade e melhorar ou permanecer estabilizados na condição inicial. A velocidade da recuperação e o grau da adaptação variam de indivíduo para indivíduo e dependem da gravidade das lesões e do engajamento em processos de reabilitação eficientes.

Assim, o programa de reabilitação deve começar logo após a estabilização clínica do cliente. Portanto, o atraso em iniciá-lo pode ter conseqüências funcionais graves. Já a entrada precoce no programa de reabilitação tem contribuído significativamente para diminuir os danos causados pela doença (ANDRÉ, 2006; PERLINI; FARO, 2005).

Em um estudo com clientes com AVE quase metade destes começou a participar do programa de reabilitação no período de dois meses. Ao buscar a justificativa para a demora, o principal motivo foi o fato de o número de clientes inseridos no programa estar na capacidade total suportada pela instituição. Desse modo, havia carência de atendimento (GOMES; SENNA, 2008).

No estudo desenvolvido, o primeiro problema para a não realização da reabilitação logo em seguida ao AVE foi a demora para conseguir o encaminhamento para as unidades da ABCR. Muitos profissionais assim como clientes desconhecem o trabalho desta associação. Até o cliente encontrar um profissional que o encaminhasse a este serviço, decorria, às vezes, muitos meses.

Nos participantes portadores de AVE há menos tempo, maiores foram as incapacidades encontradas e a probabilidade de desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício, como o Estilo de vida sedentário. No entanto, quanto mais precocemente se iniciar as atividades reabilitativas, maiores serão as chances de recuperação da funcionalidade do seu corpo.

Assim, como a recuperação do cliente está diretamente relacionada ao início de um programa de reabilitação precoce e aos cuidados para prevenir deformidades, a equipe de enfermagem, sobretudo o enfermeiro, deve estar preparada para promover esses cuidados e estimular o próprio cliente e os familiares a realizá-los de forma correta (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Desta maneira, os familiares devem ser orientados quanto à importância do cliente participar de grupos de reabilitação e fazer atividades no próprio domicílio, pois o caráter inesperado do AVE e a possibilidade de recorrência dos episódios deixam a família constantemente apreensiva. Diante da situação, poderão surgir sentimentos de desesperança em relação à melhora do cliente, desestimulando o envolvimento nas atividades reabilitativas.

Ao reportar as doenças indicadoras de risco para o AVE, no estudo, observou-se que a hipertensão arterial foi a mais presente entre os participantes e mostrou associação estatisticamente significativa com o diagnóstico de enfermagem Risco de intolerância à atividade. Em seguida, vieram as dislipidemias, o diabetes mellitus e as cardiopatias, as duas últimas com a mesma frequência.

Vários estudos detectaram a hipertensão arterial como o indicador de risco mais freqüente entre os clientes portadores de AVE (GOMES; SENNA, 2008; MORENO *et al.*, 2008; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; ZÉTOLA *et al.*, 2001).

A literatura associa diversos indicadores de risco às doenças cerebrovasculares e entre estes destaca-se a hipertensão arterial como um dos mais importantes e fortemente correlacionados ao AVE. Como mencionado, a hipertensão arterial eleva em cerca de três a quatro vezes o risco de acidente vascular encefálico. Em face da sua alta prevalência, a hipertensão pode ser considerada diretamente responsável por até metade dos casos de AVE (ANDRÉ, 2006).

No estudo apresentado, ao verificar a pressão arterial dos clientes, encontrou-se como valor mínimo da pressão arterial sistólica 86 mmHg e o máximo de 222 mmHg, sendo a média da PAS de 137,45 mmHg. Em relação à pressão arterial diastólica, o valor mínimo foi de 53 mmHg, o máximo de 113 mmHg, com média de 80,82 mmHg.

De acordo com a literatura, aumento de 20mmHg na PAS ou 10 mmHg na PAD, em um indivíduo adulto ou idosos, está associado com um aumento na mortalidade por acidente vascular encefálico (SANTOS-NETO; TOLEDO; SOUZA-MEDEIROS, 2005). Desta forma, significado especial tem sido atribuído à hipertensão arterial sistólica, mesmo em clientes idosos, pois esta provavelmente é uma causa direta do AVE, independente dos seus efeitos aterogênicos (ANDRÉ, 2006).

Ainda de acordo com a literatura, as doenças cardíacas constituem o segundo mais importante indicador de risco para o AVE, especialmente para os quadros de oclusão trombótica e oclusão embólica (RADANOVIC, 2000). Segundo este autor encontrou, 24,6% dos clientes com AVE da sua pesquisa apresentavam cardiopatias. Em trabalho realizado com 356 prontuários de clientes internados com AVE em um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo, conforme detectou-se, as cardiopatias constaram como principal indicador de risco modificável nos clientes portadores de hipertensão (CARVALHO; PINTO, 2007). Como descrito pela American Heart Association (2002), a ocorrência de AVE é mais que o dobro em indivíduos com insuficiência cardíaca do que naqueles com o coração normal.

Ao contrário da hipertensão e das doenças cardíacas, relações diretas entre risco de AVE e colesterol sérico total, LDL elevados ou HDL baixo não estão ainda bem estabelecidos. Em geral, as mortes por doenças coronarianas atribuídas a ateromas menores ocorrem mais cedo do que o AVE, porquanto esse pode advir de ateromas de grandes artérias. Assim, menos indivíduos com lipoproteínas elevadas chegam à idade de desenvolver AVE (ANDRÉ, 2006; CHAVES, 2000).

Mas os achados sobre dislipidemia diferem nos estudos. Vão de 15,6% (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004) a 23,4% (ZÉTOLA *et al.*, 2001). Já no presente estudo o nível de dislipidemias foi mais elevado (29,8%), e deve-se destacar a possibilidade desse

valor estar subestimado, em virtude de ter sido decorrente da referência do cliente e/ou do seu familiar, e não da avaliação da presença no sangue de colesterol e triglicérides elevados.

Por acelerar o processo de aterosclerose, o diabetes mellitus é um indicador de risco independente para as doenças cerebrovasculares e foi encontrado em 20,2% de clientes com AVE no estudo de Radanovic (2000). Esta doença constitui risco para AVE por mecanismos aterogênicos diretos e por interagir com outros indicadores de risco como hipertensão arterial e dislipidemia (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004). O risco para desenvolver AVE é duas vezes maior em diabéticos de ambos os sexos (ANDRÉ, 2006).

Quanto aos fatores comportamentais, entre os mais frequentes no estudo incluíram-se o sobrepeso e a obesidade, seguidos do sedentarismo, tabagismo, etilismo e uso de anticoncepcional.

Conforme se sabe, a obesidade é uma doença de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, com sérias repercussões orgânicas e psicológicas, especialmente na forma mais grave (OLIVEIRA; ESCRIVÃO, 2001). É preciso controlá-la, principalmente por sua associação a dislipidemias, diabetes, inatividade física e hipertensão arterial (ANDRÉ, 2006).

Entre os principais fatores para a obesidade estão o excesso da ingestão calórica e o sedentarismo. É necessária, portanto, uma atuação educativa no concernente à reeducação alimentar para a manutenção de um organismo mais saudável, com vistas a prevenir todas as complicações agudas e crônicas advindas da dislipidemia, entre elas, a hipertensão, tentando evitar complicações mais graves como um episódio de AVE.

No entanto, no cotidiano é cada vez mais difícil o controle do peso, pois são frequentes os hábitos sedentários, como assistir televisão, sobretudo para uma pessoa que foi acometida pelo AVE, está com incapacidades e tem dificuldade para locomoção. Esses hábitos contribuem para a diminuição do gasto calórico diário e aumento da obesidade.

Comumente as atividades físicas de obesos são menores do que a de não-obesos. Contudo, ainda se discute se a tendência ao sedentarismo é causa ou conseqüência da obesidade (MELLO; LUFT; MEYER, 2004).

No estudo, ao se analisar qual a máxima atividade física que o cliente podia executar durante pelo menos dois minutos, nas duas últimas semanas, ao utilizar o instrumento proposto por COOP/WONCA, segundo encontrou-se, 56,2% só conseguiam desenvolver atividades consideradas muito leves, como caminhar lentamente ou não poder caminhar, 38% faziam atividades leves como caminhar devagar e apenas 5,8% realizavam atividades de moderada a muito intensa.

Ressalta-se que apesar das dificuldades estes clientes têm a oportunidade de ter um estilo de vida mais ativo, pois realizam reabilitação na ABCR. Nestas unidades há bicicletas ergométricas, rampas, espaço para caminhadas e uma delas dispõe até de piscinas.

No entanto, este elevado número de clientes que possuem o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário (101) pode ser justificado pelo fato de alguns freqüentarem estas unidades menos que três vezes na semana e muitos realizarem apenas reabilitação específica para alguma parte do corpo. Assim, não fazem propriamente uma atividade física. Além disso, falta esclarecimento da importância da realização de atividades físicas fora da ABCR, pois no estudo desenvolvido, 72,7% dos clientes não praticavam outras atividades, além das proporcionadas pelas unidades da ABCR. Daí a importância do estímulo dos profissionais de saúde e a orientação sobre como executar atividades não sedentárias de acordo com suas incapacidades.

Assim, é essencial os enfermeiros estimularem os clientes portadores de AVE a exercitarem atividades de níveis moderados, pois estas diminuem o risco de eventos cerebrovasculares sem aumentar o risco de infarto agudo do miocárdio (ANDRÉ, 2006). Portanto, o cliente com AVE não pode permanecer no sedentarismo. Este talvez já tenha sido uma das causas provocadoras do acidente vascular encefálico e poderá ser a causa de um novo AVE (COSTA; DUARTE, 2002).

Durante as atividades de reabilitação os exercícios são de manutenção, pois na maioria das vezes, com a deficiência já estabelecida, há muito pouco a se fazer, a não ser evitar o agravamento e o surgimento de deficiências secundárias. No entanto, além das atividades reabilitativas, os clientes com AVE deveriam fazer parte de programas de atividade física regular, mas no Brasil, como em muitos outros países, estes programas têm como objetivo principal o caráter preventivo para evitar o primeiro episódio de AVE (COSTA; DUARTE, 2002).

Diante disso, os autores então citados resolveram criar um programa de atividade física e recreativa para portadores de seqüelas de AVE com freqüência mínima de cinco sessões semanais e duração de trinta a sessenta minutos. Como resultado, obtiveram melhoras das capacidades funcional e psicológica dos clientes, por meio da elevação da auto-imagem e auto-estima. Além disso, provou-se que a limitação não significava impossibilidade e que os clientes com AVE devem tentar a realização de outras atividades físicas, além das oferecidas pelos programas de reabilitação.

Outros indicadores de risco presentes foram o tabagismo tanto passivo quanto ativo e o etilismo. Muitos clientes, apesar de não fazerem mais uso de cigarro e álcool, foram fumantes e etilistas em momentos anteriores ao AVE.

Vários estudos com clientes sobreviventes ao AVE encontraram frequências superiores às do presente estudo quanto à utilização destas drogas. Segundo observaram Zétola *et al.* (2001), 60,3% dos clientes eram tabagistas e 18,85% etilistas. Conforme outra pesquisa, 31% ainda eram fumantes e 26,2% eram etilistas (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004). Ademais outra investigação com pessoas hipertensas vítimas de AVE encontrou o tabagismo como segundo colocado entre todos os indicadores de riscos modificáveis para o AVE em clientes portadores de hipertensão (CARVALHO; PINTO, 2007).

Consoante André (2006), o tabagismo aumenta entre duas e quatro vezes as chances de desenvolver um AVE. Este risco amplia-se em proporção direta ao número de cigarros fumados, mas mesmo o uso de pequeno número de cigarros associa-se a risco para o AVE. Além disso, fumantes passivos também exibem aumento dos riscos cerebrovascular e coronariano.

De acordo com a mesma fonte, o consumo excessivo do álcool associa-se ao grande aumento de incidência do AVE hemorrágico e isquêmico, principalmente em fumantes. Isto se deve provavelmente ao desenvolvimento de hemoconcentração e hipertensão arterial.

Contudo, o consumo de diversos tipos de bebidas alcoólicas em doses baixas diárias associa-se à redução na incidência de doença coronariana e vascular cerebral, possivelmente pelo aumento do HDL. Conforme as recomendações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, deve-se limitar, em adultos, a ingestão de bebida alcoólica a 30g/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres (DIRETRIZES..., 2006). Isso corresponde, aproximadamente, para o homem, a 625 ml de cerveja, 312,5 ml de vinho e 93,7 ml de bebida destilada. No entanto, em virtude dos graves problemas sociais acarretados pelo álcool e do potencial para o desenvolvimento de dependência, limitam-se as recomendações do seu uso preventivo (ANDRÉ, 2006).

No âmbito da promoção da saúde, a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1988 alerta para o elevado potencial humano perdido por doenças e mortes causadas pelo uso do fumo e abuso do álcool. Em face da situação, os governos deveriam se comprometer em desenvolver uma política pública voltada à saúde,

traçando metas nacionais significativas na redução da produção de tabaco e distribuição de álcool (BRASIL, 2001).

Além desta conferência, a Rede de Megapaíses para a promoção da saúde, ocorrida em Genebra, na Suíça, em 1998, já estabelecia estilos de vida saudáveis como prioridade para questões de saúde nas áreas de tabagismo, nutrição e atividade física (BRASIL, 2001).

Em relação ao uso de anticoncepcional oral, a associação entre pílulas mistas e AVE era maior quando se usavam aquelas com alto teor de estrogênio. Entretanto, mesmo as atualmente em voga, com menores teores, podem favorecer o surgimento de doenças, sobretudo em mulheres fumantes, que padecem por enxaqueca, hipertensão ou que já exibiram qualquer fenômeno trombótico (ANDRÉ, 2006).

Justifica-se, então, a importância dos profissionais de saúde trabalharem com mulheres em idade fértil e que tiveram acidente vascular encefálico, quanto à utilização de outros métodos de anticoncepção.

Apesar de só ter havido uma associação estatisticamente significativa entre os indicadores de risco e os diagnósticos de enfermagem analisados, encontraram-se frequências elevadas destes indicadores em clientes que já sofreram AVE. Diante disso, é necessária a mudança de estilos de vida desta clientela para tentar evitar novos episódios da doença.

As mudanças nos indicadores de risco podem explicar 71% da queda da mortalidade por AVE entre os homens e 54% entre as mulheres. Promoção da saúde contínua e instalação de estilos de vida mais saudáveis, tratamento efetivo da hipertensão arterial e controle dos demais indicadores de risco são essenciais para manter essa queda da mortalidade (CHAVES, 2000). Entretanto, depois da doença já instalada, a modificação destes hábitos é essencial para evitar a recorrência do AVE.

Como citado, o AVE é responsável por uma série de incapacidades geradoras de dependência, principalmente relacionada à mobilidade física. Daí a importância de estudar os diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício, com suas características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco.

Sobre o assunto, este estudo apontou uma média de 6,7 diagnósticos de enfermagem, 25,1 características definidoras, 4,6 fatores relacionados e 10,1 fatores de risco para cada cliente avaliado. Em relação aos diagnósticos de enfermagem, todos os desta classe estiveram presentes. No entanto, sete diagnósticos mostraram frequência acima de 50% e foram utilizados para associação estatística. Destes, quatro são considerados pela NANDA (2008) diagnósticos reais e três de risco.

Além disso, houve associações estatística e significativa de todos os sete diagnósticos de enfermagem, com exceção dos diagnósticos Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada e Capacidade de transferência prejudicada com o diagnóstico Risco de intolerância à atividade.

Estas associações podem ser justificadas pelo fato de todos os diagnósticos serem de uma mesma classe e estarem relacionados direta ou indiretamente com a movimentação das partes do corpo do cliente.

Em Goiânia foi realizado determinado estudo sobre a presença dos diagnósticos de enfermagem do Padrão Mover em 75 idosos portadores de duas a três patologias, entre elas, e com reduzida frequência, o acidente vascular encefálico. Estes idosos eram de uma comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. Como mostram os dados, a média de diagnósticos deste estudo foi de 7,43, e o mais freqüente foi Mobilidade física prejudicada (92,2%) (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Ainda sobre o mencionado estudo, outros diagnósticos da classe Atividade/Exercício também estiveram presentes, porém nem sempre com a mesma denominação da NANDA (2008), como: Fadiga (48,0%), Intolerância à atividade (45,3%), Capacidade diminuída para andar (44,0%), Risco de intolerância à atividade física (25,3%), Capacidade de transferência prejudicada (20,0%), Mobilidade no leito prejudicada (10,7%), entre outros não tão freqüentes.

Outra pesquisa foi realizada com quatro clientes portadores de doenças crônicas assistidos no domicílio, no qual três deles, além de outras patologias, haviam apresentado AVE. Todos eram idosos e tinham alguma forma de dependência física parcial ou total, caracterizada por dificuldade de deambulação, relacionada principalmente a subir e descer escadas ou a fazer caminhadas longas, decorrentes da idade ou da seqüela do AVE. Entre os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes um era da classe Atividade/Exercício: Mobilidade física prejudicada (MEIRELES *et al.*, 2005).

No estudo de Bachion *et al.* (2001) sobre validação clínica do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada em dez idosos institucionalizados, a diminuição da capacidade de mover-se significativamente no ambiente esteve presente. Tal achado pode ser explicado levando-se em conta as mudanças fisiológicas no aparelho musculoesquelético decorrentes do envelhecimento, ainda mais acentuadas na presença de patologias que tenham implicações na área motora ou do desuso.

Entre as possíveis causas (fatores relacionados) para Mobilidade física prejudicada em idosos, destacam-se: redução da capacidade aeróbia máxima da força muscular (redução

da força física); diminuição da tolerância ao esforço físico; dores; perdas do domínio cognitivo; alterações nas funções neuromusculares; enfraquecimento muscular; doenças crônico-degenerativas (BACHION; ARAÚJO; SANTANA, 2002). Alguns destes fatores estiveram bastante freqüentes neste estudo, no qual a maioria era idosa e além disso portadora de AVE.

Como já citado, um dos fatores relacionados da Mobilidade física prejudicada é Força muscular insuficiente, um dos mais constantes no estudo, juntamente com o Prejuízo neuromuscular. Esta força diminuída pode tornar árduas ou impossíveis tarefas como levantar o próprio corpo de uma cadeira, sentar-se sobre o vaso sanitário, sair da cama, carregar compras e até mesmo destampar uma garrafa (BACHION *et al.*, 2001). Desta forma, os clientes passam a depender de outras pessoas, perdem sua autonomia e qualidade de vida.

Um estudo com idosos institucionalizados encontrou associação estatística entre força da preensão manual e risco de queda. Assim, a força muscular parece ser um determinante fundamental do índice de queda (REBELATTO; CASTRO; CHAN, 2007). No estudo identificou-se associação estatística entre Força muscular diminuída e o diagnóstico Risco de queda.

A redução da força aliada à instabilidade ou pouco controle postural, e a redução da amplitude da passada e da velocidade do andar têm sido associadas à queda em idosos. Em estudo realizado com idosos institucionalizados, encontrou-se um alto índice de queda naqueles com estilo de vida sedentário (REBELATTO; CASTRO; CHAN, 2007). Houve também associação entre os dois diagnósticos: Risco de queda e Estilo de vida sedentário.

A força muscular insuficiente também está diretamente relacionada com outros diagnósticos de enfermagem, como Deambulação prejudicada e Capacidade de transferência prejudicada. Clientes com AVE sentem profunda dificuldade na deambulação e na capacidade de transferir-se como, por exemplo, do chão para a cadeira, desta para a posição em pé, do chão para a posição em pé.

Neste caso, o comprometimento mais evidente é a tendência de manter-se em uma posição de assimetria postural, com distribuição de peso menor sobre o hemicorpo parético. Tal assimetria e a dificuldade em transferir o peso para o lado afetado interferem na capacidade de manter o controle postural, e impedem a orientação e estabilidade para executar movimentos com o tronco e membros, podendo ocasionar quedas (IKAI *et al.*, 2003).

Conforme ressaltado, a disfunção motora mais evidente do acidente vascular encefálico é a hemiparesia. Independente da sua causa, é caracterizada pela perda do controle motor em um lado do corpo. Na hemiparesia há perda extremamente significativa da atividade

seletiva nos músculos que controlam o tronco, particularmente naqueles responsáveis pela flexão, rotação e flexão lateral (SMELTZER; BARE, 2005a). No estudo, 54,3% dos clientes apresentaram hemiplegia e 42,6% hemiparesia. Neles, a paralisia à direita foi a mais evidenciada (59,1%).

Há prevalência de déficits posturais em clientes com hemiparesia esquerda em oposição aos com hemiparesia direita. De acordo com o evidenciado por estudo clínico experimental, clientes hemiparéticos à esquerda têm menor equilíbrio postural sentados e em pé em comparação aos demais. Apesar disso, independente do lado, as hemiplegias limitam ou atrasam a recuperação da marcha e da independência funcional. Isto torna o controle postural uma prioridade na reabilitação após o AVE (SEZE *et al.*, 2001).

Ainda como observado, a marcha mais frequente nos clientes do estudo foi a hemiparesia espástica (71,1%). Este tipo de marcha ocorre em virtude da lesão do neurônio motor superior, que torna os músculos hipertônicos, com respostas exageradas aos estímulos, e resulta em perda de coordenação dos movimentos. Ela se faz por movimentos rotatórios do tronco, os quais se transmitem ao membro inferior parético. Este, em extensão e rígido, realiza movimentos em semicírculos centrados no quadril (SILVA, 2003b).

Conforme sugerido por estudo morfológico dos músculos de hemiplégicos e hemiparéticos, a atrofia muscular é consequência de desuso, perda dos efeitos tróficos centrais, atrofia neurogênica, repouso excessivo no leito durante a fase aguda do AVE, perda das unidades motoras, alteração na ordem de recrutamento e tempo de disparo das unidades motoras, alteração da condução dos nervos periféricos e sedentarismo (TEIXEIRA-SALMELA *et al.*, 2000).

A atrofia dos músculos relacionados à articulação comprometida é uma constante. Ela surge em curto prazo de tempo e acentua-se com a duração do processo. Esta atrofia, atribuída ao desuso, atinge grupos musculares numa distribuição regular (SILVA, 2003).

Gradativamente, a musculatura flácida, decorrente da ausência do controle motor e da inatividade do membro na fase inicial do AVE, proporciona sucetíveis graus de lesões, como o estiramento das suas estruturas. A imobilização de um segmento leva à fraqueza e hipotrofia muscular por desuso, contraturas musculares, diminuição da massa óssea e degeneração articular. Em especial o músculo perderá de 10% a 15% de força por semana e 50% de trofismo em três semanas de imobilização (HALAR; DELL, 2000).

Por contratura entende-se a perda da amplitude passiva ou ativa de movimentação. Sua forma mais comum envolve as articulações, e resulta em dificuldades funcionais, por exemplo: para se vestir, caminhar, fazer transferências ou a higiene corporal (ANDRÉ, 2006).

No estudo, Risco de síndrome do desuso foi um dos sete diagnósticos de enfermagem mais frequentes, assim como contraturas foi um dos cinco fatores relacionados mais presentes. Segundo se observa, há visível relação entre os diagnósticos, características definidoras, fatores relacionados e de risco, pois, como citado, eles fazem parte de uma mesma classe de diagnósticos.

Em relação à Intolerância à atividade, esta provém, muitas vezes, de falta de motivação na seqüência de uma imobilização. Um cliente com Risco de intolerância à atividade pode vir a ter alteração na mobilidade, assim como o inverso é verdadeiro (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Em geral, a perda da capacidade funcional leva à incapacidade para executar tanto as atividades da vida diária como as atividades operacionais da vida diária. No estudo, a média da pontuação da Escala de Barthel foi de 68,42, cuja classificação é de dependência moderada para realização das atividades da vida diária. No referente às atividades operacionais da vida diária, como percebeu-se, a maioria dos clientes não realizava mais certas atividades, entre estas: fazer compras, ir ao banco, preparar comidas e atividades do trabalho, em decorrência das seqüelas do AVE.

De acordo com Silva (2003a), os reflexos constituem uma resposta neurológica específica a determinado estímulo, sem interferência da vontade. No estudo, conforme observou-se, a maioria dos clientes apresentou os reflexos tendinosos profundos do lado direito e esquerdo normais, enquanto alguns denotaram ausência, diminuição ou aumento dos reflexos. Em clientes com AVE podem ocorrer alterações dos reflexos tendinosos profundos, levando a pessoa a realizar movimentos descontrolados (SMELTZER; BARE, 2005a).

Outra manifestação do déficit da ativação neural das unidades motoras é a lentidão dos movimentos e o tempo requerido para o seu início. Segundo tem sido mostrado, após o AVE, os indivíduos encontram dificuldades de gerar força necessária para se mover em altas velocidades. Em movimentos alternados, a lentidão do movimento parece estar associada com a redução da sincronização das unidades motoras (SMELTZER; BARE, 2005a).

Como se sabe, as propriedades dos músculos dependem da função neurológica intacta. Quando ocorre lesão do neurônio motor superior, o treinamento muscular será necessário para melhorar a eficiência e a capacidade da geração de força dos músculos fracos e a função motora. Aumentos da força por meio de programas de treinamentos resistidos nos membros inferiores são associados com a melhora da velocidade da marcha, das tarefas funcionais, como sentar e levantar, subir escadas, fazer caminhadas, e atividades manuais,

além de ter efeito, também, nas funções psicológicas (GUIMARÃES; PEREIRA; BATISTA, 2007; MORRIS; DODD; MORRIS, 2004).

A exemplo de outras situações, a recuperação completa das seqüelas do AVE está associada a vários fatores, como área cerebral atingida, idade, tempo entre os sinais de AVE e atendimento, e, após a fase aguda, o tempo de início das atividades reabilitativas. Há interrelação entre vários fatores, alguns de difícil controle, para determinar o que leva alguns casos a uma total recuperação e outros à severa dependência.

Desta forma, o enfermeiro deve proporcionar a estes clientes assistência, com o máximo de qualidade possível, porquanto além das incapacidades geradas pelo AVE, estes, na grande maioria, são idosos já sob processos de perdas próprias do envelhecimento. Assim, o enfermeiro deve estar atento para promover as atividades de prevenção, manutenção e reabilitação do estado de saúde desta clientela tendo em vista a promoção da saúde.

7 CONCLUSÕES

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

Dos indicadores de risco para AVE, os mais constantes foram: hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, cardiopatias e sedentarismo. Como observado, estes clientes já eram portadores de acidente vascular encefálico e ao terem outras patologias associadas, assim como estilos de vida inadequados, elevam o risco do desenvolvimento de novos episódios de AVE.

Metade dos clientes estudados teve um episódio de AVE há doze meses, com início de reabilitação em uma das unidades da ABCR de no máximo sete meses. Ainda como observado, houve demora entre o tempo decorrido do último evento do AVE até o início da reabilitação na ABCR. Entre outros fatores limitantes para esta demora, sobressai a dificuldade do encaminhamento por parte dos profissionais de saúde para estas instituições, muitas vezes, em decorrência do desconhecimento da existência de programas de reabilitação.

Em relação aos diagnósticos de enfermagem, sete tiveram freqüência acima de 50% e foram utilizados para as associações estatísticas. Todos mostraram relação significativa entre si, com exceção dos diagnósticos Risco de queda, Mobilidade física prejudicada, Deambulação prejudicada e Capacidade de transferência prejudicada com o diagnóstico Risco de intolerância à atividade.

Ao analisar as dezessete características definidoras acima do percentil 75 e associá-las com os diagnósticos de enfermagem, todas as características tiveram associação estatística e significativa com os diagnósticos Risco de queda, Deambulação prejudicada e Capacidade de transferência prejudicada, assim como com os diagnósticos da qual eram específicas. No entanto, algumas das características não evidenciaram associação com os demais diagnósticos analisados.

Entre os cinco fatores relacionados acima do percentil 75, destacam-se Força muscular insuficiente e Prejuízo neuromuscular como os mais freqüentes. Estes não apresentaram associação estatisticamente significativa com os diagnósticos de enfermagem Mobilidade física prejudicada e Risco de intolerância à atividade, da mesma forma como nenhum outro fator esteve relacionado com o Risco de intolerância à atividade. Ademais, o

diagnóstico Prejuízos sensorio-perceptivos também não se associou com os diagnósticos Risco de queda e Estilo de vida sedentário e o de Equilíbrio prejudicado com o Risco de síndrome do desuso. Quanto ao fator relacionado Contratura, esteve associado apenas com o diagnóstico Deambulação prejudicada.

Dos fatores de risco, oito estiveram acima do percentil 75. Paralisia, como fator de risco, apresentou associação estatística e significativa com todos os diagnósticos de enfermagem analisados. No entanto, Estado de não-condicionamento físico, apesar de ser o fator de risco mais freqüente, só teve associação significativa com o diagnóstico Deambulação prejudicada, assim como Agentes anti-hipertensivos só mostrou associação com Risco de intolerância à atividade.

Conforme se sabe, mesmo quando não é mortal, o AVE leva na maioria dos casos a deficiências parciais ou totais do indivíduo, com graves repercussões para ele, sua família e a sociedade. Diante desta circunstância, o enfermeiro, por seu importante papel no cuidado ao ser humano nas mais diversas situações da vida, deve estar preparado para cuidar dos clientes que sobreviveram ao AVE na perspectiva da promoção da saúde.

Preparar-se exige conhecimento, mas há escassez de produção da enfermagem sobre este tema. Isto dificultou a discussão dos dados, pois as poucas pesquisas existentes sobre diagnósticos de enfermagem e menos ainda sobre a mobilidade são feitas com idosos portadores de diversas patologias e entre estas o acidente vascular encefálico.

Em face desta escassez, percebeu-se a urgência da realização de estudos de diagnósticos de enfermagem específicos com clientes portadores de AVE, sobretudo diante do grande acometimento dessa doença na população. Por isso, é indispensável a enfermagem se apropriar dos diagnósticos mais freqüentes nesses clientes com vistas a implementar efetivamente as devidas intervenções. Cabe ao enfermeiro planejar e desenvolver um plano de cuidados que contemple todas as necessidades deste cliente e colabore com sua reabilitação.

No entanto, determinados fatores podem comprometer a atuação deste profissional. Entre estes fatores sobressai o seguinte: na instituição onde o estudo foi realizado não há enfermeiros. Desta forma, estes clientes estão deixando de ter os cuidados de enfermagem considerados imprescindíveis em todos os níveis de atenção. Ademais, como observado, em Fortaleza, existe um grande número de enfermeiros voltados para a atenção hospitalar ou, quando inseridos na atenção primária, participam somente dos programas oferecidos pela Estratégia de Saúde da Família, nos quais não há nenhuma atividade específica para clientes portadores de AVE.

Diante do exposto, este estudo possibilitou conhecer de forma aprofundada os diagnósticos de enfermagem, as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco da classe Atividade/Exercício manifestados pelos clientes com acidente vascular encefálico na fase de reabilitação. Ante a escassez de estudos sobre o tema, acredita-se ter contribuído para reduzir tal limitação. Ao mesmo tempo, espera-se que outros trabalhos possam ser elaborados nesta mesma perspectiva, para ampliar o número de pesquisas na área e subsidiar os enfermeiros assistenciais no cuidado ao cliente que sobreviveu a um acidente vascular encefálico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Heart and stroke statistical update**. 2000. Dallas, 2000.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **SBV para provedores de saúde**. 2002. São Paulo: Fundação Interamericana do Coração, 2002

ANDRÉ, C. AVC Agudo. In: ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 5-15.

ANDRIS, D. A. **Semiologia**: bases para a prática assistencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ARAÚJO, L. A. O.; BACHION, M. M. Diagnósticos de enfermagem do Padrão Mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 1, p. 53-61, 2005.

ARAUJO, T. L.; MACIEL, I. C. F.; MACIEL, G. G. F.; SILVA, Z. M. S. A. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Rev. Soc. Cardiol. Est. São Paulo**, v. 2, n. 2 supl A, p. 1-6, 1998.

AZEREDO, Z.; MATOS, E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. **Rev. Fac. Med. Lisboa**, v, 8, n. 4, p. 199-204, 2003.

BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O.; ALMEIDA, A. A. M. C.; SANTANA, R. F. Estudo preliminar de validação clínica do diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada” em idosos institucionalizados. **Rev. Eletr. Enferm.** v. 3, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 10 ago. 2007.

BACHION, M. M.; ARAÚJO, L. A. O.; SANTANA, R. F. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem “mobilidade física prejudicada” em idosos: uma contribuição. **Acta Paul. Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 66-72, 2002.

BAIKIE, P. (Coord.). **Sinais e sintomas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 729-738, 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p.199.

BRAGA, C. G.; CRUZ, D. A. L. M. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev. Latinoam Enfermagem**, v.11, n. 2, p. 240-244, 2003.

BRANDALIZE, D. L.; KALINOWSKI, C. E. Processo de enfermagem: vivência na implantação da fase de diagnóstico. **Cogitare Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 53-57, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2 supl., p. 15-25, 1996.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 254-256, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação sobre Mortalidade. DATASUS – TABNET. **Indicadores e dados básicos**: Brasil 97. Brasília, 1999. Disponível em: <www.datasus.com.br>. Acesso em: 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares. **Indicadores municipais de saúde**: morbidade hospitalar no município de Fortaleza-CE. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 20 out. 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 14 set. 2008.

BURKE, L.E. Hipertensão arterial. In: WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005. cap.35, p. 1007-1018.

CANEDA, M.A.G.; FERNADES, J. G.; ALMEIDA, A. G.; MUGNOL, F. E. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. **Arq Neuropsiquiatr**, v, 64, n. 3, 2006.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CARVALHO, F. R.; PINTO, M. H. A pessoa hipertensa vítima de acidente vascular encefálico. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 15, n. 3, p. 349-355, 2007.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde no Ceará 2004**. Fortaleza, 2005.

CHAGAS, N. R.; MONTEIRO, A. R. M. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Sci., Health Sci.**, v. 26, n. 1, p. 193-204, 2004.

CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 7, n. 4, p. 372-382, 2000.

CHRISTOFOLETTI, G.; OLIANI, M. M .; GOBBI, L. T. B.; GOBBI, S.; STELLA, F. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e Alzheimer. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 10, n. 4, p. 429-433, 2006.

COSTA, A. M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). **Rev. Bras. Ciênc. Mov**, v. 10, n.1, p. 47-54, 2002.

CROSSETTI, M.G.O. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 4, n. 1, p. 150-159, 1995.

CYRILLO, R. M. Z. **Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no Atendimento Avançado Pré-Hospitalar Móvel**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DI CARLO, A.; LAMASSA, M.; BALDERESCHI, M.; PRACUCCI, G.; CONSOLI, D.; WOLFE, C. D. A.; GIROUD, M.; RUDD, A.; BURGER, I.; GHETTI, A.; INZITARI, D. Risk factors and outcome of subtypes of ischemic stroke. Data from a multicenter

multinational hospital-based registry. The European Community Stroke Project. **J. Neurol. Sci.**, v. 244, p. 143-150, 2006.

DIOGUARDI, G. S.; BORELLI, F.; PASSARELLI, O.; AMODEO, C. Hipertensão e esportes. **Rev. Soc. Cardiol. Est. São Paulo**, v. 15, n. 3, p. 197-203, 2005.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006.

DOMINGUES, M. R.; ARAÚJO, C. L. P.; GIGANTE, D. P. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 204-215, 2004.

FALCÃO, I. V.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M. L.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 4, n.1, p. 95-102, jan./mar. 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A.; PORTO, I. S. O toque no corpo e a prevenção de escaras. **Rev. Enferm. UERJ**, n. especial, p. 71-80, 1996.

FORJAZ, C. L. M.; TINUCCI, T.; BARTHOLOMEU, T.; FERNANDES, T. E. M.; CASAGRANDE, V.; MASSUCATO, J. G. Avaliação do risco cardiovascular e da atividade física dos freqüentadores de um parque da cidade de São Paulo. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 79, n. 1, p. 35-42, 2002.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A.; NOBRE, L. F.; IGNÁCIO, D. S. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 11, n. 2, p.199-26, 2003.

GALLASCH, C. H.; ALEXANDRE, N. M. C. The measurement of musculoskeletal pain intensity: a comparison of four methods. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 28,, n. 2, p. 260-265, 2007.

GARCIA, T. L.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e

tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PADILHA, M. I. C. S.; CUPELLO, A. J.; SOUZA, S. R. O. S.; MACHADO, W. C. A. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões e soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 2, p. 37-63.

GOMES, S. R.; SENNA, M. Cliente com acidente vascular cerebral e as interfaces da assistência de enfermagem para reabilitação. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 7, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1420/386>>. Acesso em: 14 set. 2008.

GOMES, B. M.; NARDONI, G. C. G.; LOPES, P. G.; GODOY, E. O efeito da técnica de reeducação postural global em um paciente com hemiparesia após acidente vascular encefálico. **Acta Fisiat**, v. 13, n. 2, p. 103-108, 2006.

GORDON, M. **Nursing diagnosis: process and application**. 3.ed. St. Louis: Mosby, 1994.

GRANDO, S. R. **Sistema de apoio à decisão à taxonomia NANDA: um protótipo para os diagnósticos de enfermagem a pacientes com acidente vascular encefálico**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2005.

GUIMARÃES, R. M.; PEREIRA, J. S.; BATISTA, L. A. Fortalecimento do músculo solear: impacto na cinemática da marcha de indivíduos hemiparéticos. **Fisioterapia em movimento**, v. 20, n. 3, p. 11-16, 2007.

GUIRAO–GORIS, J. A.; MORENO PINA, P. M.; MARTINEZ DEL CAMPO, P. M. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera “sedentarismo”. **Enferm. Clín.**, v. 11, n. 4, p. 135-140, 2000.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. Excitação do músculo esquelético: transmissão neuromuscular e acoplamento excitação-contração. In: _____. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.75-78.

HALAR, E. M.; DELL, K. R. Relação da reabilitação com a inatividade. In: KOTTKE, S. J.; LEHMANN, J. S. **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2000. p. 1105-1120.

HERÉDIA, V. B. M.; CORTELLETTI, I. A. ; CASARA, M. B. Abandono na velhice. **Textos Envelhecimento**, v. 8, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282005000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 set. 2008.

HOOD, G. H. Introdução ao atendimento completo ao paciente. In: HOOD, G. H.; DINCHER, J. R. **Fundamentos e práticas da enfermagem: atendimento completo ao paciente**. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 1, p.17-34.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPV, 1979. p. 99.

HUR, H. K.; PARK, S. M.; KIM, S. S.; STOREY, M. J.; KIM, G. Y. Activity intolerance and impaired physical mobility in elders. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v.16, n. 3-4, p. 47-53, 2005.

IKAI, T.; TAKEHARA, I.; NISHI, M.; MIYANO, S. Dynamic postural control in patients with hemiparesis. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, v, 82, n. 6, p. 463-469, 2003.

JACOBSON, C. Eletrocardiograma. In: WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005a. cap.13, p. 311-348.

JACOBSON, C. Arritmias e distúrbios de condução. In: WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2005b. cap.14, p. 349-424.

JANA, L.; WEINDEL, D. Mobilidade e imobilidade. In: POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. cap. 6, p. 101-125.

JESUS, C. A. C. **Raciocínio clínico de graduandos e enfermeiros na construção do diagnóstico de enfermagem**. 2000. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

LAVINSKY, A. E.; VIEIRA, T. T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. **Acta Sci., Health Sci.**, v, 26, n. 1, p. 41-45, 2004.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004. p. 22-58.

LIMA, V.; CAETANO, J. A.; SOARES, E.; ARAÚJO, Z. M. S.; SANTOS. Fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. **RBPS. Rev. Bras. Promoção Saúde**, v. 19, n. 3, p. 148-154, 2006.

LIMA, L. R.; PEREIRA, S. V. M.; CHIANCA, T. C. M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco – contribuição de Orem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 285-290, 2006.

LIRA, A. L. B. C. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados renais de um hospital universitário de Fortaleza-Ceará**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

LOPES, H. B. F.; BARRETO-FILHO, J. A. S. B.; RICCIO, G. M. G. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Rev. Soc. Cardiol. Est. São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 148-155, 2003.

LÓPEZ, M. Objetivos do processo diagnóstico. In: LÓPEZ, M. **O processo diagnóstico nas decisões clínicas: ciência, arte e ética**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p.15-24.

MACKNIGHT, C.; ROCKWOOD, K. A. Hierarchical assessment of balance and mobility. **Age Ageing**, v. 24, n. 2, p.126-130, 1995.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Rev. Latinoam Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 364-371, 2006.

MARTINEZ MARCOS, M.; CUSTEY MALE, M. A.; FRANCISCO CASADO, M. A.; FERRER ARNEDO, C.; FLORES BOIXADER, E.; ARCALA GARCIA, M. J.; VAQUE HERGUETA, R. M. Validación de uma clasificación de diagnóstico de enfermería em atención primaria. **Enferm. Clín.**, v. 6, n. 1, p. 1-10, 1996.

MEIRELES, V. C.; OLIVEIRA, M. L. F.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Diagnósticos de enfermagem a portadores de doenças crônicas assistidos no domicílio. **Cogitare Enferm.**, v. 10, n. 3, p. 37-43, 2005.

MELLO, A. L. L. C.; COUTINHO, E. S. F.; COELI, C. M. Prevalência de casos de acidente vascular encefálico, município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 345-360, 2006.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **J. Pediatr.**, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.

MENNOT, A.; JACOBS, J. D. R.; BLACBURN, H.; KROMHEIT, D.; NISSINEN, A.; MEDELGOVIC, S. Twenty-five year prediction of stroke death in the seven country study: the role of blood pressure and its changes. **Stroke**, v. 27, p. 381-387, 1996.

MIYASIKE, S. V.; GOBBI, L. T. B. Percepção de dificuldade e comportamento locomotor de idosos ao descer degraus de ônibus. **Rev. Motricidade**, v. 1, n. 2, p. 96-105, 2005.

MORENO, V. P.; GARCÍA RASO, A.; GARCÍA BUENO, M. J.; SÁNCHEZ SÁNCHEZ, A.; MESEGUER, E.; MATA, R.; LLHAMAS, P. Factores de riesgo vascular en pacientes com ictus isquémico. Distribución según edad, sexo y subtipo de ictus. **Rev. Neurol.**, v. 46, n. 10, p. 593-598, 2008.

MORRIS, S. L.; DODD, K. J.; MORRIS, M. E. Outcomes of progressive resistance strength training following stroke: a systematic review. **Clin. Rehabil.**, v. 18, p. 27-39, 2004.

MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 285-293, 2005.

NEGRÃO, C. E.; FORJAZ, C. L. M.; RODON, M. U. P. B.; BRUM, P. C. Adaptações cardiovasculares ao treinamento físico dinâmico. In: SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cardiologia, atualização e reciclagem**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 60, p. 532-540.

NÓBREGA, M. Classificação internacional para a prática de enfermagem é projeto do CIE. **Nursing: Rev. Téc Enferm.**, n. 51, p. 12-14, 2002.

NÓBREGA, M. M. L. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA e a teoria das necessidades humanas básicas de Horta**. 1991. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1991.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de classificação em enfermagem: avanços e perspectivas. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Org). **Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo**. São Paulo: Aben, 2000. p. 19-27.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION - NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OLIVEIRA, F. L. C.; ESCRIVÃO, M. A. M. S. Obesidade exógena na infância e na adolescência. In: TEMAS de nutrição em pediatria. São Paulo: SBP/Nestlé, 2001. v.3.

OLIVEIRA, D. L. C.; GORETTI, L. C.; PEREIRA, L. S. M. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Rev. Bras. Fisioter**, v. 10, n. 1, p. 91-96, 2006.

OUELLET, L. L.; RUSH, K. L. A synthesis of selected literature on mobility: a basis for studying impaired mobility. **Nurs. Diag.**, v. 3, n.2, p.72-79, 1992.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Building standard-based nursing information systems**. Washington (DC): PAHO, 2001.

PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health promotion in nursing practice**. Upper Saddle River, NJ: Prenticehall, 2002.

PEREIRA, M. A. **Mobilidade física prejudicada em clientes hospitalizados e uma proposta de intervenções de enfermagem**. 1997. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1997.

PÉREZ HERNÁNDEZ, M. J. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. **Rev. Mex. Enferm. Cardiol.**, v.10, n. 2, p. 62-66, 2002.

PERLINI, N. M. O. G.; FARO, A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 2, p. 154-163, 2005.

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudos das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 62, n. 3, p. 844-851, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização**. São Paulo: Artmed, 2004. p.164-198.

PORTO, C.C. **Manual do exame clínico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

RABELO, D. F.; NÉRI, A. L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Est. Psicol.**, v. 11, n. 2, p. 169-177, 2006.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v, 58, n. 1, p. 99-106, 2000.

RAMÍREZ, M. H. **Condições de vida e saúde de idosos com acidente vascular cerebral**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. Drogas ansiolíticas e hipnóticas. In: _____. **Farmacologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001a. cap. 33, p. 442-50.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. Dependência e abuso de drogas. In: _____. **Farmacologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001b. cap. 39, p. 515-31.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. Agentes antidepressivos. In: _____. **Farmacologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001c. cap. 35, p. 460-73.

REBELATTO, J. R.; CASTRO, A. P.; CHAN, A. Quedas em idosos institucionalizados: características gerais, fatores determinantes e relações com a força de preensão manual. **Acta Ortop**, v. 15, n. 3, p. 151-154, 2007.

SANTOS–NETO, L. L.; TOLEDO, M. A.; SOUZA-MEDEIROS, P. Hipertensão arterial e acidente vascular cerebral. **Brasília Méd**, v.42, n. 1/2, p. 24-30, 2005.

SEZE, M.; WIART, L.; COME, B. S. A.; DEBELLEIX, X.; SEZE, M.; JOSEPH, P. A. Rehabilitation of postural disturbances of hemiplegic patients by using trunk control retraining during exploratory exercises. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 82, n. 6, p. 793-800, 2001.

SILVA, E. R. **Diagnósticos de enfermagem de pacientes em unidade de internação em clínica médica e clínica cirúrgica**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SILVA, O. L. Exame neurológico. In: _____. **Semiologia do aparelho locomotor**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003a. Cap. 4, p. 65-78.

SILVA, O. L. Exame clínico do aparelho locomotor em situações eletivas. In: _____. **Semiologia do aparelho locomotor**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003b. Cap. 1, p. 1-36.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares cerebrais. In: **BRUNNER & SUDDARTH** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005a. v. 2, cap. 62, p.1996-2020.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Pensamento crítico, tomada de decisão ética e o processo de enfermagem. In: **BRUNNER & SUDDARTH** Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005b. v. 1, cap. 3, p. 28-47.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Princípios e práticas da reabilitação. In: **BRUNNER & SUDDARTH** Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005c. v. 1, cap. 11, p. 166-198.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratamento da dor. In: **BRUNNER & SUDDARTH** Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005d. v. 1, cap. 13, p. 230-264.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES. Primeiro Consenso brasileiro para trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 60, n. 3, p. 675-680, 2002.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LEMONE, P. **Fundamentos de enfermagem**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. cap. 39, p. 1129-1174.

TEIXEIRA, M. J.; SHIBATA, M. K.; PIMENTA, C. A. M.; CORRÊA, C. F. **Dor no Brasil: estado atual e perspectivas**. São Paulo: Limay, 1995. p. 196.

TEIXEIRA-SALMELA. L. F.; SILVA, P. C.; AUGUSTO, A. C. C.; LIMA, R. C. M.; GOULART, F. Musculação e condicionamento aeróbico em hemiplégicos: impacto no desempenho motor. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 7, n. 3, p. 209-215, 2003.

TIMBY, B. K. **Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. cap.32, p. 684-697.

TORRES ESPERÓN, J. M.; PÉREZ SÁNCHEZ, A. Aspectos éticos-sociales em los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. **Rev. Cubana Salud Pública**, v.

28, n. 3, 2002. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 14 set. 2008.

TUDELA, L. L.; FERRER, A. R. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada com a salud: la versión española de las viñetas COOP/WONCA. **Atención Primaria**, v. 29, n. 6, p. 75-82, abr. 2002.

TURA, B. R.; SILVA, N. A. S.; PEREIRA, B. B. Associação entre renda per capita e mortalidade por doença cardiovascular. **Rev. SOCERJ**, p. 215-218, 2006.

VALLBONA, C. Respostas do organismo à imobilização. In: KOTTKE, F. J. *et al.* **Krussen Tratado de medicina física e reabilitação**. 4. ed. São Paulo: Manole, 1986. v. 2, cap.52, p. 997-1009.

VESTLING, M.; TUFVESSON, B.; IWARSSON, S. Indicators for retur to work after stroke and the importance of work for subjective well-being and life satisfaction. **J. Rehabil. Med.**, v. 35, n. 3, p. 127-131, 2003.

WONG, D. L. **WHALEY & WONG. Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ZÉTOLA, V. H. F.; NÓVAK, E. M.; CAMARGO, C. H. F.; CARRARO JÚNIOR, H.; CORAL, P.; MUZZIO, J. A.; IWAMOTO, F. M.; COLETA, M. V. D.; WERNECK, L. C. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens – análise de 164 casos. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 59, n. 3-B, p. 740-745, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados

Dupla avaliadora: _____

Dados respondidos pelo () cliente ou () acompanhante

Data: ____/____/____

ABCR: _____

1. Dados de identificação:

Nome: _____

Endereço: _____

Tel (fixo): _____ Tel (cel): _____

Sexo: M F Escolaridade (anos): _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Estado civil: Solteiro Casado ou vive com parceiro Viúvo Divorciado

Profissão: _____ Ocupação atual: _____

Renda cliente: _____ Renda familiar: _____

Quem e quantas são as pessoas que moram com o cliente? _____

Quem é responsável pelo cuidado do cliente? _____

Há quanto tempo teve o AVE? _____

2. História de doenças anteriores:

2.1. Marque com S quando presente, N quando ausente e NS quando não sabe.

() Diabetes mellitus. Se S, tempo da doença _____

() Hipertensão arterial. Se S, tempo da doença _____ Tratava antes do AVE ____

() Cardiopatia. Se S, especificar _____ tempo da doença _____

() Dislipidemia. Se S, especificar _____ tempo da doença _____

() AVE. Se S, quantos episódios anteriores ao primeiro AVE ____ há quanto tempo cada

Outras _____

Toma medicações? (). Se **sim**, quais? _____

3. Avaliação dos indicadores de risco:

3.1. Marque S quando sim, N quando não e NA quando não atualmente, mas já usou/praticou.

Se S,

registrar idade de início, quantidade utilizada e o tipo utilizada. Se NA, registrar idade em que iniciou, idade em que parou, quantidade utilizada e tipo utilizado. Para exercício físico <3Xs e >3Xs referem-se à semana e <30min e >30min referem-se a minutos.

3.1.1. Fumo, bebida alcoólica, drogas, anticoncepcionais:

VARIÁVEIS	S	N	NA	IDADE INICIOU	IDADE PAROU	QUANTIDADE UTILIZADA			TIPO
						dia	mês	ano	
FUMO ATIVO									
FUMO PASSIVO									
BEBIDA ALCÓOLICA									
DROGAS ILÍCITAS									
ANTICONCEPCIONAIS									




3.1.2. Exercício físico na ABCR:



VARIÁVEL	S	N	NA	IDADE INICIOU	IDADE PAROU	TIPO	<3Xs	>3Xs	<30min	>30min
EXERCÍCIO FÍSICO										

3.1.3. Exercício físico fora da ABCR:

VARIÁVEL	S	N	NA	IDADE INICIOU	IDADE PAROU	TIPO	<3Xs	>3Xs	<30min	>30min
EXERCÍCIO FÍSICO										

3.2. Marque com X item correto. Qual tem sido a máxima atividade física que você pode praticar durante pelo menos dois minutos, nas duas últimas semanas? (avaliar pelo instrumento proposto por COOP/WONCA).

Muito intensa (por exemplo, correr depressa).		1	()
Intensa (por exemplo, correr com suavidade).		2	()
Moderada (por exemplo, caminhar a passo rápido).		3	()

Leve (por exemplo, caminhar devagar).		4	()
Muito leve (por exemplo, caminhar lentamente ou não poder caminhar).		5	()

4. Avaliação das atividades da vida diária:

4.1. Realização das atividades da vida diária. Marcar X de acordo com a Escala de Barthel.

ALIMENTAÇÃO	0. Dependente ()	5. Precisa de ajuda ()	10. Independente ()
CAPACIDADE DE VESTIR-SE	0. Dependente ()	5. Precisa de ajuda ()	10. Independente ()
BANHO	0. Dependente ()	5. Independente ()	
USO DO BANHEIRO	0. Dependente ()	5. Precisa de ajuda ()	10. Independente ()
CUIDADOS PESSOAIS	0. Precisa de ajuda ()	5. Independente ()	

Pontuação Barthel: _____

4.2. Quantas vezes na semana e quanto tempo você gasta em cada vez para executar as atividades operacionais da vida diária, caso as realize. Se **sim**, <3Xs ou >3Xs referem-se a semana e <30min ou >30min referem-se a minutos.

VARIÁVEIS	SIM	NÃO ATUALMENTE	NUNCA FEZ	<3Xs	>3Xs	<30min	>30min
FAZER COMPRAS							
LAVAR ROUPA							
IR AO BANCO							
PREPARAR COMIDAS							
ATIVIDADES DO TRABALHO							

5. Avaliação das eliminações:

5.1. Marcar X de acordo com a Escala de Barthel.

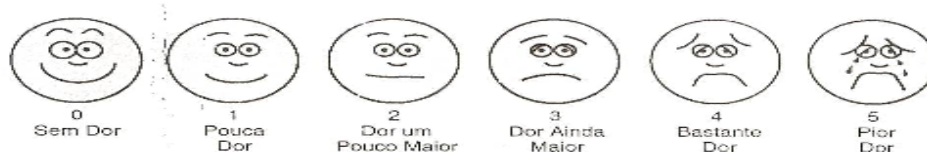
VARÁVEIS	0. INCONTINÊNCIA	5. OCASIONAL ACIDENTAL	10. CONTINÊNCIA
ELIMINAÇÃO URINÁRIA			
ELIMINAÇÃO INTESTINAL			

Pontuação Barthel: _____

6. Avaliação da dor:

6.1. Locais da dor _____

6.2. Aplicar a Escala de Quantificação da Dor FACES de Wong-Baker, se o cliente referir presença de dor.



7. Cadeira de rodas:

7.1. Verificar se o cliente utiliza cadeira de rodas. Se **não** usar, pular para o item 9.

VARIÁVEIS	SIM	NÃO
UTILIZA CADEIRA DE RODAS		
CAPACIDADE DE OPERAR CADEIRA DE RODAS SOBRE SUPERFÍCIES REGULARES		
CAPACIDADE DE OPERAR CADEIRA DE RODAS SOBRE SUPERFÍCIES IRREGULARES		
CAPACIDADE DE OPERAR CADEIRA DE RODAS EM ACLIVE		
CAPACIDADE DE OPERAR CADEIRA DE RODAS EM DECLIVE		
CAPACIDADE DE OPERAR CADEIRA DE RODAS EM CALÇADAS (MEIO-FIO)		

OBS.: Cadeira de rodas: () manual () motorizada

8. Avaliação do comportamento do cliente durante a realização das atividades:

8.1. Há quanto tempo está freqüentando a ABCR? Participa de outros grupos de reabilitação, além da ABCR? Se sim, quais grupos?

OBS.: Caso o paciente não tenha iniciado a reabilitação logo após AVE, perguntar o motivo.

8.2. Considera que seu lazer está prejudicado? O que gostaria de fazer para ocupar mais seu tempo como atividade de lazer?

8.3. Caso o cliente tenha limitação de movimentos, investigar se faz atividades para desviar a atenção da incapacidade de movimentar-se.

8.4. Observar e registrar:

- Observa em outra pessoa as atividades que não consegue realizar? () sim () não

- Há esforço em recuperar as atividades que não consegue realizar? () sim () não

9. Medidas antropométricas:

OBS.: Peso e estatura são dados fornecidos pelo cliente, cuidador ou verificados no prontuário.

Peso: _____ Estatura: _____

Classificação do IMC: () baixo peso; () normal; () sobrepeso; () obesidade

Braço: _____ Manguito: _____

OBS.: Verificação da pressão arterial no membro direito, de acordo com as recomendações (DIRETRIZES, 2006).

Medidas da pressão arterial: 1ª PAS _____ PAD _____

2ª PAS _____ PAD _____

3ª PAS _____ PAD _____

Média das duas últimas verificações: PAS _____ PAD _____

Classificação PAS:

() ótima () normal () limítrofe () hipertensão estágio 1 () hipertensão estágio 2
() hipertensão estágio 3 () hipertensão isolada

Classificação PAD:

() ótima () normal () limítrofe () hipertensão estágio 1 () hipertensão estágio 2
() hipertensão estágio 3 () hipertensão isolada

Classificação PA:

() ótima () normal () limítrofe () hipertensão estágio 1 () hipertensão estágio 2
() hipertensão estágio 3 () hipertensão isolada

10. Avaliação do nível de consciência e orientação no tempo e espaço:

10.1. Marque com um X o nível de consciência (ANDRIS, 2006):

() alerta () letárgico () torporoso () comatoso

10.2. Orientação no tempo:

- Em que mês nós estamos? _____

- Que idade você tem? _____

10.3. Orientação no espaço:

- Qual o seu endereço? _____

- Em que cidade você mora? _____

- Em que bairro você mora? _____

11. Avaliação da respiração:

11.1. Dispnéia induzida pelo movimento: () presente () ausente

Se presente () batimento asa de nariz () utiliza músculos acessórios () olhos arregalados

Outros: _____

12. Exame físico do sistema musculoesquelético e neurológico:

12.1. Limitação da mobilidade de alguma parte do corpo:

() sim () não. Se **sim**, qual limitação? _____

12.2. Fraqueza, dificuldade de se mover e movimentação anormal:

() sim () não. Se **sim**, qual? _____

12.3. Anquilose de alguma articulação:

() sim () não. Se **sim**, qual articulação? _____

12.4. Espasticidade:

() sim () não. Se **sim**, qual a frequência? () muito () pouco () raramente

12.5. Presença de paralisias em seguimentos corporais:

() sim () não. Se **sim**, classificação de acordo com Baiki (2006):

() paraplegia () quadriplegia () hemiplegia () paresia

Localização da paralisia: _____

12.6. Imobilização mecânica:

() sim () não. Se **sim**, que tipo? _____

12.7. Cefaléias:

() sim () não. Se **sim**, qual a frequência? _____

12.8. Convulsões:

() sim () não. Se **sim**, qual a frequência? _____

OBS.: No item amplitude do movimento marcar com um X somente os movimentos que o cliente conseguir realizar.

12.9. Cabeça e pescoço:

INSPEÇÃO: alinhamento da cabeça e do pescoço.	Cabeça: () normal () alterado _____ Pescoço: () normal () alterado _____
PALPAÇÃO: processos espinhosos e os músculos esternomastóideo, trapézio e paravertebrais	Cabeça: () firme () presença de espasmos () hipersensibilidade muscular Pescoço: () firme () presença de espasmos () hipersensibilidade muscular

AMPLITUDE DO MOVIMENTO	<input type="checkbox"/> Flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> flexão lateral D força muscular: _____ <input type="checkbox"/> flexão lateral E força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação D força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação E força muscular: _____

12.10. Ombros:

INSPEÇÃO: musculatura de ombros anterior e posterior	Direito: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> rubor <input type="checkbox"/> atrofia muscular <input type="checkbox"/> tumefação <input type="checkbox"/> deformidade _____ Esquerdo: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> rubor <input type="checkbox"/> atrofia muscular <input type="checkbox"/> tumefação <input type="checkbox"/> deformidade _____
PALPAÇÃO: ambos os ombros	Direito: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> espasmo <input type="checkbox"/> calor <input type="checkbox"/> atrofia muscular <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> dor Esquerdo: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> espasmo <input type="checkbox"/> calor <input type="checkbox"/> atrofia muscular <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> dor
AMPLITUDE DO MOVIMENTO	Direito: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> abdução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> adução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação interna força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação externa força muscular: _____ Esquerdo: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> abdução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> adução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação interna força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação externa força muscular: _____

12.11. Cotovelos:

INSPEÇÃO: tamanho e contorno	Direito: <input type="checkbox"/> normais <input type="checkbox"/> tumefação <input type="checkbox"/> rubor <input type="checkbox"/> deformidade _____ Esquerdo: <input type="checkbox"/> normais <input type="checkbox"/> tumefação <input type="checkbox"/> rubor <input type="checkbox"/> deformidade _____
------------------------------	---

PALPAÇÃO: articulações	Direito: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tumefação <input type="checkbox"/> nódulos <input type="checkbox"/> espessamento sinoval <input type="checkbox"/> hipersensibilidade Esquerdo: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tumefação <input type="checkbox"/> nódulos <input type="checkbox"/> espessamento sinoval <input type="checkbox"/> hipersensibilidade
AMPLITUDE DO MOVIMENTO	Direito: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> pronação força muscular: _____ <input type="checkbox"/> supinação força muscular: _____ Esquerdo: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> pronação força muscular: _____ <input type="checkbox"/> supinação força muscular: _____

12.12. Punhos, mãos e dedos:

INSPEÇÃO: dorso e palma das mãos, observando posição, contorno e formato	Direito: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tumefação local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> rubor local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> nódulos local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> deformidades local _____ articulação _____ Esquerdo: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tumefação local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> rubor local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> nódulos local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> deformidades local _____ articulação _____
PALPAÇÃO: cada articulação	Direito: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tumefação local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> depressão local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> nódulos local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> hipersensibilidade local _____ articulação _____ Esquerdo: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tumefação local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> depressão local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> nódulos local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> hipersensibilidade local _____ articulação _____

<p>AMPLITUDE DO MOVIMENTO</p>	<p>Punho e mão direita: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> hiperextensão força muscular: _____</p> <p>Punho e mão esquerda: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> hiperextensão força muscular: _____</p> <p>Dedos da mão direita: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> abdução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> adução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> oposição do polegar aos dedos força muscular: _____</p> <p>Dedos da mão esquerda: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> abdução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> adução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> oposição do polegar aos dedos força muscular: _____</p>
-------------------------------	---

12.13. Quadril (articulação coxofemoral):

<p>INSPEÇÃO: articulação do quadril em conjunto com a coluna vertebral e articulação coxofemoral</p>	<p>Direito: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nível assimétrico da crista ilíaca <input type="checkbox"/> nível assimétrico da prega glútea <input type="checkbox"/> nádegas de tamanhos desiguais <input type="checkbox"/> comprimento desigual da extremidade inferior <input type="checkbox"/> movimentação não funcional do quadril</p> <p>Esquerdo: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nível assimétrico da crista ilíaca <input type="checkbox"/> nível assimétrico da prega glútea <input type="checkbox"/> nádegas de tamanhos desiguais <input type="checkbox"/> comprimento desigual da extremidade inferior <input type="checkbox"/> movimentação não funcional do quadril</p>
<p>PALPAÇÃO: articulações coxofemorais</p>	<p>Direito: <input type="checkbox"/> estável e simétrico <input type="checkbox"/> crepitação () hipersensibilidade</p> <p>Esquerdo: <input type="checkbox"/> estável e simétrico <input type="checkbox"/> crepitação () hipersensibilidade</p>

<p>AMPLITUDE DO MOVIMENTO</p>	<p>Direito:</p> <p>() flexão do quadril com o joelho estendido força muscular: _____</p> <p>() flexão do quadril com o joelho flexionado força muscular: _____</p> <p>() rotação externa da perna força muscular: _____</p> <p>() rotação interna da perna força muscular: _____</p> <p>() abdução da perna força muscular: _____</p> <p>() adução da perna força muscular: _____</p> <p>() hiperextensão da perna força muscular: _____</p> <p>Esquerdo:</p> <p>() flexão do quadril com o joelho estendido força muscular: _____</p> <p>() flexão do quadril com o joelho flexionado força muscular: _____</p> <p>() rotação externa da perna força muscular: _____</p> <p>() rotação interna da perna força muscular: _____</p> <p>() abdução da perna força muscular: _____</p> <p>() adução da perna força muscular: _____</p> <p>() hiperextensão da perna força muscular _____</p>
-------------------------------	---

12.14. Joelhos e coxas:

<p>INSPEÇÃO: alinhamento da perna e do formato e contorno dos joelhos</p>	<p>Direito:</p> <p>() normal () tumefação () atrofia do quadríceps na coxa anterior</p> <p>Esquerdo:</p> <p>() normal () tumefação () atrofia do quadríceps na coxa anterior</p>
<p>PALPAÇÃO: articulações</p>	<p>Direito:</p> <p>() normais () calor () hipersensibilidade () nódulos () edema</p> <p>Esquerdo:</p> <p>() normais () calor () hipersensibilidade () nódulos () edema</p>
<p>AMPLITUDE DO MOVIMENTO</p>	<p>Direito:</p> <p>() flexão força muscular: _____ () extensão força muscular: _____</p> <p>Esquerdo:</p> <p>() flexão força muscular: _____ () extensão força muscular: _____</p>

12.15. Tornozelos, pés e dedos dos pés:

INSPEÇÃO: posição, contorno e formato	Direito: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> lesões local _____ articulação: _____ <input type="checkbox"/> calos local _____ articulação: _____ <input type="checkbox"/> coloração anormal local _____ articulação _____ Esquerdo: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> lesões local _____ articulação: _____ <input type="checkbox"/> calos local _____ articulação: _____ <input type="checkbox"/> coloração anormal local _____ articulação _____
PALPAÇÃO: articulações	Direito: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tumefação local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> hipersensibilidade local _____ articulação _____ Esquerdo: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> tumefação local _____ articulação _____ <input type="checkbox"/> hipersensibilidade local _____ articulação _____
AMPLITUDE DO MOVIMENTO	Tornozelo e pé direito: <input type="checkbox"/> dorsiflexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> flexão plantar força muscular: _____ <input type="checkbox"/> inversão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> eversão força muscular: _____ Tornozelo e pé esquerdo: <input type="checkbox"/> dorsiflexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> flexão plantar força muscular: _____ <input type="checkbox"/> inversão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> eversão força muscular: _____ Dedos do pé direito: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> abdução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> adução força muscular: _____ Dedos do pé esquerdo: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> abdução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> adução força muscular: _____

12.16. Movimentação e transferência:

OBS.1: Verificar se o cliente tem capacidade para:

VARIÁVEIS	SIM	NÃO
VIRAR-SE DE UM LADO PARA OUTRO NA CAMA		
MOVER-SE DA POSIÇÃO SUPINA PARA A POSIÇÃO SENTADA		
MOVER-SE DA POSIÇÃO SENTADA PARA A POSIÇÃO SUPINA		
ESQUIVAR-SE OU REPOSICIONAR-SE NA CAMA		
MOVER-SE DA POSIÇÃO SUPINA PARA A PRONA		
MOVER-SE DA POSIÇÃO PRONA PARA A SUPINA		

MOVER-SE DA POSIÇÃO SUPINA PARA A POSIÇÃO SENTADA COM AS PERNAS ALONGADAS		
MOVER-SE DA POSIÇÃO SENTADA PARA A SUPINA COM AS PERNAS ALONGADAS		

OBS.2.: Verificar se o cliente tem capacidade para transferir-se:

DA CAMA PARA A CADEIRA E DA CADEIRA PARA A CAMA (**ESCALA DE BARTHEL**):

- () 0. Incapaz, não tem equilíbrio para sentar
 () 5. Grande ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar
 () 10. Pequena ajuda (verbal ou física)
 () 15. Independente

Pontuação Barthel: _____

VARIÁVEIS	SIM	NÃO
PARA OU DO VASO SANITÁRIO		
PARA OU DA CADEIRA HIGIÊNICA		
PARA DENTRO OU PARA FORA DO CHUVEIRO		
PARA DENTRO OU PARA FORA DA BANHEIRA		
ENTRE SUPERFÍCIES DE NÍVEIS DIFERENTES		
DA CADEIRA PARA O CARRO		
DO CARRO PARA A CADEIRA		
DA CADEIRA PARA O CHÃO		
DO CHÃO PARA A CADEIRA		
DA POSIÇÃO EM PÉ PARA O CHÃO		
DO CHÃO PARA A POSIÇÃO EM PÉ		
DA CADEIRA PARA A POSIÇÃO EM PÉ		
DA POSIÇÃO EM PÉ PARA A CADEIRA		
DA CAMA PARA A POSIÇÃO EM PÉ		
DA POSIÇÃO EM PÉ PARA A CAMA		

12.17. Marcha, postura e equilíbrio:

OBS.: Se a pessoa não consegue caminhar ou utiliza auxílio para tal, pular para item 14.8.

CONSEGUE FICAR EM PÉ E CAMINHAR?	() sim () não
UTILIZA AUXÍLIO PARA CAMINHAR?	() sim. Tipo: _____ () não
OBSERVAR CAMINHAR DE 3 A 6 METROS, VIRAR-SE E RETORNAR ATÉ O PONTO DE PARTIDA	() normal () hemiparesia espástica () ataxia cerebelar () parkinsoniana () tesoura () escavante ou com queda do pé () anseriana () perna curta () outros _____

ANDAR EM LINHA RETA COM UM PÉ ATRÁS DO OUTRO	() equilíbrio () desequilíbrio () não consegue
REALIZAR TESTE DE ROMBERG	() equilíbrio () desequilíbrio () não consegue
SALTAR EM UM PÉ SÓ COM UMA PERNA E DEPOIS COM A OUTRA	() equilíbrio () desequilíbrio () não consegue
TESTE DO DEDO-NARIZ	() movimentos regulares () movimentos irregulares
ANDAR EM ACLIVE	() independente () consegue andar com auxílio _____ () não consegue
ANDAR EM DECLIVE	() independente () consegue andar com auxílio _____ () não consegue
SUBIR ESCADAS (Escala de Barthel)	() 0. Incapaz () 5. Precisa de ajuda: verbal, física, suporte () 10. Independente

Pontuação Barthel: _____

12.18. Sensibilidade:

DOR	Direito: () normal () hipoalgesia () analgesia () hiperalgesia Localização: _____ Esquerdo: () normal () hipoalgesia () analgesia () hiperalgesia Localização: _____
TEMPERATURA (só testar se a dor estiver anormal)	Direito: () normal () alterada Localização: _____ Esquerdo: () normal () alterada Localização: _____

TATO LEVE	Direito: () normal () hipoestesia () anestesia () hiperestesia Localização: _____ Esquerdo: () normal () hipoestesia () anestesia () hiperestesia Localização: _____
VIBRAÇÃO	Direito: () normal () sente pequenas vibrações () incapaz de sentir vibrações Localização: _____ Esquerdo: () normal () sente pequenas vibrações () incapaz de sentir vibrações Localização: _____
CINESTESIA	Direito: () normal () perda do sentido posicional Localização: _____ Esquerdo: () normal () perda do sentido posicional Localização: _____
ESTEREOGNOSIA	Direito: () normal () astereognosia Esquerdo: () normal () astereognosia
EXTINÇÃO	Direito: () normal () percebe apenas uma sensação Localização: _____ Esquerdo: () normal () percebe apenas uma sensação Localização: _____
LOCALIZAÇÃO DE UM PONTO	Direito: () normal () não consegue localizar de forma precisa Esquerdo: () normal () não consegue localizar de forma precisa

12.19. Reflexos:

- Testar reflexos tendinosos profundos e anotar pontuação:

- (0) – nenhuma resposta (+1) – diminuídos, abaixo do normal (+2) – médio, normal
(+3) – mais rápido que a média, pode indicar doença (+4) – muito rápidos, hiperativos
(5) paciente não cooperou ou tinha alguma incapacidade no local, por isso não foi possível realizar o teste.

Lado direito: () bicipital () tricipital () patelar () braquiorradial () aquileu

() clônus () asterix

Lado esquerdo: () bicipital () tricípital () patelar () braquiorradial () aquileu

() clônus () asterix

12.20. Habilidades motoras finas:

OBS.1: se **não** conseguir pegar objeto, segurar e prender, encerrar a coleta.

OBS2.: Anote D para o lado direito e E para o lado esquerdo.

VARIÁVEIS	SIM	NÃO	Lado
PEGAR UM OBJETO PRÓXIMO, SEGURAR E PRENDER O OBJETO			
MOVIMENTOS MAIS LENTOS QUE O NORMAL			
PRESENÇA DE TREMORES DURANTE MOVIMENTO DE PEGAR OBJETO			
PRESENÇA DE TREMORES MESMO PARADO			
DESENHAR EM UM PAPEL			
RECORTAR UM PAPEL OU SEU PRÓPRIO DESENHO			
ENCAIXAR UMA PEÇA DE UM JOGO			

OBS.: Se encaixa uma peça de um jogo () com coordenação () sem coordenação

OBS.: Presença de movimentos descontrolados () sim () não

OBSERVAÇÕES EXTRAS: _____

Marcar item mobilidade de acordo com a Escala de Barthel:

15. Marcha independente () 10. Ajuda mínima () 5. Independente em cadeira de rodas () 0. Imóvel ()

Pontuação Barthel: _____

Pontuação total da Escala de Barthel: _____

Classificação Escala de Barthel: _____

APÊNDICE B - Treinamento para coleta de dados

1. Dados de identificação:

Observação:

- Registrar endereço corretamente, bairro, ponto de referência.
- Registrar o telefone do cliente ou de amigos e vizinhos, no caso do cliente não possuir telefone.
- Considerar no estado civil: solteiro, casado, união estável.

2. História de doenças anteriores:

- Considerar as doenças anteriores ao diagnóstico do acidente vascular encefálico.

3. Avaliação dos indicadores de risco:

3.1.1/3.1.2/3.1.3 - Preencher os quadros referentes aos indicadores de risco, conforme solicitado no instrumento.

3.2. Mostrar o instrumento de COOP/WONCA para o cliente e perguntar qual a máxima atividade física que ele pode realizar durante pelo menos dois minutos, nas duas últimas semanas. Marcar no instrumento o correspondente à figura que o cliente apontou.

4. Avaliação das atividades da vida diária:

4.1. Marcar as atividades da vida diária de acordo com a Escala de Barthel.

4.2. Marcar as atividades operacionais da vida diária que o cliente é capaz de realizar. Marcar também quantas vezes na semana e quanto tempo ele gasta para realizá-las.

5. Avaliação das eliminações:

5.1. Marcar o ritmo urinário e intestinal de acordo com a Escala de Barthel

6. Avaliação da dor:

- Perguntar ao cliente se ele está sentindo dor. Em caso afirmativo, quais os locais dessa dor.
- Mostrar as faces de dor para o cliente e pedir para ele dizer qual ele identifica como a dor que sente.

7. Cadeira de rodas:

- Se o cliente não utilizar cadeira de rodas, pular para o item 8.

- Se o cliente utilizar cadeira de rodas, pedir para que ele opere a cadeira sobre superfícies regular e irregular, aplane e declive e na calçada.

8. Avaliação do comportamento do cliente durante a realização das atividades:

- Preencher do item 8.1 ao 8.4 de acordo com as respostas do cliente.

9. Medidas antropométricas:

- Peso e altura: vão ser dados fornecidos pelo cliente ou acompanhante.

- A classificação do Índice de Massa Corporal (IMC), que é a relação entre peso em quilogramas e a estatura em metros, elevada ao quadrado (kg/m^2), será feita, segundo Burke (2005): Baixo peso < 18,5; Normal - 18,5 a 24,9; Sobrepeso - 25 a 29,9; Obesidade grau I - 30 a 34,9; Obesidade grau II - 35 a 39,9; Obesidade grau III (obesidade extrema) ≥ 40 .

- Pressão arterial: a verificação deve ser realizada no ambiente mais tranquilo e silencioso disponível na ABCR, com o cliente sentado, relaxado, com as costas apoiadas, pés pousados no chão, pernas descruzadas e com o braço direito apoiado sobre uma mesa e à altura do precórdio. Os clientes devem ser mantidos em repouso antes e durante a verificação, quando serão orientados a permanecerem em silêncio. Deve certificar-se com o cliente dados como: ingestão de bebida alcoólica, café, alimentos, ou fumo até trinta minutos antes; esvaziamento da bexiga e ausência de exercícios físicos nos últimos sessenta a noventa minutos. A pressão arterial deve ser verificada três vezes com intervalos de um a dois minutos entre cada verificação e calculada média aritmética das duas últimas verificações. Se houver diferença maior que 4 mmHg entre os valores da PAS e/ou PAD, deve ser realizada nova verificação. Deve ser determinada a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff) e a pressão diastólica será definida no momento do desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Quando os batimentos persistiam até o nível zero, a pressão diastólica será determinada no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).

- Para a interpretação dos valores da pressão arterial serão utilizadas como referência as recomendações das Diretrizes (2006) que classificam os níveis de pressão arterial em: ótima: PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg

normal: PAS < 130 mmHg e PAD < 85 mmHg

limítrofe: PAS de 130 a 139 mmHg e PAD de 85 a 89 mmHg

hipertensão estágio 1: PAS de 140 a 159 mmHg e PAD de 90 a 99 mmHg

hipertensão estágio 2: PAS de 160 a 179 mmHg e PAD de 100 a 109 mmHg

hipertensão estágio 3: PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg

hipertensão isolada: PAS > 140 mmHg e PAD < 90 mmHg.

10. Avaliação do nível de consciência:

- Observar se há alteração do nível de consciência.
- Classificar de acordo com Andris (2006) que define uma alteração no nível de consciência do paciente como o indicador mais precoce e sensível de que há alteração em seu estado neurológico. Ele utiliza a seguinte diretriz para descrever o nível de consciência:
Alerta: segue os comandos e responde completamente e de maneira apropriada aos estímulos.
Letárgico: sonolento; respostas lentas aos estímulos verbais; pode adormecer durante o exame.
Torporoso: exige estimulação vigorosa para resposta.
Comatoso: não responde apropriadamente aos estímulos verbais ou dolorosos; incapaz de obedecer aos comandos ou comunicar-se verbalmente.

11. Avaliação da respiração:

- Registrar a presença de dispnéia durante o movimento.

12. Exame físico do sistema musculoesquelético:

12.1. Paralisia: perda total da função motora voluntária.

- Observar e perguntar ao cliente ou acompanhante se há presença de paralisias.
- Classificar de acordo com Baikie (2006). Costuma ser classificada conforme a localização e a gravidade da paraplegia (algumas vezes, paralisia transitória das pernas), quadriplegia (paralisia permanente dos braços, das pernas e do corpo abaixo do nível da lesão espinhal) ou hemiplegia (paralisia unilateral de gravidade e permanência variáveis). A paralisia incompleta com fraqueza profunda (paresia) pode preceder a paralisia total de alguns clientes (BAIKIE, 2006).
- Registrar também a localização da paralisia: face, pernas, braços, lado direito, esquerdo.

12.2. Imobilização mecânica: aparelho gessado ou uma tração esquelética.

- Observar e perguntar se o cliente utiliza alguma imobilização mecânica. As alterações no nível da mobilidade física podem resultar da restrição física ao movimento por meio de uso de equipamentos externos (JANA; WEINDEL, 1999).

12.3. Inspeção: inspecionar especificamente cada região do corpo e registrar se há presença de normalidade ou anormalidades. Entre as anormalidades podem-se observar:

Rubor: envermelhamento local. Um dos sintomas da inflamação.

Atrofia muscular: diminuição do tecido muscular, evidenciada como ausência de plenitude.

Deformidades: incluem a luxação (um ou mais ossos de uma articulação fora da sua posição), subluxação (luxação parcial de uma articulação), contratura (encurtamento de um músculo que resulta em ADM limitada da articulação), anquilose (rigidez ou fixação de uma articulação).

Tumefação: deve-se a uma quantidade excessiva de líquido articular (derrame), ao espessamento do revestimento sinovial, à inflamação dos tecidos moles circundantes (bolsas, tendões) ou ao aumento dos ossos.

Nódulo: massa sólida, palpável, circunscrita, medindo, segundo alguns autores, entre 0,5 cm e 1 cm, e, segundo outros, entre 1 cm e 3 cm. Pode envolver a epiderme e a derme e o subcutâneo ou apenas o subcutâneo. Pode muitas vezes ser mais palpável que visível.

<p style="text-align: center;">CABEÇA E PESCOÇO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar o alinhamento da cabeça e do pescoço. A coluna e a cabeça devem ficar eretas. - Inspeccionar a presença de normalidade ou de alguma alteração. No caso de alteração especificar.
<p style="text-align: center;">OMBROS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar e comparar ambos os ombros posterior e anteriormente. - Inspeccionar o tamanho e o contorno da articulação e comparar os ombros quanto à igualdade dos pontos de referência ósseos. - Inspeccionar a parte anterior da cápsula articular e a bolsa subacromial, para possível tumefação anormal. - Inspeccionar durante a movimentação se o cliente sente alguma dor no ombro. Caso afirmativo pedir para apontar para o lugar com a mão do lado não-afetado. - Inspeccionar se está normal ou se apresenta presença de rubor; atrofia muscular; deformidades que ao estarem presentes deve-se especificar: luxação, subluxação, contratura, anquilose; tumefação; edema. - Especificar, em caso de presença de alteração, o lado direito e/ou esquerdo.

<p style="text-align: center;">COTOVELOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar o tamanho e o contorno do cotovelo nas posições flexionada e estendida. - Inspeccionar a bolsa olecraniana e os sulcos normalmente presentes de ambos os lados do olecrânio para uma possível tumefação anormal. - Inspeccionar a normalidade ou qualquer deformidade, rubor ou edema. Se presentes especificar lado direito e/ou esquerdo.
<p style="text-align: center;">PUNHOS, MÃOS E DEDOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar as mãos, punhos e dedos pelas faces dorsal e palmar. - Observar posição, contorno e formato. A posição normal da mão mostra o punho em ligeira extensão. Dessa maneira, os dedos poderão realizar uma flexão eficiente e o polegar opor-se aos dedos para preensão e manipulação. Os dedos ficam retos no mesmo eixo do antebraço. - Registrar se há normalidade ou se há presença de tumefação, rubor, deformidade, nódulos. Se presente alguma alteração, especificar local: punho, mão, cotovelo e lado: direito e/ou esquerdo. No caso da deformidade, especificar também qual é a deformidade: luxação, subluxação, contratura, anquilose.
<p style="text-align: center;">QUADRIL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar a articulação do quadril juntamente com a coluna vertebral durante o exame com o cliente em pé. Se este não conseguir se levantar, observar o que for possível na posição sentada e deitada. - Observar os níveis simétricos das cristas ilíacas, das pregas glúteas e as nádegas de tamanhos iguais. - Observar, durante a marcha, se esta é uniforme e regular, o que reflete comprimentos iguais das extremidades inferiores e uma movimentação funcional do quadril. - Registrar a normalidade ou presença de níveis assimétricos das cristas ilíacas, níveis assimétricos das pregas glúteas, nádegas de tamanhos desiguais, comprimentos desiguais das extremidades inferiores, movimentação não funcional do quadril.

<p style="text-align: center;">JOELHOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar os joelhos com o cliente em decúbito dorsal com as pernas estendidas. - Inspeccionar o alinhamento da perna. A perna deve estender-se no mesmo eixo da coxa. - Inspeccionar o formato e o contorno do joelho. Normalmente concavidades distintas, ou depressões, estão presentes de ambos os lados da patela. - Examinar quanto a possíveis sinais de tumefação. - Observar outros locais, como a bolsa pré-patelar e a bolsa suprapatelar, para qualquer tumefação anormal. - Checar o músculo quadríceps na coxa anterior para qualquer atrofia. - Registrar normalidade ou presença de tumefação, edema, atrofia do quadríceps na coxa. Se presença de anormalidade, especificar lado direito e/ou esquerdo.
<p style="text-align: center;">TORNOZELOS, PÉS E DEDOS DOS PÉS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar com o cliente na posição sentada e sem apoio do peso corporal, assim como na posição ereta e caminhando. No caso do cliente que não consegue caminhar, observar apenas na primeira posição. - Comparar ambos os pés, observando a posição dos pés e dos artelhos, o contorno das articulações e as características da pele. O pé deve estar alinhado com o eixo longitudinal da perna; uma linha imaginária deveria cair desde a metade da patela até entre o primeiro e segundo artelhos. - Observar se o apoio do peso corporal cai sobre a parte média do pé, a partir do calcanhar, ao longo do mediopé, até entre o segundo e terceiro artelhos. A maioria dos pés possui um arco longitudinal que pode variar normalmente de “pés planos” a um dorso do pé alto. - Observar se os artelhos apontam diretamente para frente e adotam uma posição horizontal (plana). Os tornozelos (maléolos) são proeminências ósseas uniformes. Normalmente, a pele é lisa com coloração uniforme e sem lesões. - Observar as áreas em que há calos ou reações das bolsas, pois elas revelam áreas de atrito anormal. - registrar se há presença de normalidade ou anormalidades: lesões, calos, coloração anormal. Especificar, em caso de anormalidade, local: tornozelo, dedo, pé e lado: direito e/ou esquerdo.

12.4. Palpação: palpar especificamente cada região do corpo e registrar se há presença de normalidade ou anormalidades. Entre as anormalidades podem-se observar:

Espasmos: contração muscular involuntária devido à hipertonia dos músculos.

Hipersensibilidade: aumento da sensibilidade.

Calor: temperatura elevada.

Atrofia muscular: diminuição do tecido muscular, evidenciado como ausência de plenitude.

Edema: acúmulo de líquido nos tecidos nas cavidades corpóreas, proveniente dos vasos sanguíneos. Forma-se a partir do aumento da pressão exercida pela água (pressão hidrostática) no interior dos vasos ou sua diminuição no exterior; diminuição das proteínas no plasma ou seu aumento no líquido intersticial; aumento da permeabilidade dos capilares.

Tumefação: deve-se a uma quantidade excessiva de líquido articular (derrame), ao espessamento do revestimento sinovial, à inflamação dos tecidos moles circundantes (bolsas, tendões) ou ao aumento dos ossos.

Crepitação: é uma trituração ou ranger audível e palpável que acompanha o movimento.

Ocorre quando as superfícies articulares nas articulações são ásperas.

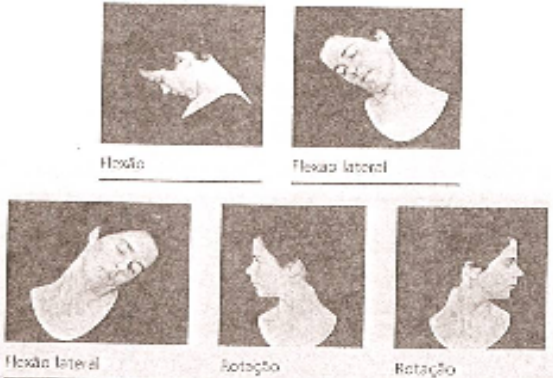
Nódulos: massa sólida, palpável, circunscrita, medindo, segundo alguns autores, entre 0,5 cm e 1 cm, e segundo outros, entre 1 cm e 3 cm. Pode envolver a epiderme, a derme e o subcutâneo ou apenas o subcutâneo. Pode muitas vezes ser mais palpável que visível.


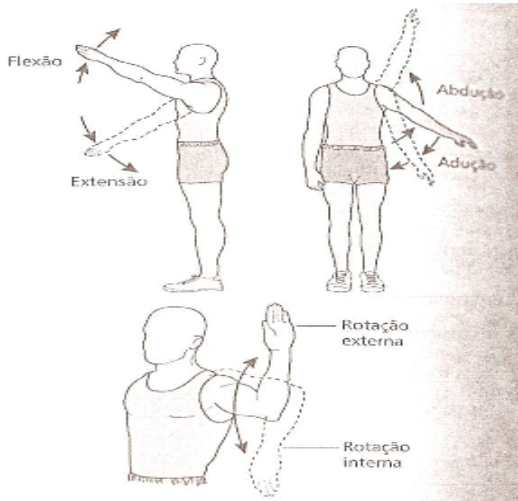
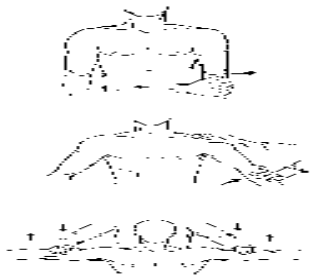
<p>CABEÇA E PESCOÇO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Palpar os processos espinhosos e os músculos esternomastóideo, trapézio e paravertebrais. - Registrar se há uma sensação de firmeza, sem espasmos ou hipersensibilidade muscular.
<p>OMBROS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Palpar ambos os ombros com o cliente em pé, de frente para o examinador. Se o cliente não puder ficar em pé, examinar sentado. - Iniciar a palpação ao nível da clavícula e explorar metodicamente a articulação acromioclavicular, a escápula, o tubérculo maior do úmero, a área da bolsa subacromial, o sulco bicipital e a superfície anterior da articulação glenoumeral. Palpar também a axila com formato de pirâmide. - Registrar se há normalidade ou anormalidades: espasmos, atrofia muscular, edema, calor dor. Se presente anormalidades, especificar o lado direito e/ou esquerdo.

COTOVELOS	<ul style="list-style-type: none"> - Palpar com o cotovelo em cerca de 70 graus de flexão e o mais relaxado possível. - Utilizar sua mão esquerda para apoiar o antebraço esquerdo do cliente e palpar a superfície extensora do cotovelo, o olecrânio e os epicôndilos medial e lateral do úmero com seu polegar e dedos direitos. - Palpar, com seu polegar no sulco lateral e seus dedos indicador e médio no sulco medial, ambos os lados do olecrânio, exercendo uma pressão variável. Os tecidos e os coxins adiposos normalmente presentes transmitem uma sensação razoavelmente sólida. - Registrar normalidade ou anormalidades: espessamento sinovial, tumefação, nódulos, hipersensibilidade. Em caso de anormalidades, especificar lado direito e/ou esquerdo.
PUNHOS, MÃOS E DEDOS	<ul style="list-style-type: none"> - Palpar cada articulação no punho e nas mãos. - Ficar de frente para o cliente, apoiar a mão com seus dedos debaixo da mão do cliente e palpar o punho firmemente com seus dois polegares colocados em seu dorso. Certificar-se de que o punho do cliente está relaxado e com alinhamento retilíneo. Movimentar seus polegares que estão executando a palpação de um lado para o outro, a fim de identificar as áreas deprimidas normais existentes acima do espaço articular. Aplicar uma pressão delicada, porém firme. - Palpar as articulações metacarpofalangeanas com seus polegares, imediatamente abaixo e de ambos os lados do nó dos dedos. - Utilizar seu polegar e dedo indicador em um movimento de pinça, para palpar os lados das articulações interfalangeanas. - Registrar normalidade ou anormalidades: tumefação, depressão, nódulos, hipersensibilidade. Se anormalidades presentes, especificar local: punho, mão, dedos e lado: direito ou esquerdo.
QUADRIL	<ul style="list-style-type: none"> - Palpar as articulações do quadril com o cliente na posição dorsal. - Registrar normalidade: estável e simétrica ou anormalidades: hipersensibilidade, crepitação e lado direito e/ou esquerdo.

<p style="text-align: center;">JOELHOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Palpar o joelho com o cliente em decúbito com relaxamento completo do músculo do quadríceps. - Iniciar a palpação na parte alta da superfície anterior da coxa, cerca de 1cm acima da patela. - Palpar com seu polegar e dedos esquerdos de conformidade com uma manobra compressiva. - Prosseguir na direção do joelho, explorando a região da bolsa suprapatelar. - Observar a consistência dos tecidos. Os músculos e os tecidos moles devem parecer sólidos e a articulação mostrar-se lisa. - registrar normalidade ou anormalidades: calor, hipersensibilidade, nodularidade, edema, tumefação. Na presença de anormalidades, especificar lado direito e/ou esquerdo.
<p style="text-align: center;">TORNOZELOS, PÉS E DEDOS DOS PÉS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar o tornozelo, segurando o calcanhar com seus dedos, enquanto palpa com seus polegares. - Explorar os espaços articulares. - Palpar as articulações metarsofalangeanas entre seu polegar no dorso e seus dedos na superfície plantar. - Registrar normalidade ou anormalidades: tumefação, hipersensibilidade. Se anormalidades presentes, especificar lado direito e/ou esquerdo.

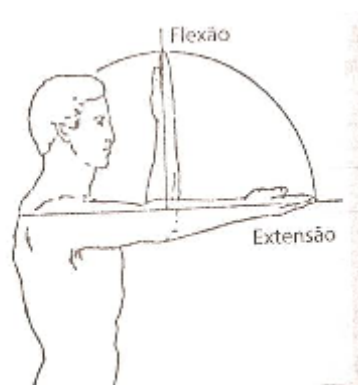
12.5. Amplitude do movimento:

<p>Cabeça e pescoço</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexão: encostar o queixo no peito. - Extensão: retornar a cabeça para posição ereta. - Flexão lateral: encostar cada orelha na direção do ombro correspondente. Não erguer o ombro. - Rotação: girar o queixo para cada ombro. - Repetir os movimentos, enquanto aplica uma força oponente. 	 <p>The diagram shows five photographs of a person's head and neck demonstrating different movements. The top row shows 'Flexão' (flexion) where the chin is tucked towards the chest, and 'Flexão lateral' (lateral flexion) where the head is tilted to the side. The bottom row shows 'Flexão lateral' (lateral flexion) from a different angle, and two 'Rotação' (rotation) images showing the head turned to the left and right.</p>
--	--

	
<p>Ombros:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexão: começar com um braço e erguê-lo acima da cabeça. - Extensão: retornar o braço para a posição inicial no lado do corpo. <p>Abdução: começar com um braço e movê-lo lateralmente para uma posição ereta acima da cabeça.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adução: abaixar o braço para a posição original e movê-lo sobre o corpo até onde for possível. <p>Rotação interna e externa: erguer o braço até que sua parte superior interna esteja alinhada com o ombro. Flexionar o cotovelo a um ângulo de 90° e mover o antebraço para cima e para baixo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Testar a força dos músculos dos ombros pedindo para o cliente encolher os ombros. Realizar uma flexão para diante e para cima e uma abdução contra sua resistência. - Repetir movimentos com o outro ombro. 	 

Cotovelos:

- Flexão: dobrar o cotovelo e mover a parte inferior do braço e a mão para cima em direção do ombro.
- Extensão: retornar a parte inferior do braço e a mão para a posição original enquanto endireita o cotovelo.
- Pedir para o cliente flexionar o cotovelo contra sua resistência aplicada imediatamente acima do punho. A seguir, pedir que ele realize a extensão do cotovelo contra sua resistência.
- Repetir movimentos com o outro cotovelo.



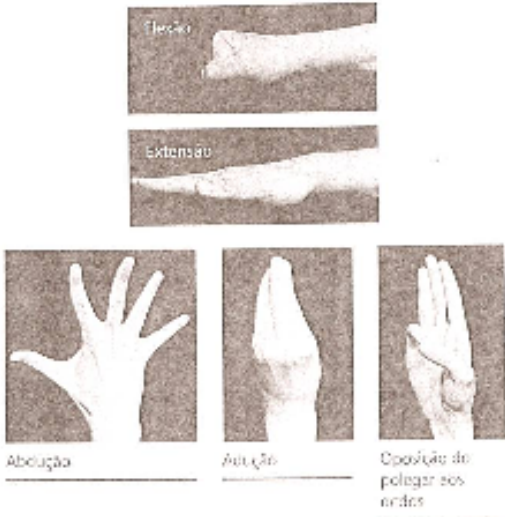


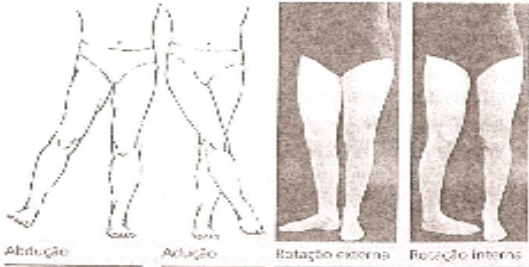
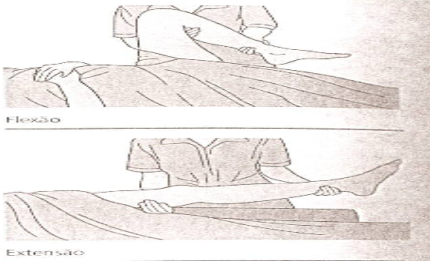
Punhos e mãos:

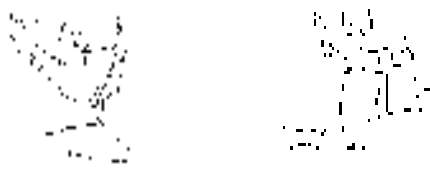
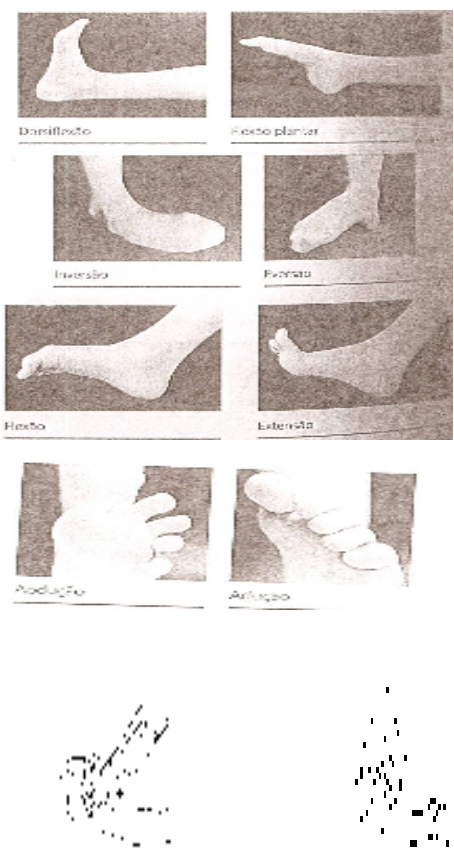
- Supinação: rodar a parte inferior do braço e a mão de modo que a palma esteja virada para cima.
- Pronação: rodar a parte inferior do braço de modo que a palma esteja virada para baixo.
- Flexão: mover a mão para baixo em direção ao aspecto interior do antebraço.
- Extensão: retornar a mão para a posição neutra, ao nível do antebraço.
- Hiperxtensão: mover a porção dorsal (superior) da mão para trás até onde for possível.



Dedos:

- Flexão: dobrar os dedos para cerrar o punho.
- Extensão: endireitar os dedos.
- Abdução: distender bem os dedos.

<ul style="list-style-type: none"> - Adução: retornar os dedos até que estejam juntos novamente. - Oposição do polegar aos dedos: tocar o polegar com cada dedo da mão. - Posicionar o antebraço do cliente supinado (palma para cima) e apoiado sobre uma mesa. Estabilizar, mantendo sua mão ao nível da parte média do antebraço do cliente. Pedir para que ele flexione o punho contra sua resistência aplicada na palma. - Repetir movimentos com o outro punho, mão e dedos. 	 
<p>Quadril:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexão: com as pernas estendidas, levantar - Extensão: retornar a perna para a posição original próxima à outra perna. - Abdução: levantar a perna lateralmente afastando do corpo. - Adução: retornar a perna em direção da outra perna e levantá-la acima desta, se for possível. - Rotação interna: virar o pé e a perna em direção à outra perna. - Rotação externa: afastar o pé e a perna da outra perna. 	 
<p>Joelhos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexão: dobrar a perna, aproximando o calcanhar da parte posterior desta. - Extensão: retornar a perna para a posição ereta. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Pedir para o cliente manter a flexão do joelho enquanto você se opõe, tentando empurrar a perna para a frente. - Repetir movimentos com o outro joelho. 	
<p>Tornozelos, pés:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorsiflexão: mover o pé para cima e para trás, até que os dedos estejam na vertical. - Flexão plantar: mover o pé para cima e para trás, até que os dedos estejam na vertical. - Inversão: girar a planta do pé em direção ao meio. - Eversão: girar a planta do pé para fora. <p>Dedos dos pés:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flexão: dobrar os dedos para baixo. - Extensão: endireitar os dedos. - Abdução: abrir bem os dedos. - Adução: juntar os dedos. - Determinar a força muscular, pedindo ao cliente que mantenha a dorsiflexão e a flexão plantar contra sua resistência. - Repetir os movimentos com o outro tornozelo, pé e dedos. 	

- Graduação da força muscular:

0. Nenhuma contração

1. Ligeira contração

2. Amplitude do movimento plena com eliminação da gravidade (movimentação passiva)

3. Amplitude do movimento plena com a gravidade

4. Amplitude do movimento plena contra a gravidade, alguma resistência

5. Amplitude do movimento plena contra a gravidade, resistência plena

OBS.: Anotar a graduação da força muscular para cada parte do corpo.

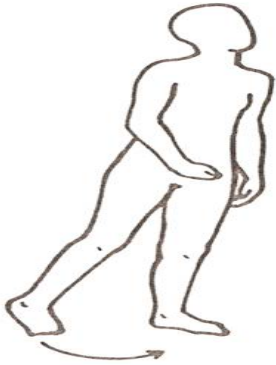
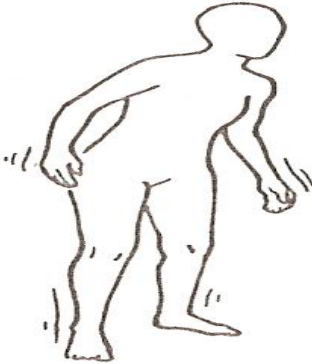
12.6. Movimentação e transferência:

OBS.1.: Pedir para o cliente mover-se de uma posição para outra de acordo com a solicitação do instrumento.

OBS.2.: Verificar se o cliente tem dificuldade de transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama, de acordo com a Escla de Barthel.

12.7. Marcha, postura e equilíbrio:

- Se o cliente não conseguir ficar em pé e caminhar, pular para o item 14.8.
- Se o cliente utilizar auxílio para caminhar, registrar tipo de auxílio.
- Observar a caminhada do cliente de 3 a 6 metros. Pedir para ele virar e retornar ao ponto de partida. Observar se a marcha é anormal:

MARCHAS ANORMAIS:	
<p>Hemiparesia espástica: o braço fica imóvel contra o corpo, com flexão do ombro, cotovelo, pulso, dedos da mão e adução do ombro. A perna fica rígida e estendida e faz uma circundação a cada passo (arrasta os dedos num semicírculo).</p>	
<p>Ataxia cerebelar: marcha cambaleante e de base ampla. Dificuldade de se virar. Movimento descoordenado com sinal de Romberg positivo.</p>	

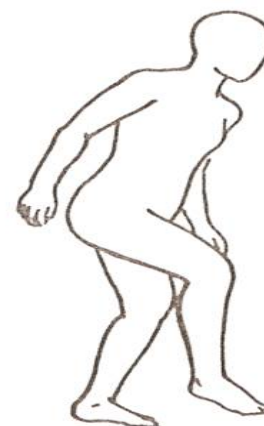
Parkinsoniana: a postura é inclinada para a frente. Tronco lançado para a frente. Cotovelos, quadris e joelhos estão flexionados. Os passos são curtos e arrastados. Hesitação ao começar a andar e dificuldade de parar subitamente. A pessoa mantém o corpo rígido. Caminha e gira o corpo como uma unidade fixa. Dificuldade em qualquer mudança de direção.



Tesoura: os joelhos se cruzam ou entram em contato, como ao segurar uma laranja entre as coxas. A pessoa usa passos curtos e o caminhar exige esforço.



Escavante ou com queda do pé: qualidade de bater os pés. Parece que a pessoa está subindo uma escada e não encontra mais nenhum degrau. Levanta o joelho e o pé bem alto e bate com ele com força, bem achatado, para compensar a queda do pé.



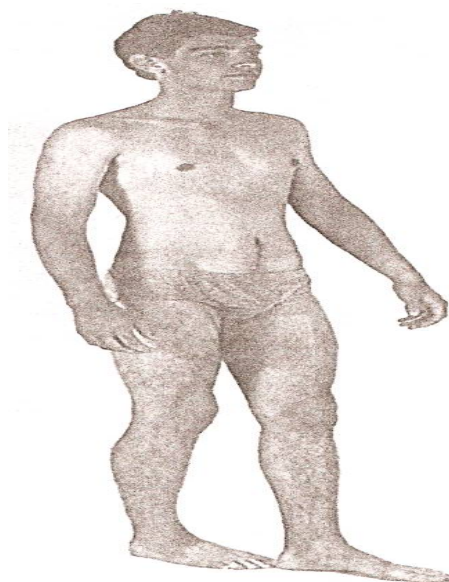
Anseriana: músculos do quadril fracos. Quando a pessoa dá um passo o quadril oposto cai, o que acarreta um movimento lateral compensatório da pelve. Muitas vezes, a pessoa apresenta igualmente lordose lombar acentuada e protusão do abdome.



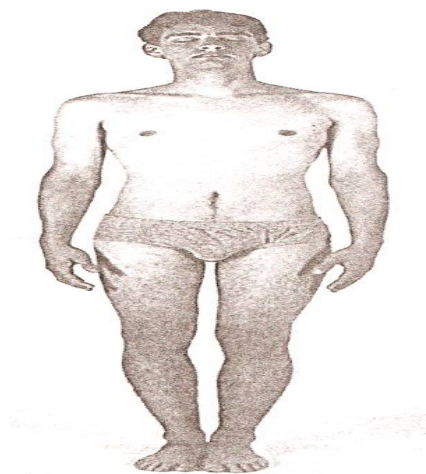
Perna curta: discrepância no comprimento das pernas $>2,5\text{cm}$. Movimento vertical em telescópio do lado afetado, que mergulha quando a pessoa caminha. A aparência da marcha varia dependendo do grau da disfunção muscular associada.



- Pedir para o cliente caminhar em linha reta com um pé atrás do outro. Observar se há equilíbrio ou desequilíbrio.



- Realizar teste de Romberg: Pedir para o cliente ficar em pé com os pés juntos e os braços dos lados. Pedir para fechar os olhos e manter a posição. Esperar cerca de vinte segundos. Observar se há equilíbrio ou desequilíbrio.



- Pedir para o cliente saltar em um pé só com uma perna e depois com a outra.



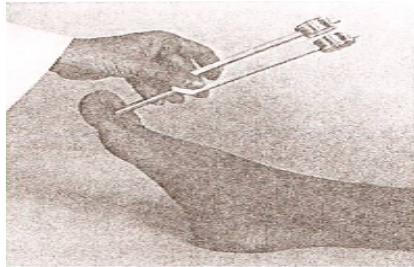




- Realizar teste do dedo-nariz: pedir para o cliente fechar os olhos e estender os braços. Pedir para ele tocar a ponta do próprio nariz em cada dedo indicador, alternando as mãos e aumentando a velocidade.




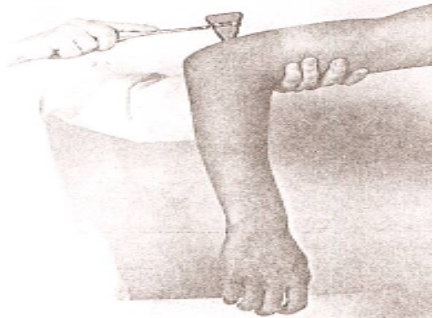
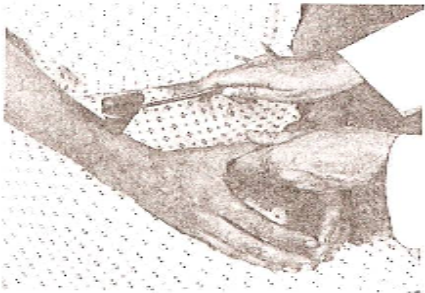
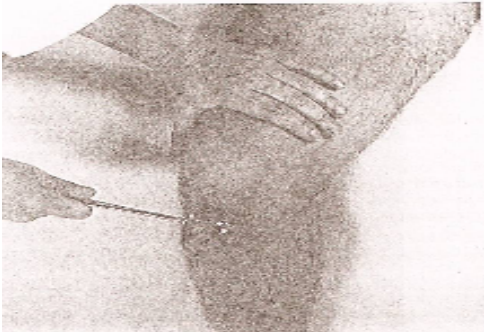
- Pedir para o cliente andar em auge e declive. Observar se consegue andar nos dois.
- Pedir para o cliente subir escadas e classificar de acordo com a Escala de Barthel.


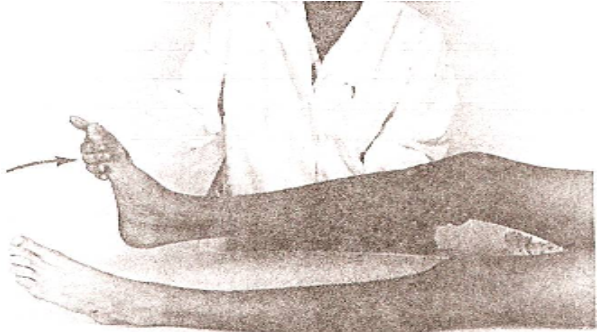
12.8. Sensibilidade:

<p>Dor: a dor é testada pela capacidade do cliente perceber uma picada. Aplicar de leve uma ponta afilada ou a extremidade romba. Pedir para a pessoa dizer “afilada” ou “romba”, dependendo da sensação experimentada.</p>	
<p>Temperatura: só testar se a sensação de dor tiver anormal. Testar com água quente e água fria, revesando. Pedir para o cliente dizer que temperatura é sentida.</p>	
<p>Tato leve: aplicar na pele um chumaço de algodão, nos braços, antebraços, mão, coxas, pernas e pés. Pedir para o cliente falar quando sentir o contato. Comparar pontos simétricos.</p>	
<p>Vibração: testar a capacidade do cliente de sentir as vibrações de um diapasão sobre proeminências ósseas. Bater o diapasão na palma da mão e segurar a base sobre uma superfície óssea dos dedos e do primeiro artelho. Pedir ao cliente para indicar quando a sensação se inicia e cessa.</p>	
<p>Cinestesia: testar a capacidade do cliente de perceber movimentos passivos das extremidades. Mover o dedo da mão para cima e para baixo e pedir para o cliente dizer em que direção ele moveu. Fazer o teste com os olhos fechados. Segurar o dedo lateralmente.</p>	
<p>Estereognosia: testar a capacidade do cliente de reconhecer objetos ao sentir sua forma, tamanho e peso. Com os olhos do cliente fechados, colocar uma moeda ou chave na mão dele e pedir para que ele identifique.</p>	

<p>Extinção: tocar ambos os lados do corpo simultaneamente no mesmo ponto. Pedir ao cliente para dizer quantas sensações são percebidas e onde elas estão. Normalmente são percebidas ambas as sensações.</p>	
<p>Localização de um ponto: tocar a pele e retirar prontamente o estímulo. Dizer ao cliente para colocar o dedo dele onde você tocou.</p>	

12.9. Reflexos:

<p>Bicipital: apoiar o antebraço do cliente no seu. Colocar seu polegar sobre o tendão do bíceps e dar uma martelada em seu polegar. Normal: contração do músculo bíceps e a flexão do antebraço.</p>	
<p>Tricipital: pedir para o cliente deixar o braço como “morto” enquanto você o suspende, segurando-o pelo antebraço. Golpear o tendão do tríceps imediatamente acima do cotovelo. Normal: extensão do antebraço.</p>	
<p>Braquiorradial: segurar os polegares do cliente e suspender o antebraço relaxado. Golpear o antebraço diretamente, cerca de 2 a 3 cm acima do processo estilóide radial. Normal: flexão e supinação do antebraço.</p>	
<p>Patelar: deixar a parte inferior das pernas do cliente pender livremente, para flexionar o joelho e distender os tendões. Golpear o tendão diretamente, logo abaixo da patela. Normal: a extensão da parte inferior da perna. Você palpará também a contração do quadríceps.</p>	

<p>Aquileu: posicionar o cliente com o joelho flexionado e o quadril em rotação externa. Manter o pé em dorsiflexão e golpear o tendão de aquiles. Normal: planta do pé se flexiona contra a sua mão.</p>	 A close-up photograph showing a person's foot with the heel flexed. A hand is positioned to strike the Achilles tendon, and another hand is placed on the sole of the foot to observe its reflexive flexion.
<p>Clônus: apoiar a parte inferior da perna com uma das mãos. Com sua outra mão, mover o pé para cima e para baixo algumas vezes, para relaxar o músculo. Distender então o músculo por uma rápida dorsiflexão do pé. Manter a extensão. Normal: quando você não sente nenhum movimento adicional. Clônus: movimento muscular reflexo repetido.</p>	 A photograph of a person's leg from the knee down. A hand is supporting the lower leg from underneath, while another hand is holding the foot and moving it up and down to test for clonus.

12.10. Habilidades motoras finas:

- Testar a habilidade motora fina seguindo itens do instrumento.

13. Escala de Barthel

- Contar a pontuação total da Escala de Barthel.

APÊNDICE C - Dados significativos para os diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício

Diagnóstico: Intolerância à atividade

Apresenta como características definidoras:

- Alterações eletrocardiográficas refletindo arritmias: () presente () ausente
- Alterações eletrocardiográficas refletindo isquemia: () presente () ausente
- Desconforto aos esforços: () presente () ausente
- Dispnéia aos esforços: () presente () ausente
- Relato verbal de fadiga ou fraqueza: () presente () ausente
- Relato verbal de fraqueza: () presente () ausente
- Resposta anormal da frequência cardíaca à atividade: () presente () ausente
- Resposta anormal da pressão sanguínea à atividade: () presente () ausente

Diagnóstico: Intolerância à atividade () presente () ausente

Diagnóstico: Fadiga

Apresenta como características definidoras:

- Aumento das necessidades de repouso: () presente () ausente
- Aumento das queixas físicas: () presente () ausente
- Cansaço: () presente () ausente
- Concentração comprometida: () presente () ausente
- Desatento: () presente () ausente
- Desempenho diminuído: () presente () ausente
- Desinteresse quanto ao ambiente que o cerca: () presente () ausente
- Falta de energia: () presente () ausente
- Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física: () presente () ausente
- Incapacidade de restaurar energias após o sono: () presente () ausente
- Introspecção: () presente () ausente
- Letárgico: () presente () ausente
- Libido comprometida: () presente () ausente
- Necessidade percebida de energia adicional para realizar tarefas de rotina:
() presente () ausente
- Sentimentos de culpa por não cumprir suas responsabilidades:
() presente () ausente

- Sonolento: () presente () ausente
- Verbalização de uma constante falta de energia: () presente () ausente
- Verbalização de uma opressiva falta de energia: () presente () ausente

Diagnóstico: Fadiga () presente () ausente

Diagnóstico: Mobilidade no leito prejudicada

Apresenta como características definidoras:

- Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro: () presente () ausente
- Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de mover-se da posição sentada para a posição supina:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de esquivar-se ou reposicionar-se na cama:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a prona:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de mover-se da posição prona para a supina:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada com as pernas alongadas: () presente () ausente
- Capacidade prejudicada de mover-se da posição sentada com as pernas alongadas para a posição supina: () presente () ausente

Diagnóstico: Mobilidade no leito prejudicada () presente () ausente

Diagnóstico: Mobilidade física prejudicada

Apresenta como características definidoras:

- Instabilidade postural: () presente () ausente
- Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas:
() presente () ausente
- Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas:
() presente () ausente
- Movimentos não-coordenados: () presente () ausente
- Amplitude limitada de movimento: () presente () ausente
- Dificuldade para virar-se: () presente () ausente

- Mudanças na marcha: () presente () ausente
- Tempo de reação diminuído: () presente () ausente
- Dispnéia ao esforço: () presente () ausente
- Engaja-se em substituições de movimentos: () presente () ausente
- Movimentos lentos: () presente () ausente
- Tremor induzido pelo movimento: () presente () ausente
- Movimentos descontrolados: () presente () ausente

Diagnóstico: Mobilidade física prejudicada () presente () ausente

Diagnóstico: Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada

Apresenta como características definidoras:

- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual sobre superfície regular:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual sobre superfície irregular:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em um aclave:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em um declive:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas manual em meio-fio:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada sobre superfície regular:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada sobre superfície irregular:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em um aclave:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em um declive:
() presente () ausente
- Capacidade prejudicada de operar cadeira de rodas motorizada em meio-fio:
() presente () ausente

Diagnóstico: Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada () presente () ausente

Diagnóstico: Capacidade de transferência prejudicada

Apresenta como características definidoras:

- Incapacidade de transferir-se da cama para a cadeira: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se da cadeira para a cama: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se para ou do vaso sanitário: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se para ou da cadeira higiênica: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se para dentro ou para fora da banheira:
() presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se para dentro ou para fora do chuveiro:
() presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se entre superfícies de níveis diferentes:
() presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se da cadeira para o carro: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se do carro para a cadeira: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se da cadeira para o chão: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se do chão para a cadeira: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se da posição em pé para o chão: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se do chão para a posição em pé: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se da cadeira para a posição em pé: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se da posição em pé para a cadeira: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se da cama para a posição em pé: () presente () ausente
- Incapacidade de transferir-se da posição em pé para a cama: () presente () ausente

Diagnóstico: Capacidade de transferência prejudicada () presente () ausente

Deambulação prejudicada

Apresenta como características definidoras:

- Capacidade prejudicada de subir escadas: () presente () ausente
- Capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias: () presente () ausente
- Capacidade prejudicada de andar em aclive: () presente () ausente
- Capacidade prejudicada de andar em declive: () presente () ausente
- Capacidade prejudicada de andar sobre superfícies irregulares: () presente () ausente
- Capacidade prejudicada de subir e descer de calçadas (meio-fio): () presente () ausente

Diagnóstico: Deambulação prejudicada () presente () ausente

Estilo de vida sedentário**Apresenta como características definidoras:**

- Escolhe uma rotina diária sem exercícios físicos: () presente () ausente
- Demonstra falta de condicionamento físico: () presente () ausente
- Verbaliza preferência por atividades com pouca atividade física: () presente () ausente

Diagnóstico: Estilo de vida sedentário () presente () ausente

APÊNDICE D – Fatores de risco ou Fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício

Diagnóstico: Risco de intolerância à atividade

Apresenta como Fatores de risco:

- Estado de não-condicionamento físico: () presente () ausente
- História prévia de intolerância: () presente () ausente
- Inexperiência com a atividade: () presente () ausente
- Presença de problemas circulatórios: () presente () ausente
- Presença de problemas respiratórios: () presente () ausente

Diagnóstico: Risco de intolerância à atividade () presente () ausente

Diagnóstico: Risco de síndrome do desuso

Apresenta como Fatores de risco:

- Dor intensa: () presente () ausente
- Imobilização mecânica: () presente () ausente
- Nível de consciência alterado: () presente () ausente
- Imobilização prescrita: () presente () ausente
- Paralisia: () presente () ausente

Diagnóstico: Risco de síndrome do desuso () presente () ausente

Diagnóstico: Risco de quedas

Apresenta como Fatores de risco:

- História de quedas: () presente () ausente
- Idade acima de 65 anos: () presente () ausente
- Morar sozinho: () presente () ausente
- Prótese de membro inferior: () presente () ausente
- Uso de cadeira de rodas: () presente () ausente
- Uso de dispositivos auxiliares: () presente () ausente
- Anemias: () presente () ausente
- Artrite: () presente () ausente
- Condições pós-operatórias: () presente () ausente
- Déficits proprioceptivos: () presente () ausente
- Diarréia: () presente () ausente

- Dificuldade na marcha: () presente () ausente
- Dificuldades auditivas: () presente () ausente
- Dificuldades visuais: () presente () ausente
- Doença vascular: () presente () ausente
- Equilíbrio prejudicado: () presente () ausente
- Falta de sono: () presente () ausente
- Força diminuída nas extremidades inferiores: () presente () ausente
- Hipotensão ortostática: () presente () ausente
- Incontinência: () presente () ausente
- Mobilidade física prejudicada: () presente () ausente
- Mudança na taxa de açúcar após as refeições: () presente () ausente
- Neoplasias: () presente () ausente
- Neuropatia: () presente () ausente
- Presença de doença aguda: () presente () ausente
- Problemas nos pés: () presente () ausente
- Urgência: () presente () ausente
- Vertigem ao estender o pescoço: () presente () ausente
- Vertigem ao virar o pescoço: () presente () ausente
- Estado mental rebaixado: () presente () ausente
- Agentes ansiolíticos: () presente () ausente
- Agentes anti-hipertensivos: () presente () ausente
- Antidepressivos tricíclicos: () presente () ausente
- Diuréticos: () presente () ausente
- Hipnóticos: () presente () ausente
- Inibidores da Eca: () presente () ausente
- Narcóticos: () presente () ausente
- Tranquilizantes: () presente () ausente
- Uso de álcool: () presente () ausente
- Ambiente com móveis e objetos em excesso: () presente () ausente
- Ausência de material antiderrapante na banheira: () presente () ausente
- Ausência de material antiderrapante no box do chuveiro: () presente () ausente
- Condições climáticas (pisos molhados, gelo): () presente () ausente
- Imobilização: () presente () ausente
- Pouca iluminação: () presente () ausente

- Quarto não-familiar: () presente () ausente
- Tapetes espalhados pelo chão: () presente () ausente

Diagnóstico: Risco de queda () presente () ausente

Diagnóstico: Intolerância à atividade

Fatores relacionados:

- Estilo de vida sedentário: () presente () ausente
- Desequilíbrio entre a demanda e a oferta de oxigênio: () presente () ausente
- Fraqueza generalizada: () presente () ausente
- Imobilidade: () presente () ausente
- Repouso no leito: () presente () ausente

Diagnóstico: Fadiga

Fatores relacionados:

- Ansiedade: () presente () ausente
- Depressão: () presente () ausente
- Estilo de vida enfadonho: () presente () ausente
- Estresse: () presente () ausente
- Barulho: () presente () ausente
- Luzes: () presente () ausente
- Temperatura: () presente () ausente
- Umidade: () presente () ausente
- Eventos negativos na vida: () presente () ausente
- Ocupação: () presente () ausente
- Anemia: () presente () ausente
- Condição física debilitada: () presente () ausente
- Esforço físico aumentado: () presente () ausente
- Estados de doença: () presente () ausente
- Gravidez: () presente () ausente
- Má nutrição: () presente () ausente
- Privação de sono: () presente () ausente

Diagnóstico: Mobilidade no leito prejudicada

Fatores relacionados:

- Conhecimento deficiente: () presente () ausente
- Descondicionamento: () presente () ausente
- Dor: () presente () ausente
- Força muscular insuficiente: () presente () ausente
- Limites ambientais: () presente () ausente
- Medicamentos sedativos: () presente () ausente
- Obesidade: () presente () ausente
- Prejuízo cognitivo: () presente () ausente
- Prejuízo musculoesquelético: () presente () ausente
- Prejuízo neuromuscular: () presente () ausente

Diagnóstico: Mobilidade física prejudicada

Fatores relacionados:

- Ansiedade: () presente () ausente
- Atraso de desenvolvimento: () presente () ausente
- Conhecimento deficiente quanto ao valor da atividade física: () presente () ausente
- Contraturas: () presente () ausente
- Controle muscular diminuído: () presente () ausente
- Crenças culturais em relação à atividade apropriada para idade: () presente () ausente
- Descondicionamento: () presente () ausente
- Desconforto: () presente () ausente
- Desnutrição: () presente () ausente
- Desuso: () presente () ausente
- Diminuição da massa muscular: () presente () ausente
- Dor: () presente () ausente
- Enrijecimento das articulações: () presente () ausente
- Estado de espírito depressivo: () presente () ausente
- Estilo de vida sedentário: () presente () ausente
- Falta de suporte socioambiental: () presente () ausente
- Força muscular diminuída: () presente () ausente
- Índice de Massa Corporal acima dos 75% apropriados para a idade:
() presente () ausente

- Intolerância à atividade: () presente () ausente
- Medicamentos: () presente () ausente
- Metabolismo celular alterado: () presente () ausente
- Perda da integridade de estruturas ósseas: () presente () ausente
- Prejuízo cognitivo: () presente () ausente
- Prejuízos musculoesqueléticos: () presente () ausente
- Prejuízos neuromusculares: () presente () ausente
- Prejuízos sensorio-perceptivos: () presente () ausente
- Relutância em iniciar o movimento: () presente () ausente
- Resistência cardiovascular limitada: () presente () ausente
- Resistência diminuída: () presente () ausente
- Restrições prescritas de movimento: () presente () ausente

Diagnóstico: Mobilidade com cadeira de rodas prejudicada

Fatores relacionados:

- Conhecimento deficiente: () presente () ausente
- Descondicionamento: () presente () ausente
- Dor: () presente () ausente
- Força muscular insuficiente: () presente () ausente
- Humor depressivo: () presente () ausente
- Limites ambientais: () presente () ausente
- Obesidade: () presente () ausente
- Prejuízo cognitivo: () presente () ausente
- Prejuízo musculoesquelético: () presente () ausente
- Prejuízo neuromuscular: () presente () ausente
- Resistência limitada: () presente () ausente
- Visão prejudicada: () presente () ausente

Diagnóstico: Capacidade de transferência prejudicada

Fatores relacionados:

- Descondicionamento: () presente () ausente
- Dor: () presente () ausente
- Equilíbrio prejudicado: () presente () ausente
- Falta de conhecimento: () presente () ausente

- Força muscular insuficiente: () presente () ausente
- Limitações ambientais: () presente () ausente
- Prejuízo cognitivo: () presente () ausente
- Prejuízo musculoesquelético: () presente () ausente
- Prejuízo neuromuscular: () presente () ausente
- Visão prejudicada: () presente () ausente

Deambulação prejudicada

Fatores relacionados:

- Capacidade de resistência limitada: () presente () ausente
- Descondicionamento: () presente () ausente
- Dor: () presente () ausente
- Equilíbrio prejudicado: () presente () ausente
- Falta de conhecimento: () presente () ausente
- Força muscular insuficiente: () presente () ausente
- Humor deprimido: () presente () ausente
- Limitações ambientais: () presente () ausente
- Medo de cair: () presente () ausente
- Obesidade: () presente () ausente
- Prejuízo cognitivo: () presente () ausente
- Prejuízo musculoesquelético: () presente () ausente
- Prejuízo neuromuscular: () presente () ausente
- Visão prejudicada: () presente () ausente

Estilo de vida sedentário

Fatores relacionados:

- Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde:
() presente () ausente
- Falta de interesse: () presente () ausente
- Falta de motivação: () presente () ausente
- Falta de recursos: () presente () ausente
- Falta de treino para fazer o exercício físico: () presente () ausente

APÊNDICE E - Termo de consentimento livre e esclarecido- para os clientes

O acidente vascular encefálico é uma doença que geralmente leva o indivíduo a ter incapacidades. A pessoa com essa doença pode ter dificuldade para falar, comer, cuidar de si mesma e andar, além de outras que também são importantes. Por estes motivos, estamos interessadas em realizar um estudo com essas pessoas. O título do trabalho será Análise dos diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício em clientes com acidente vascular encefálico. Estamos lhe convidando para que possa nos ajudar dando as informações sobre sua pessoa, sobre a forma com que o derrame aconteceu e se o derrame causou alguma alteração na sua vida. Caso aceite, alguns alunos de enfermagem e eu que sou mestrandia de enfermagem, sob orientação da professora Thelma Leite de Araujo, faremos uma entrevista. A nossa conversa durará mais ou menos uma hora. Acreditamos que este trabalho possa contribuir para que seu atendimento na associação seja feito da melhor maneira possível.

Damos a garantia de que nossa entrevista não tem risco e de que as informações que estamos obtendo serão usadas apenas para a realização da pesquisa. Também lhe asseguramos que a qualquer momento poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para suas consultas. Finalmente, lhe informamos que, quando apresentarmos os resultados, não usaremos seu nome e nem daremos nenhuma informação que possa identificá-lo(a).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará poderá ser consultado sobre o estudo pelo telefone (85) 3366 8438. Caso precise entrar em contato conosco (eu e minha orientadora), informamos-lhe nosso nome e endereço:

Rafaella Pessoa Moreira

Thelma Leite de Araujo

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Telefone: (85) 3366-8459

thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após convenientemente esclarecida pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

_____ Assinatura da participante
 _____ Assinatura da testemunha
 _____ Assinatura de quem recebeu o Termo
 _____ Assinatura do pesquisador



Digitais caso não
assine

Termo de consentimento livre e esclarecido – cuidadores/familiares

O acidente vascular encefálico é uma doença que geralmente leva o indivíduo a ter incapacidades. A pessoa com essa doença pode ter dificuldade para falar, comer, cuidar de si mesma e andar, além de outras que também são importantes. Por estes motivos, estamos interessadas em realizar um estudo com essas pessoas. O título do trabalho será Análise dos diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício em clientes com acidente vascular encefálico. Como sabemos que nem todas as pessoas podem falar após o derrame precisamos conversar com as pessoas que cuidam delas e que conhecem o que lhe aconteceu e como está neste momento. Estamos lhe convidando para que possa nos ajudar dando as informações sobre a pessoa de quem você cuida em relação ao acidente vascular encefálico que ele(a) teve. Caso aceite, alguns alunos de enfermagem e eu que sou mestrandia de enfermagem, sob orientação da professora Thelma Leite de Araujo, faremos uma entrevista. Nossa conversa durará mais ou menos uma hora. Acreditamos que este trabalho possa contribuir para que o seu atendimento na associação seja feito da melhor maneira possível.

Damos a garantia de que nossa entrevista não tem risco e de que as informações que estamos obtendo serão usadas apenas para a realização da pesquisa. Também lhe asseguramos que a qualquer momento poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para as consultas do cliente. Finalmente, lhe informamos que, quando apresentarmos os resultados, não usaremos o nome do cliente e nem daremos nenhuma informação que possa identificá-lo(a).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará poderá ser consultado sobre o estudo pelo telefone (85) 3366 8438. Caso precise entrar em contato conosco (eu e minha orientadora), informamos-lhe nosso nome e endereço:

Rafaella Pessoa Moreira
 Thelma Leite de Araujo
 Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
 Rua Alexandre Baraúna, 1115. Telefone: (85) 3366-8459
thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após convenientemente esclarecida pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

_____ Assinatura da participante

_____ Assinatura da testemunha

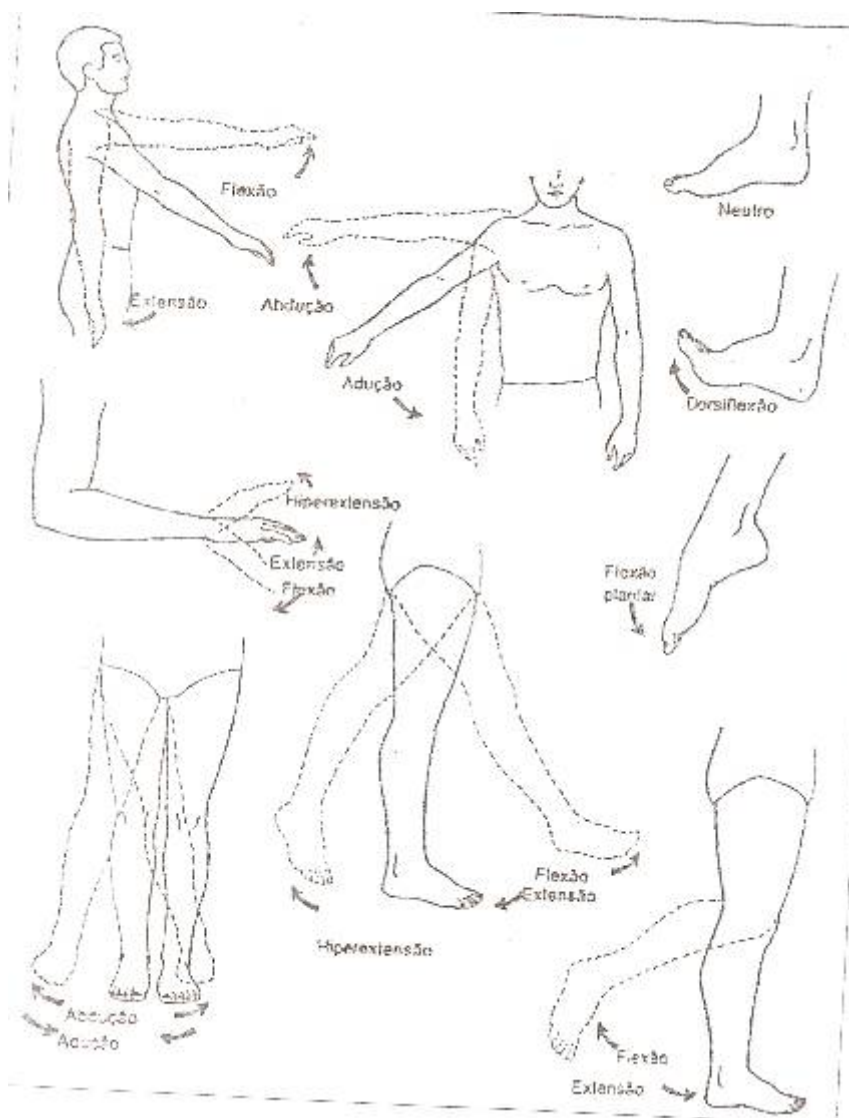
_____ Assinatura de quem recebeu o Termo

_____ Assinatura do pesquisador



Digitais caso não
assine

ANEXOS

ANEXO A - Principais tipos de amplitude de movimento

Fonte: Hood (1995).

Definição de termos: amplitude de movimento

Definições (SMELTZER; BARE, 2005c)

Abdução: movimento distanciando-se da linha média do corpo

Adução: movimento em direção à linha média do corpo

Flexão: inclinação de uma articulação tal que o ângulo da articulação diminui

Extensão: o retorno do movimento decorrente da flexão; o ângulo da articulação é aumentado

Rotação: ato de virar ou movimentar uma parte em torno de seu próprio eixo. Interna: vira para dentro, em direção ao centro. Externa: vira para fora distante do centro

Dorsiflexão: movimento que flexiona ou inclina a mão para trás, em direção ao corpo, ou o pé em direção à perna

Flexão palmar: movimento que flete ou inclina a mão em direção à palma

Flexão plantar: movimento que flete ou inclina o pé em direção à sola

Pronação: rotação do antebraço de forma que a palma da mão fica para baixo

Supinação: rotação do antebraço de modo que a palma da mão fica para cima

Oposição: toque do polegar em cada ponta do dedo da mesma mão

Inversão: movimento que vira a sola do pé para dentro

Eversão: movimento que vira a sola do pé para fora

ANEXO B

Avaliação dos reflexos tendinosos profundos

Durante o exame neurológico, avalie os reflexos tendinosos profundos do cliente. Teste os reflexos do bíceps, do tríceps, do braquiorradial, do patelar ou do quadríceps e o reflexo do tendão-de-aquiles.

Reflexo bicipital

Posicione o braço do cliente de modo que o cotovelo seja flexionado em ângulo de 45° e o braço fique relaxado. Coloque o seu polegar ou dedo indicador sobre o tendão do bíceps e os outros dedos frouxamente sobre o tríceps. Percuta o seu dedo com a extremidade pontiaguda da maneta de reflexos, observando e tentando sentir a contração do músculo bíceps e a flexão do antebraço.



Reflexo do tríceps

Peça para o cliente aduzir o braço e colocar o antebraço sobre o tórax. Percuta o tendão do tríceps cerca de 5 cm acima do processo do olecrano, na superfície extensora da parte superior do braço. Observe a ocorrência de contração do músculo tríceps e a extensão do antebraço.



Reflexo braquiorradial

Peça para o cliente repousar a superfície ulnar da mão sobre o abdome ou colo, com o cotovelo parcialmente fletido. Percuta o rádio e observe a supinação da mão e a flexão do antebraço no cotovelo.



Reflexo patelar

Peça para o cliente sentar-se com as pernas livremente pendentes. Se não for possível sentar-se, flexione o joelho do cliente em ângulo de 45° e coloque a sua mão não-dominante atrás da mesma para apoio. Percuta o tendão patelar logo abaixo da patela e observe a ocorrência de contração do músculo quadríceps na coxa com extensão da perna.



Reflexo aquileu

Peça para o cliente fletir o pé. A seguir, apóie a superfície plantar. Percuta o tendão-de-aquiles e pesquise a flexão plantar do pé ao nível do tornozelo.



Fonte: Andris (2006).

ANEXO C - Índice de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
<p>Alimentação: 0 = Incapaz 5 = Precisa de ajuda para cortar os alimentos, espalhar a manteiga, ou requer modificação na dieta</p>	
<p>Banho: 0 = Dependente 5 = Independente (ou no chuveiro)</p>	
<p>Cuidados pessoais: 0 = Precisa de ajuda com cuidados pessoais 5 = Independente: face, cabelo, dentes, barba (instrumentos fornecidos)</p>	
<p>Capacidade de vestir-se: 0 = Dependente 5 = Precisa de ajuda, mas consegue vestir a metade sem ser ajudado 10 = Independente (incluindo botões, zíperes, laços ,etc.)</p>	
<p>Ritmo intestinal: 0 = Incontinente (ou precisa ser dado enemas) 5 = Ocasionalmente há defecação acidental 10 = Contigente</p>	
<p>Ritmo urinário: 0 = Incontinente, ou cateterizado e incapaz de urinar sozinho 5 = Ocasionalmente há micção acidental 10= Continência</p>	
<p>Uso do banheiro: 0 = Dependente 5 = Precisa de alguma ajuda, mas pode fazer alguma coisa sozinho 10 = Independente (entrar e sair, se vestir e limpar-se)</p>	

<p>Transporte (da cama para a cadeira e vice-versa):</p> <p>0 = Incapaz, não tem equilíbrio para sentar</p> <p>5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar</p> <p>10 = Pequena ajuda (verbal ou física)</p> <p>15 = Independente</p>	
<p>Mobilidade:</p> <p>0 = Imóvel ou < 50 jardas</p> <p>5 = Cadeira de rodas independente, incluindo cantos > 50 <u>jardas</u></p> <p>10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 jardas</p> <p>15 = Independente (mas pode usar um auxílio, ex: bengala) > 50 jardas</p>	
<p>Subir escadas:</p> <p>0 = Incapaz</p> <p>5 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda de suporte)</p> <p>10 = Independente</p>	
TOTAL (0-100)	

A interpretação sugerida é: 0-20: Dependência total; 21-60: Dependência severa; 61-90: Dependência moderada; 91-99: Dependência escassa; 100: Independência.

ANEXO D – Aceite do Comitê de Ética



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 861/07

Fortaleza, 14 de setembro de 2007

Protocolo COMEPE nº 211/07

Pesquisador responsável: Rafaela Pessoa Moreira

Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: "Análise dos diagnósticos de enfermagem da classe atividade/ exercício em clientes com acidente vascular encefálico"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 13 de setembro de 2007.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dr. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora do Comitê
de Ética em Pesquisa