

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

TAHISSA FROTA CAVALCANTE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES INTERNADOS POR  
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

FORTALEZA  
2008

TAHISSA FROTA CAVALCANTE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES INTERNADOS POR  
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

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.

Linha de pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo.

FORTALEZA  
2008

T364d Cavalcante, Tahissa Frota  
Diagnóstico de enfermagem em pacientes internados por acidente vascular encefálico / Tahissa Frota Cavalcante. – Fortaleza, 2008.  
95f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thelma Leite de Araújo  
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. Araújo, Thelma Leite de (orient.) II. Título.

CDD 610.73691

TAHISSA FROTA CAVALCANTE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES INTERNADOS POR  
ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

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.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

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

---

Profa. Dra. Viviane Martins da Silva  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Profa. Dra. Maira Di Ciero Miranda  
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, pelo amor sublime e pela presença marcante ao longo desta caminhada.

À minha família, pelo apoio e incentivo constantes.

Ao meu noivo Samuel, companheiro de todos os momentos. Pelo amor, incentivo e por ser um exemplo e fonte de inspiração contínua. Obrigada por me fazer tão feliz.

À professora Thelma, pela dedicação. A senhora é um exemplo para mim. Muito obrigada por todas as oportunidades oferecidas e por sempre acreditar nos meus potenciais.

Ao professor Marcos, pelas importantes contribuições para a consecução deste trabalho.

Às minhas queridas amigas da graduação, Rafaella, Nirla, Hérica e Niciane, pelos momentos de alegria e de tristeza e por compartilharem comigo a amizade. Com vocês aprendi o significado desta palavra.

A todos os componentes do Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular, pelo apoio. Em especial às amigas Viviane, Emília, Allyne, Rhanna, Flávia e Juliana Santiago, pela amizade, ajuda e aprendizado.

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

Aos meus queridos pacientes, pelos momentos compartilhados. A razão maior deste trabalho é ajudá-los. Obrigada.

## RESUMO

A identificação dos diagnósticos de enfermagem contribui para o planejamento das intervenções de enfermagem necessárias no intuito de prevenir e reduzir as incapacidades e recuperar a saúde. Objetivou-se analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular encefálico durante a hospitalização. Estudo transversal, realizado no período de outubro de 2007 a abril de 2008, com 91 pacientes com acidente vascular encefálico, internados na emergência de um hospital geral localizado na cidade de Fortaleza-Ceará. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: a) estarem internados pelo diagnóstico médico de acidente vascular encefálico independente do tipo; b) terem idade igual ou superior a 18 anos; c) não terem história prévia de acidente vascular encefálico. Como critério de exclusão estabeleceu-se apenas um: pacientes que durante a coleta de dados apresentarem situações de emergência com risco de morte. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário submetido à validação de conteúdo com quatro enfermeiras especialistas em diagnósticos de enfermagem ou no cuidado aos pacientes com acidente vascular encefálico. As informações foram coletadas por meio de entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. Para nomeação dos diagnósticos de enfermagem seguiu-se como referência a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association publicada em 2008. Compilaram-se os dados no Excel e fez-se a análise estatística no programa SPSS. O nível de significância adotado no estudo foi 5%. Quanto aos dados sociodemográficos, conforme verificou-se, estes pacientes eram predominantemente do sexo feminino, aposentados, católicos, viviam com companheiro e com baixa escolaridade e baixa renda. O acidente vascular tipo isquêmico predominou no grupo (45,9%), seguido pelo tipo hemorrágico (38,5%). Segundo constatou-se, esses pacientes apresentaram uma mediana de dez diagnósticos de enfermagem e uma média de onze características definidoras, seis fatores relacionados e cinco fatores de risco. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: Risco de infecção (96,7%), Déficit no autocuidado para banho/higiene (76,9%), Déficit no autocuidado para higiene íntima (74,7%), Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (71,4%), Comunicação verbal prejudicada (62,6%), Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (59,3%), Risco de integridade da pele prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada (52,7%) e Risco de aspiração (50,5%). De modo geral, o perfil encontrado neste estudo é semelhante aos descritos em outros estudos com pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Com exceção do diagnóstico de enfermagem Risco de infecção, os demais mostraram associação estatisticamente significativa entre si. A totalidade das características definidoras e dos fatores relacionados revelou associação estatística significativa com todos os diagnósticos de enfermagem, exceto com Risco de infecção. Como observado, o estudo permitiu conhecer de forma aprofundada os diagnósticos de enfermagem, as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco manifestados pelos pacientes na fase de hospitalização. Destaca-se a presença daqueles de caráter biológico e de risco. Os achados reforçam a necessidade da equipe de enfermagem atuar não somente no aspecto curativo, mas também na prevenção e na promoção da saúde, tanto nos níveis secundários de saúde como nos terciários.

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

## ABSTRACT

The identification of the diagnoses in nursing contribute to the planning of the nursing interventions in order to prevent and reduce the incapacities. It was aimed to analyze the nursing diagnosis profile in patients with stroke during hospitalization. This is a descriptive study which was done within the period of October 2007 to April 2008, involving 91 patients with stroke, who were hospitalized in an emergency department of a general hospital set in Fortaleza City - Ceará. Some including criteria were established: a) being hospitalized due to the stroke diagnosed by the doctor, independently on the type; b) being 18 years old or over; c) not having previous history of stroke. The excluding criteria were: a) patients who, during the collection of data, presented emergencial situations as well as dead risk. A form was used for the data collection and it also undergone content validation with four nurses who are expertise in nursing diagnoses or in the care of patients with stroke. The information was collected through interview, physical test and prontuary consultation. To name the nursing diagnoses, the Taxonomy II proposed by the North American Nursing Diagnosis Association published in 2008 was followed as reference. The data was compiled in the Excel program and the statistic analysis was done within the SPSS program. The level of significance adopted in the study was of 5%. Taking the social and demographic data into account, it was verified that the majority of these patients were from feminine gender, retired, catholics, lived with a partner and had low education and income. The ischemic type of stroke was predominant in the group (45.9%), followed by the hemorrhagic type (38.5%). According to the findings, these patients showed an average of nine nursing diagnoses, eleven defining characteristics, six related factors and five risky factors. The most frequent nursing diagnoses were: Risk of infection (96.7%), Self-care deficit\_bathing and higiene (76.9%), Self-care deficit\_intimate higiene (74.7%), Self-care deficit\_self dressing (71.4%), Verbally damaged communication (62.6%), Ineffective tissular perfusion\_cerebral type (59.3%), Risk of the integrity of the damaged skin (52.7%) and Risk of aspiration (50.5%). Generally, the profile found in this study is similar to the ones described in other studies with patients hospitalized in intensive therapy units. Apart from the nursing diagnosis Risk of infection, the remaining ones showed statistically significant association among themselves. The total defining characteristics and the related factors revealed significative statistic association with all nursing diagnoses, except from the Risk of infection one. As observed, the study allowed us to know in a deep way the nursing diagnoses, the defining characteristics, the related factors and the risk factors manifested in the patients during hospitalization. The presence of those with biological and risky character stands out. The findings reinforce the need that the nursing team has to act not only upon the curative aspect, but also on the prevention and the health promotion, in the secondary levels of health and the tertiary as well.

Keywords: Nursing. Nursing Diagnosis. Stroke.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico segundo dados sociodemográficos. Fortaleza, 2008.....	24
Tabela 2 – Distribuição dos indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008.....	25
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes segundo o tipo de acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008.....	26
Tabela 4 – Distribuição das medidas de tendência central e de dispersão dos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. Fortaleza, 2008.....	27
Tabela 5 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008.....	28
Tabela 6 – Distribuição das características definidoras presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008.....	30
Tabela 7 – Distribuição dos fatores relacionados apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008.....	33
Tabela 8 – Distribuição dos fatores de risco presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008.....	35
Tabela 9 – Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico segundo os dados sociodemográficos, tipo de acidente vascular encefálico e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem. Fortaleza, 2008.....	36
Tabela 10 – Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico segundo os fatores de risco para as doenças cerebrovasculares e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem. Fortaleza, 2008.....	38
Tabela 11 – Distribuição das estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008.....	40
Tabela 12 – Distribuição das estatísticas de associação entre as características definidoras e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008.....	42
Tabela 13 – Distribuição das estatísticas de associação entre os fatores relacionados e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008.....	45
Tabela 14 – Distribuição das estatísticas de associação entre os fatores de risco e os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos portadores de acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008.....	47

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Geral.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Específicos.....</b>	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de Estudo.....</b>	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Local do Estudo.....</b>	<b>18</b>
<b>3.3</b>	<b>População e Amostra.....</b>	<b>19</b>
<b>3.4</b>	<b>Período e Operacionalização da Coleta de Dados.....</b>	<b>19</b>
<b>3.5</b>	<b>Organização e Análise dos Dados.....</b>	<b>21</b>
<b>3.6</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>23</b>
<b>3.7</b>	<b>Financiamento do Projeto.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>64</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>74</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Como aluna do curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Ceará em 2002, ao final do segundo semestre, inseriu-se 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, com enfoque nas consultas de enfermagem, na identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial e no reconhecimento e prevenção dos danos causados por essa doença.

No terceiro semestre, ao cursar a disciplina de Semiologia, entrou-se em contato pela primeira vez com o tema da sistematização da assistência de enfermagem. A partir disso e paralelamente às atividades como bolsista de Iniciação Científica do projeto Ações Primárias em Saúde Cardiovascular, sentiu-se o interesse de desenvolver estudos clínicos que abordassem os diagnósticos de enfermagem em pacientes com situações clínicas diversas (CAVALCANTE *et al.*, 2004, 2005; SILVA *et al.*, 2004, 2006).

Nos estágios curriculares, extracurriculares e, principalmente, na prática profissional como enfermeira assistencial de uma unidade de cuidados clínicos e cirúrgicos, percebeu-se a falta de um processo de enfermagem que direcionasse e avaliasse a assistência de enfermagem. Essa situação era mais evidente quando se cuidava de pacientes em situações críticas.

Destarte, várias inquietações surgiram, constatando-se a imprescindibilidade da utilização do processo de enfermagem na prática clínica. Sem uma metodologia para o processo de cuidar, os enfermeiros tornam-se profissionais acríticos e apenas cumprem as tarefas determinadas na prescrição médica.

Este pensamento é corroborado por diversos autores, segundo os quais a enfermagem não subsistiria como profissão reconhecida se suas bases teóricas e metodológicas não se tornassem explícitas, de modo que este conhecimento pudesse ser comunicado, testado, avaliado e expandido (GARCIA; NÓBREGA, 2004). Assim, conforme se entende, o processo de enfermagem é o instrumento metodológico que possibilita à equipe de enfermagem identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como os clientes respondem aos problemas reais ou potenciais de saúde e determinar as intervenções de enfermagem inerentes às respostas encontradas (AZEVEDO, 2001; GARCIA; NÓBREGA, 2004; SMELTZER; BARE, 2002).

Portanto, o processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro uma diretriz para a definição do seu papel e do seu espaço de atuação. Propicia-lhe sair do assistir intuitivo e assistemático para o agir organizado e sistemático (FERREIRA, 1990; VASCONCELOS *et al.*, 2007). Ademais, a utilização do processo de enfermagem traz benefícios para o cliente e a família, por estimulá-los a participar ativamente do cuidado e, também, para os enfermeiros, por aumentar a satisfação no trabalho e encorajar as inovações e a criatividade na solução dos problemas (SILVA, 2006).

Várias são as etapas do processo de enfermagem. Entre estas, as mais comumente citadas na literatura são: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. No entanto, a divisão do processo de enfermagem em etapas é apenas didática porque ele funciona como um todo integrado, no qual todas as etapas são interdependentes e inter-relacionadas (PÉREZ HERNÁNDEZ, 2002; SMELTZER; BARE, 2002). Neste estudo, serão utilizadas as fases do levantamento de dados e do diagnóstico.

O levantamento de dados serve como base para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. No primeiro contato com o cliente, o histórico de enfermagem é feito, juntamente com o exame físico, no intuito de revelar os problemas de saúde reais ou potenciais (GORDON, 1994).

Como ressaltam Torres Esperón e Pérez Sánchez (2002), na organização do processo de enfermagem deve-se estudar primeiro a necessidade da ação que inclui a obtenção de toda a informação pertinente, sua análise e síntese para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Esses constituem o elemento central para a consecução das outras fases do processo de enfermagem.

Consoante afirmam Cruz (1994), Torres Esperón e Pérez Sánchez (2002), o termo diagnóstico de enfermagem foi introduzido pela primeira vez na literatura em 1953 por Vera Fry. A autora propõe uma abordagem profissional com a formulação dos diagnósticos de enfermagem e o desenvolvimento de planos de cuidados individualizados (FRY, 1953, *apud* CRUZ, 1994).

Na década de 1960, surgiram inúmeros trabalhos cujo foco era o desenvolvimento de modelos teóricos aplicados ao processo de enfermagem. A partir de então, os enfermeiros começaram a identificar quais problemas, tratamentos e metas são da sua competência (GORDON, 1994).

Foi somente em 1973, no entanto, que a American Nursing Association reconheceu oficialmente os diagnósticos de enfermagem. Este fato configurou o diagnóstico de enfermagem como uma parte do processo de cuidados, legalizando sua utilização nas

atividades independentes de enfermagem (GORDON, 1994; TORRES ESPERÓN; PÉREZ SÁNCHEZ, 2002). Neste mesmo ano, foi também identificada a necessidade de criação de uma linguagem comum para comunicar os diagnósticos de enfermagem, por meio de um sistema de classificação ou taxonomia (GORDON, 1994).

O sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) é um dos mais divulgados e aplicados em todo o mundo. Em 1982, foram apresentados os resultados do trabalho da construção do sistema conceitual - Taxonomia I, que evoluiu em 1984 para nove Padrões de Respostas Humanas: trocar, relacionar, sentir, comunicar, valorizar, escolher, mover, perceber e conhecer (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Em 1994, iniciaram-se discussões acerca da necessidade de construção de uma nova estrutura taxonômica. No ano de 2001, foi publicada a Taxonomia II, a qual se caracteriza por ser multiaxial e por organizar, com base em 13 domínios e 46 classes, os 93 conceitos diagnósticos e os 155 diagnósticos de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

A última edição da NANDA contempla a mesma estrutura taxonômica II com 187 diagnósticos de enfermagem aprovados e 26 diagnósticos revisados (NANDA, 2008). Dessa forma, um sistema unificado de termos estabelece uma linguagem comum para auxiliar a dirigir os enfermeiros na avaliação dos dados selecionados, na identificação dos problemas potenciais ou reais do cliente e na sua descrição (CARPENITO, 2002).

Atualmente, a NANDA tem incluído e aprimorado diagnósticos de enfermagem relacionados ao domínio ambiental, com ênfase na promoção da saúde. Este domínio contém diagnósticos de enfermagem para promover e proteger a saúde ambiental e a segurança dos indivíduos, sistemas e comunidades, abrangendo diversos diagnósticos de enfermagem de risco (NANDA, 2008).

Neste percurso histórico, surgiram várias definições sobre o diagnóstico de enfermagem. Todavia, a mais utilizada é a definição oficializada na IX Conferência da NANDA em 1990, que conceitua o diagnóstico de enfermagem como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família e comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde reais ou potenciais. Os diagnósticos de enfermagem fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem com vistas a atingir os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (BRANDALIZE; KALINOWSKI, 2005; CARPENITO, 2002; CRUZ, 1994; FOSCHIERA; VIERA, 2004; GORDON, 1994).

Conforme assevera Gordon (1994), os diagnósticos de enfermagem são úteis para direcionar as atividades de cuidado, garantir a qualidade das ações de enfermagem, distribuir

peçoal, proporcionar a informatização das informações e ser base no desenvolvimento de teorias.

Para a profissão, o uso destes diagnósticos facilita a comunicação oral e escrita entre os profissionais e propicia ao enfermeiro definir seu papel perante o paciente e outros profissionais da saúde. Na assistência de enfermagem, este uso favorece a organização das atividades, aumenta a efetividade dos cuidados ao prescrever ações de enfermagem específicas e orientadas à resolução e/ou controle dos problemas identificados, delimita a responsabilidade profissional, define e desenvolve a dimensão própria do exercício profissional (TORRES ESPERÓN; PÉREZ SÁNCHEZ, 2002).

No gerenciamento dos cuidados, os diagnósticos de enfermagem ajudam a determinar as cargas de trabalho de cada serviço, facilitam a sistematização da assistência, permitem uma melhor distribuição de recursos humanos e materiais, possibilitam a determinação dos custos reais dos serviços de enfermagem e aplanam os critérios de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem (TORRES ESPERÓN; PÉREZ SÁNCHEZ, 2002).

Os diagnósticos de enfermagem podem ser utilizados em diversos campos de atuação do enfermeiro e no cuidado aos pacientes em diferentes situações do processo saúde/doença, ou seja, na emergência (CYRILLO, 2005), na unidade de cuidados intensivos (LUCENA, 2006), nos setores de cuidados clínico-cirúrgicos (SILVA, 2006), no ambulatório (LIRA, 2005) e na comunidade (ARAÚJO; BACHION, 2005).

Como profissional, o enfermeiro desempenha um importante papel na assistência aos pacientes gravemente enfermos, em especial aos portadores de acidente vascular encefálico (AVE). De acordo com Bellan, Angelis e Cintra (2001) e Olarte (2003), os cuidados de enfermagem são indispensáveis para esses pacientes, pois o enfermeiro permanece atento durante todo o processo de tratamento e reabilitação, prevenindo ou detectando precocemente as complicações, com a finalidade de alcançar o bem-estar dos pacientes e, assim, a promoção da saúde.

Segundo registra a literatura, entre as doenças cerebrovasculares, o acidente vascular encefálico representa atualmente a terceira causa de morte em países industrializados e a primeira causa de incapacidade em adultos (FALCÃO *et al.*, 2004; SWEARINGEN; KEEN, 2005). Na população brasileira, a doença, a partir de 1996, vem se constituindo como a causa principal de internações, mortalidade e deficiências, superando até mesmo as doenças cardíacas e o câncer (BOCCHI; ANGELO, 2005; BRASIL, 2000).

Consoante determinados autores, o acidente vascular encefálico gera ampla variedade de déficits neurológicos conforme a localização da lesão, o tamanho da área de

perfusão inadequada e a quantidade de fluxo sanguíneo colateral (ANDRÉ, 2006; SMELTZER; BARE, 2002). Estudos mostram ser comum, nos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico, a ansiedade, a depressão, os distúrbios do sono e da função sexual, distúrbios motores, sensoriais, cognitivos e de comunicação. Tal situação os torna dependentes de cuidados interdisciplinares (FALCÃO *et al.*, 2004; SMELTZER; BARE, 2002).

O processo de enfermagem aplicado aos pacientes com acidente vascular encefálico tem como foco a implementação de ações que minimizem as incapacidades e ajudem a restaurar ou manter o potencial máximo de saúde. Estas ações devem ser iniciadas na fase aguda da doença (FOWLER; DURKEE; WEBB, 1996). Em face destas considerações, é necessário o conhecimento sobre as respostas humanas apresentadas pelos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico.

Ademais, o paciente com acidente vascular encefálico requer cuidados intensivos em algum momento do período de hospitalização, sobretudo na emergência. Todavia, ainda não existem evidências e recomendações confiáveis para o tratamento de todos os problemas manifestados por esses pacientes. Diante disto, ressalta-se ainda mais a importância do conhecimento das respostas humanas (ALEGRÍA *et al.*, 2002).

A prevenção das incapacidades e o restabelecimento funcional e psicossocial destes pacientes nos cuidados emergenciais e intensivos contribuem de forma significativa para a promoção da saúde dos portadores de acidente vascular encefálico. Ou seja, a equipe de enfermagem ao mesmo tempo em que cuida e trata também promove a saúde destes pacientes.

No âmbito da enfermagem, o enfoque é o cuidado prestado ao ser humano em sua totalidade. Contudo, mesmo com a existência de sistemas de classificação da prática de enfermagem há mais de trinta anos, é visível a urgência de pesquisas voltadas a conhecer os pacientes a quem se prestam cuidados, mediante o uso do rigor científico (FORTES, 2007).

A partir deste contexto, surgiram os seguintes questionamentos: Quais são os diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico durante sua hospitalização? Quais são as características definidoras e os fatores relacionados mais frequentes? De que forma estão associados aos diagnósticos de enfermagem?

Como observado, são limitados os estudos sobre diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular encefálico. Ao se consultar as bases de dados Medline, Lilacs e Scielo, de forma minuciosa e sistemática, encontraram-se apenas dois trabalhos que descreveram os diagnósticos de enfermagem mais frequentes (FOWLER; DURKEE; WEBB, 1996; VASQUEZ ROBLES, 2002).

Entretanto, como se verificou, o estudo de Vasquez Robles (2002) foi baseado na fisiopatologia do acidente vascular encefálico e sugeriu a presença de diagnósticos de enfermagem mais relacionados à respiração e à mobilidade. Não obstante, o trabalho de Fowler, Durkee e Webb (1996) descreve também, fundamentado na fisiopatologia da doença, diagnósticos de enfermagem mais ligados à respiração e à integridade da pele.

Ao se examinar os resumos das dissertações e teses de enfermagem catalogados pelo Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN) no período de 1979 a 2006, não há nenhum trabalho sobre diagnósticos de enfermagem nesta população (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2008).

Portanto, o estudo ora elaborado tem como objetivo geral analisar o perfil dos diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular encefálico. O estudo se justifica pela relevância epidemiológica desta doença associada ao seu potencial para a instalação de incapacidades, assim como pela escassez na literatura e por se acreditar que para cuidar com qualidade os enfermeiros precisam conhecer quais são os diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes internados por esta doença.

Na ótica da autora, pesquisas como esta são importantes porque contribuem para a melhoria da assistência de enfermagem, ao torná-la mais qualificada, sistematizada e orientada para as necessidades dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. A partir do levantamento e análise das respostas humanas, das características definidoras e dos fatores relacionados manifestados por esses pacientes, é que os enfermeiros terão subsídios para implementar os cuidados na fase hospitalar, terão parâmetros para avaliar a assistência prestada, bem como prevenir ou reduzir as incapacidades causadas pelo acidente vascular encefálico.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

➤ Analisar o perfil de diagnósticos de enfermagem em pacientes com acidente vascular encefálico.

### **2.2 Específicos**

➤ Identificar as respostas humanas apresentadas por pacientes acometidos por acidente vascular encefálico que se configurem como diagnósticos de enfermagem;

➤ Levantar as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco de cada resposta humana real ou potencial identificada;

➤ Investigar a associação dos diagnósticos de enfermagem com dados sociodemográficos e indicadores de risco para o acidente vascular encefálico;

➤ Verificar a associação dos diagnósticos de enfermagem entre si e destes com as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco.

### **3 MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Estudo observacional e transversal. Nos estudos observacionais, o investigador assume papel passivo na observação dos fenômenos ocorridos com os sujeitos do estudo (NEWMAN *et al.*, 2003). Quanto à temporalidade do processo de coleta dos dados, optou-se pelo delineamento transversal porque esse é especialmente aprovado para descrever as variáveis, seus padrões de distribuição e as relações entre os fenômenos em um ponto fixo do tempo (NEWMAN *et al.*, 2003; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

#### **3.2 Local do Estudo**

O campo para a coleta de dados foi a emergência de um hospital geral, público e de nível terciário localizado na cidade de Fortaleza/Ceará/Brasil. A instituição foi selecionada por ser referência no tratamento de pacientes com acidente vascular encefálico para a região Nordeste. Na emergência se dispõe de 52 leitos distribuídos nos seguintes setores: 24 leitos na Observação 1; 24 leitos na Observação 2; 1 leito na Pequena Cirurgia; 3 leitos na Sala de Ressuscitação Cardiopulmonar. É importante destacar que na emergência sempre há uma demanda maior de pacientes além da sua capacidade e esses são internados no corredor. São os denominados extras.

Nesta instituição hospitalar, a média de atendimentos por acidente vascular encefálico é cerca de sete pacientes por dia. Quanto às taxas de permanência hospitalar destes pacientes, variam de acordo com a localização e a gravidade da lesão cerebral.

Os dados do estudo foram coletados nos seguintes setores da emergência: Observação 1 e 2 e nos extras. Decidiu-se não avaliar nem os pacientes da Sala de Ressuscitação Cardiopulmonar e nem os da Pequena Cirurgia. No primeiro, em virtude da alta instabilidade clínica apresentada por esses pacientes; no segundo, porque não havia pacientes com acidente vascular encefálico.

### **3.3 População e Amostra**

A população foi constituída pelos pacientes internados na emergência do referido hospital com o diagnóstico médico de acidente vascular encefálico.

Conforme definido, os pacientes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) estarem internados pelo diagnóstico médico de acidente vascular encefálico independente do tipo; b) terem idade igual ou superior a 18 anos; c) não terem história prévia de acidente vascular encefálico. Como critério de exclusão considerou-se apenas o seguinte: pacientes que durante a coleta de dados apresentarem situações de emergência com risco de morte.

Inicialmente o estudo estava sendo realizado apenas com os pacientes na fase aguda do evento cerebrovascular (até 72 horas). Em face, porém, da grande dificuldade de captação dos sujeitos para o estudo, porque a maioria vivenciava a fase aguda em hospitais do interior do Estado do Ceará e no domicílio, excluiu-se este critério de inclusão e procurou-se captar todos os sujeitos internados na emergência, por acidente vascular encefálico, independente da fase da doença.

Assim, o grupo participante foi composto por 91 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. O grupo participante foi selecionado por conveniência de forma consecutiva. Segundo Hulley, Newman e Cummings (2003), a amostra consecutiva é de especial valor quando resulta no arrolamento de todos os indivíduos acessíveis no período de tempo determinado no estudo.

É importante também considerar que neste estudo não foi feito o cálculo amostral, em virtude das dificuldades quanto à obtenção da prevalência do fenômeno a ser estudado e do número total de pacientes internados no hospital do estudo.

### **3.4 Período e Operacionalização da Coleta de Dados**

Os dados foram coletados no período de outubro de 2007 a abril de 2008. Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário (Apêndice A) elaborado por meio de levantamento bibliográfico com o objetivo de identificar sinais e sintomas componentes das características definidoras relacionados aos diagnósticos de enfermagem possivelmente presentes em pacientes com acidente vascular encefálico.

De acordo com o estabelecido, o instrumento de coleta de dados foi submetido à opinião, quanto ao seu conteúdo, de quatro enfermeiras especialistas no cuidado aos pacientes com acidente vascular encefálico e/ou em diagnósticos de enfermagem. As sugestões

fornecidas foram as seguintes: a) o acréscimo do valor de glicemia capilar no item indicadores de risco; b) nos exames complementares, o acréscimo do exame de mapeamento de retina; c) abordar informações que mensurem o tempo do evento cerebrovascular (em horas), no momento do exame físico; d) retirar a avaliação dos linfonodos; e) organizar o exame físico por regiões corporais; f) acrescentar no exame físico a avaliação do diâmetro pupilar e da marcha e a ausculta das artérias carótidas; g) descrever as alterações encontradas na ausculta cardíaca.

Todas as sugestões propostas foram adotadas e contribuíram para o refinamento do instrumento de coleta de dados. Esse também foi submetido a um pré-teste com cinco pacientes no intuito de verificar sua adequação aos objetivos estabelecidos no estudo. Neste momento, houve somente o acréscimo da descrição dos tratamentos de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

O referido formulário contém tópicos sobre os dados de identificação e de admissão, além de informações complementares, como os exames realizados e o tratamento farmacológico e não-farmacológico. Possibilita o registro dos indicadores de risco relacionados ao desenvolvimento do acidente vascular encefálico e permite, também, o registro de dados do exame físico.

Para a coleta de informações, foram adotadas entrevista, exame físico e consulta ao prontuário. A leitura do prontuário facultou a obtenção das informações referentes aos dados de admissão, incluindo o diagnóstico médico, os procedimentos realizados e os medicamentos prescritos. Na entrevista foram obtidos os dados de identificação e investigados os indicadores de risco. Entretanto, para os pacientes impossibilitados de se comunicar verbalmente, os dados da entrevista foram obtidos com os familiares e/ou acompanhantes.

O exame físico propiciou a obtenção de dados relacionados com os sinais vitais, a aparência geral, avaliação neurológica, torácica, gastrointestinal, urinária e dos membros superiores e inferiores. Seguindo as recomendações de Swearingen e Keen (2005), foi utilizada uma escala de Acidente Vascular Encefálico do National Institutes of Health para avaliar os déficits neurológicos.

Esta escala foi traduzida e validada no Brasil por Guimarães e Guimarães (2004), é utilizada em vários países e tem a finalidade de mensurar os déficits decorrentes do acidente vascular encefálico (ANDRÉ, 2006). Contém os seguintes itens: nível de consciência, orientação temporal, comandos verbais e praxia, olhar conjugado, visual, paralisia facial, motricidade de membros superiores e inferiores, ataxia dos membros, sensibilidade,

linguagem, disartria, extinção e desatenção. Cada item da escala foi avaliado de acordo com as recomendações adaptadas por Guimarães e Guimarães (2004) e André (2006), descritas no Anexo A.

Como referido, o exame físico incluiu a verificação de diversas medidas e avaliações físicas corporais pelas Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2006), Jarvis (2002), Quinless e Blauer (2004), Nishimura, Dreyer e Zuñiga (2003) e Smeltzer e Bare (2002). Tais medidas são apresentadas no Anexo B.

Quanto à variável estado civil, foi considerada como o paciente vivendo com ou sem companheiro atualmente. Considerou-se o tabagismo, o etilismo, o uso de drogas e o uso de anticoncepcionais orais presentes quando o paciente os utilizava pelo menos uma vez na vida. Este critério foi estabelecido pela autora do estudo. Foram tidos como sedentários aqueles pacientes que praticavam exercícios físicos menos de três vezes por semana e/ou com duração da atividade física inferior a trinta minutos.

### **3.5 Organização e Análise dos Dados**

Por raciocínio diagnóstico entende-se um processo cognitivo complexo que leva à elaboração e teste das hipóteses diagnósticas, as quais embasarão a tomada de decisão e a resolução dos problemas clínicos (CORRÊA, 2003).

De acordo com a mesma fonte, julgamento ou o raciocínio clínico do enfermeiro é o cerne central do processo diagnóstico. Como principais características do diagnosticador mencionam-se o conhecimento clínico e científico, a experiência clínica e o desenvolvimento cognitivo. Conforme López (2001), a partir das estratégias de pensamento, com base em experiências práticas, conhecimentos teóricos e valores, o profissional avalia o significado das informações sobre seu cliente, estabelece relações entre os dados e nomeia o fenômeno. Faz-se, então, o diagnóstico.

No trabalho ora desenvolvido, o processo de elaboração e inferência dos diagnósticos seguiu as etapas preconizadas por Gordon (1994): coleta, interpretação/agrupamento das informações e nomeação das categorias.

A etapa da coleta de informações envolveu a busca e a avaliação do histórico e do exame físico. Após essa etapa, os dados foram interpretados e agrupados. Essa interpretação inclui processos de inferência, julgamento e argumentação. A última fase (nomeação das categorias) é a denominação das informações em categorias diagnósticas (GORDON, 1994).

Para a nomeação dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizada 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, tendo sido traduzida e adaptada em vários países (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

No processo de inferência diagnóstica, as histórias clínicas foram avaliadas pela pesquisadora e a orientadora. O consenso entre ambas foi o critério para aceitar os diagnósticos de enfermagem formulados.

Na compilação dos dados, adotou-se o software Excel e na análise estatística optou-se pelo programa SPSS versão 13.0. Para as variáveis numéricas foram apresentadas medidas de tendência central e de dispersão. Para a verificação da normalidade/simetria dos dados numéricos, usou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Na análise de associação dos dados nominais foram utilizados testes estatísticos como o Qui-Quadrado de Pearson, na ocorrência de frequências esperadas superiores a cinco nas tabelas 2x2, e o Teste Exato de Fischer, quando as frequências esperadas eram inferiores a cinco. Para verificar a magnitude da associação foi utilizada a Razão de Prevalência (RP), mas esta não foi calculada nas caselas com frequência igual a zero.

Para esta análise de associação, foram considerados os seguintes pontos de corte: a) os diagnósticos de enfermagem e os fatores de risco acima do percentil 75; b) as características definidoras e os fatores relacionados acima do percentual de 50%. É válido destacar que todas as características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados de cada diagnóstico de enfermagem acima do percentil 75 são apresentados no Apêndice B.

Os dados foram expostos em forma de tabelas. Primeiramente, fez-se uma lista, em separado, das frequências de todos os diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco apresentados pelos pacientes portadores de acidente vascular encefálico. Em seguida, foi calculado o percentil e, a partir de então, considerou-se este dado para a análise estatística.

Na Tabela 9 foram consideradas para a análise as variáveis procedência do interior do Estado do Ceará e estado civil com companheiro. A Tabela 10 foi construída com base na presença dos indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares.

### **3.6 Aspectos Éticos**

Como previsto, o início do estudo pressupunha a autorização da diretoria de enfermagem do hospital para sua realização. Após a autorização, a proposta foi encaminhada para a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, recebendo parecer favorável.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos estabelecidos, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C) e concordaram em participar voluntariamente do estudo, sendo garantido seu anonimato. O aceite, bem como a assinatura do termo de consentimento dos pacientes em situação de substancial diminuição das suas capacidades de discernimento, foram feitos pelos representantes legais e/ou familiares dos referidos sujeitos, sem suspensão do direito de informação do indivíduo, no limite da sua capacidade (BRASIL, 1996).

No levantamento de dados dos pacientes com acidente vascular encefálico, principalmente durante o exame físico, os princípios bioéticos (beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia) foram rigorosamente respeitados. Conforme exigido, assegurou-se a todos os pacientes e aos familiares que a coleta de dados não lhes causaria danos, assim como visaria maximizar os benefícios e minimizar os prejuízos (princípio da beneficência e não-maleficência) (OLIVEIRA, 2007). Em nenhum momento a avaliação da pesquisadora pôs em risco a vida do paciente. Ademais, pacientes com instabilidade clínica manifestada durante a coleta de dados eram excluídos da pesquisa e o fato era imediatamente comunicado à enfermeira e ao médico para o atendimento necessário.

Foi propiciada a oportunidade aos pacientes ou aos seus familiares, em caso de comprometimento da capacidade de discernimento do paciente, de decidir quanto à participação no estudo, como também de retirar-se desse se assim o desejassem (princípio da autonomia) (OLIVEIRA, 2007). É válido ressaltar que todos os pacientes foram tratados igualmente, considerando as diferenças existentes (princípio da justiça) (OLIVEIRA, 2007).

### **3.7 Financiamento do Projeto**

O financiamento do estudo foi mantido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de bolsa de estudo concedida à pesquisadora, além de recursos provenientes de Edital Universal - CNPq.

## 4 RESULTADOS

Para a exposição dos resultados, apresenta-se, inicialmente, na Tabela 1, a caracterização dos pacientes segundo os dados sociodemográficos.

**Tabela 1** - Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico segundo dados sociodemográficos. Fortaleza, 2008

Variáveis	Nº	%	Estatísticas			
Sexo			IC 95% <sup>1</sup>			
Masculino	41	45,1	34,6% - 55,8%			
Feminino	50	54,9	44,2% - 65,4%			
Estado civil						
Com companheiro	50	54,9	44,2% - 65,4%			
Sem companheiro	41	45,1	34,6% - 55,8%			
Procedência						
Capital	35	38,5	28,4% - 49,2%			
Interior	54	59,3	48,5% - 69,5%			
Outro Estado	2	2,2	0,3% - 7,7%			
Ocupação						
Agricultor	6	6,6	2,5% - 13,8%			
Aposentado	54	59,3	48,5% - 69,5%			
Autônomo	4	4,4	1,2% - 10,9%			
Desempregado	2	2,2	0,3% - 7,7%			
Doméstica	15	16,5	9,5% - 25,7%			
Funcionário privado	8	8,8	3,9% - 16,6%			
Funcionário público	2	2,2	0,3% - 7,7%			
Religião						
Católica	80	87,9	79,4% - 93,8%			
Evangélica	6	6,6	2,5% - 13,8%			
Outras	5	5,5	1,8% - 12,4%			
	<b>Média</b>	<b>DP<sup>2</sup></b>	<b>Mediana</b>	<b>P25<sup>3</sup></b>	<b>P75<sup>4</sup></b>	<b>K-S(valor p)<sup>5</sup></b>
Idade (anos)	64,2	14,2	64	54	74	0,977
Escolaridade (anos)	2,58	3,4	1,0	0	5	0,000
Renda (salários mínimos)	1,04	0,57	1,0	1,0	1,0	0,000

<sup>1</sup>IC - Intervalo de Confiança de 95%. <sup>2</sup>DP - Desvio Padrão. <sup>3</sup>P25 - Percentil 25. <sup>4</sup>P75- Percentil 75. <sup>5</sup>K-S - Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Conforme mostra a Tabela 1, a maioria dos pacientes com acidente vascular encefálico era do sexo feminino (54,9%) e vivia com companheiro (54,9%). Pertinente à procedência, grande parte era do interior do Estado do Ceará (59,3%).

Em relação à ocupação e à religião, a maior parte era aposentada (59,3%), seguida da profissão doméstica (16,5%) e católica (87,9%). No tocante à renda, a mediana de salários mínimos foi 1,0 (DP= 0,57). Quanto à escolaridade, a mediana de anos de estudo foi 1,0 ano

(DP= 3,4). Como observado, 75% dos pacientes tinham até cinco anos de estudo e as variáveis escolaridade e renda familiar revelaram distribuição assimétrica (valor  $p < 0,05$ ).

Ainda com base na Tabela 1, a média de idade dos pacientes com acidente vascular encefálico foi 64,2 anos (DP= 14,2). A maior parte deles tinha até 74 anos (P75= 74).

Na Tabela 2, consta a distribuição dos indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico.

**Tabela 2** – Distribuição dos indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Estatísticas</b>	<b>Total de pacientes</b>
Hipertensão arterial			IC 95%*	
Presente	60	69,8	58,9% - 79,2%	86
Ausente	26	30,2	20,8% - 41,1%	
Diabetes mellitus				
Presente	26	30,2	20,8% - 41,1%	86
Ausente	60	69,8	58,9% - 79,2%	
Cardiopatía				
Presente	18	22	13,6% - 32,5%	82
Ausente	64	78	67,5% - 86,4%	
Ataque isquêmico transitório prévio				
Presente	5	6	2,0% - 13,5%	83
Ausente	78	94	86,5% - 98,0%	
Dislipidemia				
Presente	13	19,1	10,6% - 30,5%	68
Ausente	55	80,9	69,5% - 89,4%	
Sedentarismo				
Presente	80	87,9	79,4% - 93,8%	91
Ausente	11	12,1	6,2% - 20,6%	
Tabagismo				
Presente	46	50,5	39,6% - 61,2%	91
Ausente	45	49,5	38,8% - 60,1%	
Etilismo				
Presente	27	29,7	20,5% - 40,2%	91
Ausente	64	70,3	59,8% - 79,5%	
Uso de drogas ilícitas				
Presente	0	0		91
Ausente	91	100	100% - 100%	
Uso de anticoncepcionais				
Presente	4	4,4	1,2% - 10,9%	50
Ausente	46	50,5	39,9% - 61,2%	

\* IC - Intervalo de Confiança de 95%.

As informações sobre os indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares foram obtidas por informação do paciente e/ou do seu acompanhante. Esses tiveram dificuldade em informar sobre os indicadores de risco relacionados aos diagnósticos médicos, como presença de hipertensão arterial, diabetes mellitus e ataque isquêmico transitório prévio e exames laboratoriais, como os níveis lipídicos séricos. Em virtude disso, para estes indicadores de risco, o número total de pacientes é menor do que 91.

Como mostram os dados da Tabela 2, a hipertensão arterial esteve presente em 69,8% dos pacientes (n= 86). Outras doenças também estiveram presentes, como o diabetes mellitus (30,2%) (n= 86) e as cardiopatias (22%) (n= 82).

Apenas cinco pacientes (6%) referiram ter sofrido ataque isquêmico transitório prévio (n= 83). Em relação às dislipidemias, que englobam a hipercolesterolemia e a hipertrigliceridemia, 19,1% dos pacientes relataram ter este indicador de risco (n= 68).

Quanto aos hábitos de vida componentes dos indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares, estão o sedentarismo, o sobrepeso, a obesidade, o tabagismo, o etilismo e o uso de drogas. Entre os indicadores de risco supracitados, o sedentarismo e o tabagismo (passado ou atual) foram bastante freqüentes: 87,9% e 50,5%, respectivamente.

Ainda como observado, o etilismo (passado ou atual) esteve presente em 29,7% dos avaliados. Outros indicadores de risco como o uso de drogas e de anticoncepcionais tiveram freqüências nulas ou baixas entre os pacientes avaliados: 0% e 4,4%, respectivamente.

**Tabela 3** – Distribuição dos pacientes, segundo o tipo de acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Tipo de acidente vascular encefálico</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>	<b>Estatísticas IC 95%*</b>
Isquêmico	39	42,9	32,5% - 53,7%
Hemorrágico	35	38,5	28,4% - 49,2%
Não esclarecido	17	18,6	11,3% - 28,2%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100</b>	<b>-</b>

\* IC - Intervalo de Confiança de 95%.

Com base nos dados constantes da Tabela 3, segundo observou-se, houve leve predomínio dos pacientes com acidente vascular encefálico do tipo isquêmico (42,9%) em relação ao tipo hemorrágico (38,5%). Também chama a atenção o fato de vários pacientes (18,6%) não terem o diagnóstico médico já esclarecido quanto ao tipo de acidente vascular encefálico.

A seguir, na Tabela 4, estão expostas as medidas de tendência central e de dispersão referentes aos diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco manifestados pelos indivíduos avaliados.

**Tabela 4** – 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	DP*	P25**	P75***	K-S **** (valor p)
Diagnósticos de enfermagem	9,03	10	3,7	6	12	0,017
Características definidoras	11,7	13	6,2	6	16	0,112
Fatores relacionados	6,8	7	3,4	4	10	0,360
Fatores de risco	5,7	7	3,4	4	10	0,095

\*DP - Desvio Padrão. \*\*P25 - Percentil 25. \*\*\*P75 - Percentil 75. \*\*\*\*K-S - Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Cada paciente com acidente vascular encefálico apresentou mediana de 10 diagnósticos de enfermagem (DP= 3,7). Dos avaliados, 75% tinham até 12 diagnósticos de enfermagem. Conforme mostra o Teste de Kolmogorov-Smirnov, os diagnósticos de enfermagem revelaram distribuição assimétrica (p= 0,017).

Pertinente às características definidoras, a média por pessoa foi 11,7 (DP= 6,2). Enquanto a média dos fatores relacionados por paciente foi 6,8 (DP= 3,4), a maioria dos pacientes (P75) tinha até 10 fatores relacionados. No concernente aos fatores de risco, a média por indivíduo foi 5,7 (DP= 3,4).

O Teste de Kolmogorov-Smirnov evidenciou distribuição simétrica entre características definidoras (p= 0,112), fatores relacionados (p= 0,360) e fatores de risco (p= 0,095).

Na Tabela 5 consta a distribuição dos diagnósticos de enfermagem dos pacientes com acidente vascular encefálico.

**Tabela 5** – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
1. Risco de Infecção	88	96,7
2. Déficit no autocuidado para banho/higiene	70	76,9
3. Déficit no autocuidado para higiene íntima	68	74,7
4. Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se	65	71,4
5. Comunicação verbal prejudicada	57	62,6
6. Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral	54	59,3
7. Risco de integridade da pele prejudicada	48	52,7
8. Mobilidade no leito prejudicada	48	52,7
9. Risco de aspiração	46	50,5
<b>P 75*</b>		
10. Déficit no autocuidado para alimentação	43	47,3
11. Controle ineficaz do regime terapêutico	36	39,6
12. Risco de quedas	24	26,4
13. Percepção sensorial perturbada tipo visual e tátil	20	22
14. Deambulação prejudicada	18	19,8
15. Constipação	18	19,8
16. Desobstrução ineficaz das vias aéreas	18	19,8
17. Percepção sensorial perturbada tipo tátil	15	16,5
<b>P 50**</b>		
18. Percepção sensorial perturbada tipo visual	14	15,4
19. Dor aguda	13	14,3
20. Deglutição prejudicada	12	13,2
21. Integridade da pele prejudicada	11	12,1
22. Mobilidade física prejudicada	9	9,9
23. Hipertermia	7	7,7
24. Risco de confusão aguda	7	7,7
25. Náusea	5	5,5
26. Incontinência urinária funcional	5	5,5
27. Negligência unilateral	4	4,4
<b>P 25***</b>		
28. Troca de gases prejudicada	3	3,3
29. Retenção urinária	1	1,1
30. Eliminação urinária prejudicada	1	1,1
31. Diarréia	1	1,1
32. Baixa auto-estima situacional	1	1,1
33. Ventilação espontânea prejudicada	1	1,1
34. Intolerância à atividade	1	1,1
35. Volume de líquidos excessivo	1	1,1

\* P75 Percentil 75. \*\* P50 Percentil 50. \*\*\* P25 Percentil 25.

Os pacientes com acidente vascular encefálico apresentaram 35 diferentes diagnósticos de enfermagem. Destes diagnósticos de enfermagem, nove estão acima do percentil 75. São eles: Risco de infecção (96,7%); Déficit no autocuidado para banho/higiene (76,9%); Déficit no autocuidado para higiene íntima (74,7%); Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (71,4%); Comunicação verbal prejudicada (62,6%); Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (59,3%); Risco de integridade da pele prejudicada (52,7%); Mobilidade no leito prejudicada (52,7%) e Risco de aspiração (50,5%).

A maioria dos diagnósticos de enfermagem encontrados acima do percentil 75 pertence ao domínio atividade/repouso (5). Esses estão distribuídos nas classes de autocuidado (3), atividade/exercício (1) e respostas cardiovasculares/pulmonares (1).

Ainda conforme observado na Tabela 5, a maioria dos diagnósticos de enfermagem tinha frequência abaixo de 40% (25). Por isso, a análise de associação referente aos diagnósticos de enfermagem foi feita considerando aqueles que estavam acima do percentil 75.

A seguir, a Tabela 6 mostra a distribuição das características definidoras presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico.

**Tabela 6** – Distribuição das características definidoras presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Características Definidoras</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
1. Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica	66	72,5
2. Incapacidade de lavar o corpo	66	72,5
3. Incapacidade de acessar o banheiro	65	71,4
4. Incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo	54	59,3
5. Incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada	54	59,3
6. Incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo	53	58,2
7. Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada	48	52,7
8. Anormalidades na fala	46	50,5
9. Paralisia	44	48,4
10. Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro	43	47,3
11. Incapacidade de engolir alimentos	37	40,7
12. Incapacidade de mastigar alimentos	36	39,6
13. Mudança na acuidade sensorial	35	38,5
14. Mudança na resposta usual aos estímulos	33	36,3
15. Ausência de contato visual	30	33
16. Fraqueza de extremidades	26	28,6
17. Não fala	25	27,5
18. Estado mental alterado	25	27,5
19. Fala com dificuldade	24	26,4
20. Dificuldade para formar palavras (disartria)	24	26,4
21. Dificuldades na deglutição	20	22
22. Fracasso na inclusão dos regimes de tratamento nas rotinas diárias	20	22
23. Ruídos adventícios respiratórios	19	20,9
24. Capacidade prejudicada de percorrer as distâncias necessárias	18	19,8
25. Mudança no padrão intestinal	18	19,8
26. Frequência diminuída	17	18,7
<b>P75*</b>		
27. Tosse ineficaz	13	14,3
28. Capacidade prejudicada de colocar itens de vestuários necessários	12	13,2
29. Capacidade prejudicada de tirar itens de vestuários necessários	12	13,2
30. Mudança nas reações pupilares	11	12,1
31. Relato verbal de dor	11	12,1
32. Dificuldade na atenção seletiva	10	11
33. Escolhas da vida diária ineficazes para atingir os objetivos de saúde	10	11
34. Mudanças na frequência respiratória	10	11
35. Evidência observada de dificuldade de deglutir (estase de alimentos na cavidade oral, tossir/sufocar)	9	9,9
36. Rompimento da superfície da pele	8	8,8
37. Incapacidade de manipular as roupas para realizar higiene íntima	8	8,8
38. Não consegue falar	8	8,8
39. Mudanças nas respostas motoras	8	8,8
40. Expressão facial	7	7,7
41. Capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras finas	7	7,7
42. Dispnéia	7	7,7
43. Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais	7	7,7
44. Calor ao toque	6	6,6
45. Relato de náusea	5	5,5
46. Tosse ausente	5	5,5
47. Incapacidade de levar os alimentos de um recipiente à boca	4	4,4
48. Capacidade limitada para desempenhar habilidades motoras grossas	4	4,4
49. Perde urina antes de alcançar o banheiro	4	4,4
50. Verbaliza dificuldade com os regimes prescritos	4	4,4
51. Desvio marcante da cabeça para o lado não negligenciado para estímulos e atividades naquele lado	4	4,4

<b>Características Definidoras</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
52. Falta de mastigação	3	3,3 <b>P50**</b>
53. Destruição de camadas da pele	3	3,3
54. Déficit visual parcial	3	3,3
55. Comportamento de proteção	3	3,3
56. Mudança na frequência respiratória	3	3,3
57. Amplitude limitada de movimentos	3	3,3
58. Taquipnéia	3	3,3
59. Incapacidade de manipular alimentos na boca	2	2,2
60. Gestos protetores	2	2,2
61. Evidência observada de dor	2	2,2
62. Movimentos lentos	2	2,2
63. CO2 diminuído	2	2,2
64. Ph arterial anormal	2	2,2
65. Hipercarbica	2	2,2
66. Agitação aumentada	2	2,2
67. Mudança no ritmo respiratório	2	2,2
68. Taquicardia	2	2,2
69. Mudança na marcha	2	2,2
70. Cianose	2	2,2
71. Hipoxemia	2	2,2
72. Falha ao perceber pessoas que se aproximam a partir do lado negligenciado	2	2,2
73. Posições alteradas da cabeça	1	1,1
74. Fechamento incompleto dos lábios	1	1,1
75. Invasão de estruturas do corpo	1	1,1
76. Incapacidade de regular a água do banho	1	1,1
77. Verbalização imprópria	1	1,1
78. Desorientação no tempo	1	1,1
		<b>P25***</b>
79. Dificuldade de usar a expressão facial	1	1,1
80. Mudanças no tônus muscular (rigidez)	1	1,1
81. Comportamento expressivo (irritabilidade)	1	1,1
82. Distensão vesical	1	1,1
83. Movimentos não coordenados	1	1,1
84. Náusea e/ou vômito	1	1,1
85. Disúria	1	1,1
86. Retenção urinária	1	1,1
87. Gases sanguíneos anormais	1	1,1
88. O tempo necessário para alcançar o banheiro excede o espaço de tempo entre a sensação de urgência para urinar	1	1,1
89. Pelo menos 3 evacuações de fezes líquidas por dia	1	1,1
90. Expressões de desamparo	1	1,1
91. Expressões de sentimento de inutilidade	1	1,1
92. SaO2 diminuída	1	1,1
93. Uso aumentado da musculatura acessória	1	1,1
94. Deglutição pedaço a pedaço	1	1,1
95. Dispnéia aos esforços	1	1,1
96. Alterações eletrocardiográficas refletindo isquemia	1	1,1
97. Anasarca	1	1,1
98. Hemoglobina diminuída	1	1,1
99. Hematócrito diminuído	1	1,1
100. Déficit visual total	1	1,1
101. Alimentos empurrados para fora da boca	1	1,1
102. Movimentos descontrolados	1	1,1
103. Aversão à comida	1	1,1
104. Gagueira	1	1,1

\*P75 - Percentil 75. \*\*P50 - Percentil 50. \*\*\*P25 - Percentil 25.

Foram identificadas 104 características definidoras nos pacientes do estudo. Destas, 26 estão acima do percentil 75 e são relacionadas às necessidades de autocuidado, mobilidade, comunicação, percepção sensorial, eliminação, nutrição, função respiratória e comportamento.

As características definidoras mais frequentes acima do percentual 50% foram: Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica (72,5%); Incapacidade de lavar o corpo (72,5%); Incapacidade de acessar o banheiro (71,4%); Incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo (59,3%); Incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada (59,3%); Incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo (58,2%); Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada (52,7%) e Anormalidades na fala (50,5%).

Estas características definidoras bastante comuns nos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico estão basicamente relacionadas aos diagnósticos de enfermagem de autocuidado. Em virtude do número elevado de características definidoras acima do percentil 75 com frequências abaixo de 40% (15), foram consideradas para a análise estatística as características cujas frequências estavam acima de 50%.

Como observado, a maioria das características definidoras (93) esteve presente em menos de 40% dos pacientes com acidente vascular encefálico, portanto, são características individuais.

A seguir, na Tabela 7, consta a distribuição dos fatores relacionados encontrados nos pacientes com acidente vascular encefálico.

**Tabela 7** – Distribuição dos fatores relacionados apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Fatores Relacionados</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
1. Prejuízo neuromuscular	74	81,3
2. Estado de mobilidade prejudicada	62	68,1
3. Diminuição da circulação cerebral	56	61,5
4. Interrupção do fluxo sanguíneo	54	59,3
5. Recepção sensorial alterada	49	53,8
6. Transmissão sensorial alterada	49	53,8
7. Integração sensorial alterada	49	53,8
8. Barreiras percebidas	22	24,2
9. Secreções retidas	18	19,8
10. Mudanças recentes de ambiente	17	18,7
11. Déficit de conhecimento	17	18,7
12. Prejuízo perceptivo	14	15,4
13. Barreira física (intubação)	13	14,3
14. Agentes lesivos: biológicos	13	14,3
15. Lesão neuromuscular (paralisia facial)	7	7,7
<b>P 75*</b>		
16. Complexidade do regime terapêutico	7	7,7
17. Infecção	6	6,6
18. Doença	6	6,6
19. Lesão neuromuscular (força ou contração diminuídas nos músculos da mastigação)	6	6,6
20. Limitações neuromusculares	5	5,5
21. Dificuldades econômicas	5	5,5
22. Equilíbrio prejudicado	5	5,5
23. Uso de sedativos	5	5,5
24. Incapacidade de perceber uma parte do corpo	4	4,4
25. Extremos de idade	4	4,4
26. Umidade	3	3,3
27. Prejuízo musculoesquelético	3	3,3
28. Desequilíbrio na ventilação-perfusão	3	3,3
29. Força muscular insuficiente	3	3,3
30. Desconfiança quanto ao regime	3	3,3
31. Imobilização física	3	3,3
<b>P 50**</b>		
32. Pele úmida	3	3,3
33. Hemiplegia do lado esquerdo decorrente do AVC do hemisfério direito	3	3,3
34. Dor	2	2,2
35. Fatores biofísicos (neurológicos)	2	2,2
36. Tratamento (fármacos)	2	2,2
37. Conflitos de decisão	2	2,2
38. Medo de cair	2	2,2
39. Uso de anticonvulsivantes	2	2,2
40. Circulação prejudicada	1	1,1
41. Estado metabólico prejudicado	1	1,1
42. Prejuízo cognitivo	1	1,1
43. Enfraquecimento do sistema musculoesquelético	1	1,1
44. Alteração do sistema nervoso central	1	1,1

<b>Fatores Relacionados</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
45. Bloqueio	1	1,1
46. Fatores psicológicos	1	1,1 <b>P 25***</b>
47. Uso de agentes antilipêmicos	1	1,1
48. Uso de bloqueadores de canais de cálcio	1	1,1
49. Dano sensorio-motor	1	1,1
50. Alteração nos fatores ambientais	1	1,1
51. Altos níveis de estresse e ansiedade	1	1,1
52. Efeitos adversos de medicações	1	1,1
53. Prejuízo funcional	1	1,1
54. Lesão cerebral decorrente de problemas cerebrovasculares	1	1,1
55. Fadiga na musculatura respiratória	1	1,1
56. Obesidade	1	1,1
57. Desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio	1	1,1
58. Presença de via área artificial	1	1,1
59. Fatores mecânicos (força abrasiva, contenções)	1	1,1
60. Mecanismos reguladores comprometidos	1	1,1
61. Incapacidade de perceber uma parte do corpo	1	1,1
62. Uso de diuréticos	1	1,1

\*P75 - Percentil 75. \*\*P50 - Percentil 50. \*\*\*P25 - Percentil 25.

Identificou-se um total de 62 fatores relacionados. Entre esses, os mais frequentes foram: Prejuízo neuromuscular (81,3%); Estado de mobilidade prejudicada (68,1%); Diminuição da circulação cerebral (61,5%); Interrupção do fluxo sanguíneo (59,3%); Recepção sensorial alterada (53,8%); Transmissão sensorial alterada (53,8%) e Integração sensorial alterada (53,8%).

Semelhante às características definidoras, foram considerados para a análise estatística os fatores relacionados cuja frequência estava acima de 50%.

Na Tabela 8 é apresentada a distribuição dos fatores de risco encontrados nos pacientes do estudo.

**Tabela 8** – Distribuição dos fatores de risco presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Fatores de Risco</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
1. Procedimentos invasivos	88	96,7	
2. Exposição ambiental aumentada a patógenos	88	96,7	
3. Imobilização física	43	47,3	
4. Alimentação por sondas	32	35,2	
5. Sensações prejudicadas	31	34,1	
6. Extremos de idade	28	30,8	
7. Nível de consciência reduzido	26	28,6	
8. Deglutição prejudicada	25	27,5	
9. Defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina)	25	27,5	
			<b>P 75**</b>
10. Presença de doença aguda	17	18,7	
11. Equilíbrio prejudicado	13	14,3	
12. Prejuízo perceptivo	14	15,4	
13. Defesas primárias inadequadas (pele rompida)	11	12,1	
14. Fatores mecânicos	11	12,1	
15. Dificuldade na marcha	11	12,1	
16. Inibidores da ECA	8	8,8	
17. Ambientais (falta de grades de proteção)	8	8,8	
18. Idade acima de 65 anos	7	7,7	
19. Gênero masculino	7	7,7	
			<b>P 50**</b>
20. História de AVC	7	7,7	
21. Situações que impedem a elevação da parte superior do corpo	6	6,6	
22. Hipertermia	6	6,6	
23. Uréia e creatinina aumentadas	6	6,6	
24. Mobilidade reduzida	6	6,6	
25. Hemoglobina diminuída	5	5,5	
26. Resíduo gástrico aumentado	4	4,4	
27. Força diminuída nas extremidades inferiores	4	4,4	
28. História de quedas	4	4,4	
29. Dificuldades visuais	3	3,3	
			<b>P 25***</b>
30. Mobilidade física prejudicada	3	3,3	
31. Agentes anti-hipertensivos	2	2,2	
32. Privação sensorial	2	2,2	
33. Mais de 60 anos de idade	2	2,2	
34. Anestesia	2	2,2	
35. Uso de agentes ansiolíticos	1	1,1	
36. Estado mental rebaixado	1	1,1	
37. Estado nutricional desequilibrado (obesidade)	1	1,1	
38. Desequilíbrios eletrolíticos	1	1,1	
39. Reflexos de tosse diminuídos	1	1,1	

\* P75 - Percentil 75. \*\* P50 - Percentil 50. \*\*\* P25 - Percentil 25.

Conforme demonstrado na Tabela 8, encontrou-se um total de 39 fatores de risco. Destes, os que estão acima do percentil 75 são: Procedimentos invasivos (96,7%); Exposição ambiental aumentada a patógenos (96,7%); Imobilização física (47,3%); Alimentação por

sondas (35,2%); Sensações prejudicadas (34,1%); Extremos de idade (30,8%); Nível de consciência reduzido (28,6%); Deglutição prejudicada (27,5%) e Defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina) (27,5%).

Tais fatores estão relacionados aos diagnósticos de enfermagem Risco de infecção, Risco de Aspiração e Risco de integridade da pele prejudicada, todos eles diagnósticos de enfermagem presentes acima do percentil 75.

Segundo se ressalta, para a análise estatística de associação foram considerados todos os fatores de risco situados acima do percentil 75.

Na Tabela 9 constam as estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem, os dados sociodemográficos e o tipo de acidente vascular encefálico.

**Tabela 9** – Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico segundo os dados sociodemográficos, tipo de acidente vascular encefálico e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem. Fortaleza, 2008

Dados sociodemográficos	Diagnósticos de Enfermagem								
	RI <sup>1</sup>	DABH <sup>2</sup>	DAHI <sup>3</sup>	DAVA <sup>4</sup>	CVP <sup>5</sup>	PTIC <sup>6</sup>	RIPP <sup>7</sup>	MLP <sup>8</sup>	RA <sup>9</sup>
Sexo									
Valor p	0,58*	0,46***	0,50***	0,20***	0,06***	0,74***	0,79***	0,49***	0,59***
RP**	0,66	1,23	1,20	1,42	1,62	1,07	0,94	0,85	1,13
IC (95%)**	(0,28-1,53)	(0,68-2,25)	(0,68-2,12)	(0,79-2,54)	(0,94-2,80)	(0,67-1,70)	(0,39-2,04)	(0,54-1,34)	(0,71-1,78)
Procedência									
Valor p	0,58***	0,36***	0,36***	0,10***	0,24***	0,00***	0,07***	0,14***	0,36***
RP	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IC (95%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado civil									
Valor p	1,00*	0,21***	0,10***	0,10***	0,56***	0,25***	0,02***	0,00***	0,02***
RP	0,81	0,77	0,71	0,77	0,89	0,80	0,64	0,59	0,65
IC (95%)	(0,35-1,86)	(0,52-1,12)	(0,50-1,03)	(0,53-1,12)	(0,61-1,30)	(0,55-1,16)	(0,16-0,88)	(0,40-0,88)	(0,44-0,96)
Tipo de AVE									
Valor p	0,60***	0,16***	0,12***	0,95***	0,68***	0,39***	0,23***	0,97***	0,95***
RP	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IC (95%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-

<sup>1</sup>RI – Risco de infecção. <sup>2</sup>DABH – Déficit no autocuidado para banho/higiene. <sup>3</sup>DAHI – Déficit no autocuidado para higiene íntima. <sup>4</sup>DAVA – Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se. <sup>5</sup>CVP – Comunicação verbal prejudicada. <sup>6</sup>PTIC – Perfusão tissular ineficaz tipo cerebral. <sup>7</sup>RIPP – Risco para integridade da pele prejudicada. <sup>8</sup>MLP – Mobilidade no leito prejudicada. <sup>9</sup>RA – Risco de aspiração. \*Teste Exato de Fischer. \*\*RP- Razão de Prevalência, com Intervalo de Confiança de 95%. O Valor do RP somente é calculado em tabelas 2X2. \*\*\* Teste Qui-Quadrado.

Com base nos dados expostos na Tabela 9, a variável procedência do interior do Estado do Ceará esteve associada significativamente à ocorrência do diagnóstico de enfermagem Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral ( $p=0,00$ ). Esta associação pode ser justificada pela demora do início do tratamento de pacientes provenientes do interior do Estado do Ceará, em virtude do tempo decorrido do surgimento do acidente vascular encefálico até a chegada ao hospital de referência. Tal situação pode acarretar lesões tissulares cerebrais irreversíveis e, assim, o aumento das incapacidades.

Como observado, foi identificada associação significativa entre existência de companheiro e a presença dos diagnósticos de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada ( $p=0,02$ ), Mobilidade no leito prejudicada ( $p=0,00$ ) e Risco de aspiração ( $p=0,02$ ).

O estado civil caracterizado pela presença de companheiro foi fator protetor para a ocorrência destes três diagnósticos de enfermagem ( $RP<0$ ). De acordo com o evidenciado, os pacientes que viviam com companheiro tinham 40% menos probabilidade de desenvolverem o diagnóstico de enfermagem Mobilidade no leito prejudicada ( $RP=0,59$ ) e, aproximadamente, 35% menos probabilidade de desenvolverem os diagnósticos Risco de integridade da pele prejudicada ( $RP=0,64$ ) e Risco de aspiração ( $RP=0,65$ ).

Conforme reconhecido, os familiares e/ou acompanhantes detêm um importante papel no cuidado aos seus parentes/amigos acometidos por acidente vascular encefálico. Nesta situação, o acompanhante, seja cônjuge ou não, auxilia na movimentação do paciente no leito e no ambiente e, desse modo, diminui os riscos de desenvolvimento de diagnósticos atrelados à mobilidade.

Quanto a algumas variáveis, como sexo e tipo de acidente vascular encefálico, neste estudo, não estiveram associados à presença de nenhum diagnóstico de enfermagem.

A seguir, na Tabela 10, são expostas as estatísticas de associação entre os indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem.

**Tabela 10** – Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico segundo os fatores de risco para as doenças cerebrovasculares e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem. Fortaleza, 2008

Fatores de risco para doenças cerebrovasculares	Diagnósticos de Enfermagem								
	RI <sup>1</sup>	DABH <sup>2</sup>	DAHI <sup>3</sup>	DAVA <sup>4</sup>	CVP <sup>5</sup>	PTIC <sup>6</sup>	RIPP <sup>7</sup>	MLP <sup>8</sup>	RA <sup>9</sup>
<b>Hipertensão</b>									
Valor p	1,00*	0,01***	0,03***	0,10***	0,72***	0,31***	0,45***	0,36***	0,34***
RP**	1,04	1,61	1,46	1,30	1,05	1,15	1,11	1,13	1,14
IC (95%)**	(0,46- 2,36)	(1,01- 2,57)	(0,96- 2,21)	(0,90- 1,86)	(0,78- 1,40)	(0,86- 1,65)	(0,84- 1,47)	(0,85- 1,51)	(0,86- 1,51)
<b>Diabetes mellitus</b>									
Valor p	1,00*	0,84***	0,61***	0,34***	0,11***	0,06***	0,06***	0,15***	0,45***
RP	0,90	1,07	1,21	1,44	1,77	1,45	1,88	1,60	1,28
IC (95%)	(1,76- 4,62)	(0,49- 2,32)	(0,55- 2,64)	(0,65- 3,17)	(0,83- 3,76)	(0,92- 4,15)	(0,94- 3,75)	(0,86- 3,11)	(0,67- 2,44)
<b>Dislipidemia</b>									
Valor p	1,00*	0,50*	0,74*	0,52*	0,56***	0,94***	0,49***	0,20*	0,23***
RP	**	0,66	0,76	0,71	1,34	1,03	0,70	0,47	0,53
IC (95%)	-	(0,24- 1,79)	(0,28- 2,07)	(0,26- 1,92)	(0,48- 3,68)	(0,38- 2,76)	(0,25- 1,93)	(0,16- 1,38)	(0,18- 1,55)
<b>AIT****</b>									
Valor p	1,00*	0,59*	0,60*	0,15*	0,39*	0,64*	0,02*	0,51***	0,36*
RP	**	0,47	0,54	0,28	0,46	0,48	**	0,24	0,26
IC (95%)	-	(0,08- 2,65)	(0,09- 3,02)	(0,05- 1,61)	(0,08- 2,62)	(0,08- 2,75)	-	(0,02- 2,09)	(0,03- 2,30)
<b>Cardiopatia</b>									
Valor p	1,00*	0,38*	0,53***	0,68***	0,42***	0,95***	0,51***	0,60***	0,06***
RP	**	1,72	1,36	1,20	1,41	0,97	1,31	1,31	2,20
IC (95%)	-	(0,55- 5,36)	(0,50- 3,71)	(0,48- 3,03)	(0,59- 3,40)	(0,43- 2,22)	(0,57- 2,98)	(0,57- 2,98)	(0,91- 5,31)
<b>Sedentarismo</b>									
Valor p	0,32*	1,00*	1,00*	1,00*	0,09*	0,34*	0,24***	0,91***	0,71***
RP	1,33	0,96	1,01	0,99	1,17	1,08	1,09	1,04	1,02
IC (95%)	(0,59- 2,97)	(0,81- 1,13)	(0,84- 1,21)	(0,84- 1,17)	(0,97- 1,40)	(0,51- 1,27)	(0,93- 1,78)	(0,89- 1,21)	(0,88- 1,19)
<b>Tabagismo</b>									
Valor p	0,61*	0,49***	0,85***	0,69***	0,34***	0,58***	0,59***	0,91***	0,46***
RP	1,53	0,85	0,95	0,91	1,23	0,89	0,97	0,95	1,16
IC (95%)	(0,30- 7,70)	(0,54- 1,32)	(0,60- 1,51)	(0,59- 1,41)	(0,78- 1,52)	(0,59- 1,33)	(0,59- 1,34)	(0,65- 1,46)	(0,77- 1,75)

<b>Fatores de risco para doenças cerebrovasculares</b>	<b>RI<sup>1</sup></b>	<b>DABH<sup>2</sup></b>	<b>DAHI<sup>3</sup></b>	<b>DAVA<sup>4</sup></b>	<b>CVP<sup>5</sup></b>	<b>PTIC<sup>6</sup></b>	<b>RIPP<sup>7</sup></b>	<b>MLP<sup>8</sup></b>	<b>RA<sup>9</sup></b>
<b>Etilismo</b>									
Valor p	1,00*	0,67***	0,92***	0,88***	0,14***	0,35***	0,41***	0,91***	0,87***
RP	0,88	0,85	0,96	0,95	1,78	1,37	1,30	0,96	1,05
IC (95%)	(0,17-4,53)	(0,42-1,74)	(0,47-1,98)	(0,47-1,89)	(0,80-3,60)	(0,60-2,71)	(0,68-2,49)	(0,51-1,81)	(0,55-1,98)
<b>Anticoncepcional</b>									
Valor p	0,72***	0,42***	0,06***	0,54***	0,14***	0,32***	0,05***	0,34***	0,57***
RP	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IC (95%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-

<sup>1</sup>RI – Risco de infecção. <sup>2</sup>DABH – Déficit no autocuidado para banho/higiene. <sup>3</sup>DAHI – Déficit no autocuidado para higiene íntima. <sup>4</sup>DAVA – Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se. <sup>5</sup>CVP – Comunicação verbal prejudicada. <sup>6</sup>PTIC – Perfusão tissular ineficaz tipo cerebral. <sup>7</sup>RIPP – Risco para integridade da pele prejudicada. <sup>8</sup>MLP – Mobilidade no leito prejudicada. <sup>9</sup>RA – Risco de aspiração. \* Teste Exato de Fischer. \*\* RP - Razão de Prevalência com Intervalo de Confiança de 95%. A Razão de Prevalência não foi calculada nas caselas com frequência igual a zero. \*\*\* Teste Qui-Quadrado. \*\*\*\* AIT Ataque isquêmico transitório.

O indicador de risco presença de hipertensão arterial foi associado significativamente com os diagnósticos de enfermagem Déficit no autocuidado para banho/higiene ( $p= 0,01$ ) e Déficit no autocuidado para higiene íntima ( $p= 0,03$ ). Nesta pesquisa, pacientes portadores de hipertensão arterial tiveram cerca de 2 vezes mais probabilidade de manifestarem Déficit no autocuidado para banho/higiene (RP= 1,61) e 1,5 vez mais probabilidade de Déficit no autocuidado para higiene íntima (RP= 1,46) do que aqueles não portadores de hipertensão arterial.

Além disso, o ataque isquêmico transitório esteve associado significativamente à presença do diagnóstico de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada ( $p= 0,02$ ). Não foram encontradas na literatura explicações sobre esta associação e, por isso, acredita-se que possa ser uma relação espúria.

Outros indicadores de risco como diabetes mellitus, dislipidemias, cardiopatias, sedentarismo, tabagismo, etilismo e uso de anticoncepcional não foram associados à ocorrência de nenhum diagnóstico de enfermagem.

Nas Tabelas a seguir (11 a 14), são expostas as estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico.

**Tabela 11** – Distribuição das estatísticas de associação entre os diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

Diagnósticos de Enfermagem	RIPP	DAVA	RA	DAHI	CVP	MLP	DABH	PTIC <sup>9</sup>
<b>RI<sup>1</sup></b>								
Valor p	0,10*	0,19*	0,61*	0,15*	0,04*	0,10*	0,54*	0,06*
RP**	**	2,18	1,53	2,28	**	**	1,15	**
IC (95%)**		(0,43-10,86)	(0,30-7,70)	(0,45-11,36)	-	-	(0,51-2,60)	-
<b>RIPP<sup>2</sup></b>								
Valor p	-	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP		2,33	3,68	**	2,75	9,85	**	3,94
IC (95%)		(1,64-3,33)	(2,01-6,71)	-	(1,77-4,27)	(3,86-25,15)	-	(2,27-6,82)
<b>DAVA<sup>3</sup></b>								
Valor p	-	-	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00
RP			8,80	4,13	2,85	18,8	4,26	6,80
IC (95%)			(2,29-33,67)	(2,04-8,35)	(1,49-5,45)	(7,73-129,2)	(2,11-8,61)	(2,32-19,86)
<b>RA<sup>4</sup></b>								
Valor p	-	-	-	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP				1,79	2,30	4,89	1,76	2,32
IC (95%)				(1,75-2,37)	(1,55-3,40)	(2,58-9,76)	(1,35-2,29)	(153-3,51)
<b>DAHI<sup>5</sup></b>								
Valor p	-	-	-	-	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP					3,51	**	**	17,9
IC (95%)					(1,60-7,72)	-	-	(2,62-122,4)
<b>CVP<sup>6</sup></b>								
Valor p	-	-	-	-	-	0,00***	0,00***	0,00***
RP						5,13	1,72	7,45
IC (95%)						(2,25-11,68)	(1,24-2,39)	(2,95-18,81)
<b>MLP<sup>7</sup></b>								
Valor p	-	-	-	-	-	-	0,00***	0,00***
RP							**	3,50
IC (95%)							-	(2,08-5,88)
<b>DABH<sup>8</sup></b>								
Valor p	-	-	-	-	-	-	-	0,00***
RP								15,90
IC (95%)								(2,33-108,1)

<sup>1</sup>RI – Risco de infecção. <sup>2</sup>RIPP – Risco para integridade da pele prejudicada. <sup>3</sup>DAVA – Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se. <sup>4</sup>RA – Risco de aspiração. <sup>5</sup>DAHI – Déficit no autocuidado para higiene íntima. <sup>6</sup>CVP – Comunicação verbal prejudicada. <sup>7</sup>MLP – Mobilidade no leito prejudicada. <sup>8</sup>DABH – Déficit no autocuidado para banho/higiene. <sup>9</sup>PTIC – Perfusão tissular ineficaz tipo cerebral. \*Teste Exato de Fischer. \*\*RP - Razão de Prevalência com Intervalo de Confiança de 95%. A Razão de Prevalência não foi calculada nas caselas com frequência igual a zero. \*\*\*Teste Qui-Quadrado.

Conforme observado na Tabela 11, o diagnóstico de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada demonstrou associação com todos os diagnósticos de enfermagem ( $p= 0,00$ ), exceto com o diagnóstico Risco de infecção ( $p=0,10$ ).

Os pacientes com o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada tiveram 2,3 vezes mais probabilidade de manifestarem Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se ( $RP=2,33$ ) e 10 vezes mais probabilidade para Mobilidade no leito prejudicada ( $RP= 9,85$ ).

Importa destacar o seguinte: os diagnósticos de enfermagem Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, Risco de aspiração, Déficit no autocuidado para higiene íntima, Comunicação verbal prejudicada, Mobilidade no leito prejudicada e Déficit no autocuidado para banho/higiene revelaram associação significativa com todos os diagnósticos de enfermagem cruzados ( $p= 0,00$ ). O único diagnóstico de enfermagem que apresentou associação estatística com o diagnóstico Risco de infecção foi Comunicação verbal prejudicada ( $p=0,04$ ).

Segundo identificado, os portadores de acidente vascular encefálico com Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se tiveram 9 vezes mais probabilidade de Risco de aspiração ( $RP=8,80$ ); 4 vezes mais probabilidade de Déficit no autocuidado para higiene íntima ( $RP=4,13$ ); 19 vezes mais probabilidade de Mobilidade no leito prejudicada ( $RP= 18,8$ ); 4 vezes mais probabilidade de Déficit no autocuidado para banho/higiene ( $RP= 4,26$ ) e 7 vezes mais de Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral ( $RP=6,8$ ).

Os pacientes com o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração apresentaram 2 vezes mais probabilidade de Déficit no autocuidado para higiene íntima ( $RP=1,79$ ) e Déficit no autocuidado para banho/higiene ( $RP=1,76$ ) e 5 vezes mais de apresentarem Mobilidade no leito prejudicada ( $RP=4,89$ ).

Ainda como observado, os indivíduos com Comunicação verbal prejudicada apresentaram 7 vezes mais probabilidade de terem o diagnóstico de enfermagem Perfusão tissular ineficaz - tipo cerebral ( $RP=7,45$ ).

Neste estudo, os indivíduos avaliados identificados com o diagnóstico Mobilidade no leito prejudicada possuíam 3 vezes mais probabilidade de Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral ( $RP=3,50$ ).

Estas associações encontradas entre os diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico devem-se, principalmente, aos prejuízos advindos do comprometimento da circulação cerebral, os quais acarretam deficiências na mobilidade, no processo de comunicação e na execução das atividades de autocuidado.

**Tabela 12** – Distribuição das estatísticas de associação entre as características definidoras e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

Características Definidoras	Diagnósticos de Enfermagem								
	RI <sup>1</sup>	RIPP <sup>2</sup>	DAVA <sup>3</sup>	RA <sup>4</sup>	DAHI <sup>5</sup>	CVP <sup>6</sup>	MLP <sup>7</sup>	DABH <sup>8</sup>	PTIC <sup>9</sup>
<b>IRSUPC<sup>10</sup></b>									
Valor p	0,06*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP**		4,47	**	2,79	**	2,98	3,94	**	3,94
IC (95%)**	-	(2,49- 8,04)	-	(1,78- 4,37)	-	(1,67- 5,30)	(2,27- 6,82)	-	(2,11- 7,34)
<b>IRINFC<sup>11</sup></b>									
Valor p	0,06*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	**	5,03	**	3,01	**	2,91	4,38	**	3,85
IC (95%)	-	(2,68- 9,45)	-	(1,87- 4,82)	-	(1,63- 5,19)	(2,43- 7,87)	-	(2,06- 7,20)
<b>IVSCH<sup>12</sup></b>									
Valor p	1,00*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	1,09	2,21	4,00	2,09	21,98	2,02	**	**	2,54
IC (95%)	(0,48- 2,45)	(1,58- 3,10)	(1,97- 8,09)	(1,52- 2,87)	(3,23- 149,59)	(1,37- 2,99)	-	-	(1,67- 3,85)
<b>IFHI<sup>13</sup></b>									
Valor p	0,06*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	**	3,94	**	3,08	**	2,33	3,94	**	3,01
IC (95%)	-	(2,27- 6,82)	-	(1,93- 4,93)	-	(1,40- 3,87)	(2,27- 6,82)	-	(1,74- 5,19)
<b>IAB<sup>14</sup></b>									
Valor p	1,00*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	1,07	2,33	4,80	1,91	21,64	1,82	2,33	**	2,49
IC (95%)	(0,47- 2,41)	(1,64- 3,33)	(2,17- 10,58)	(1,40- 2,60)	(3,18- 147,3)	(1,26- 2,64)	(1,64- 3,33)	-	(1,64- 3,79)
<b>ILC<sup>15</sup></b>									
Valor p	0,18*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	2,21	**	12,8	2,09	10,82	2,02	**	**	2,54
IC (95%)	(0,44- 11,03)	-	(3,37- 48,48)	(1,52- 2,87)	(2,87- 40,74)	(1,37- 2,99)	-	-	(1,67- 3,85)
<b>CPMSS<sup>16</sup></b>									
Valor p	0,10*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	**	9,85	18,80	4,89	**	**	**	**	5,89
IC (95%)	-	(3,86- 25,15)	(2,73- 129,2)	(2,58- 9,26)	-	-	-	-	(2,57- 13,46)
<b>AF<sup>17</sup></b>									
Valor p	0,11*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	**	3,68	8,80	2,23	15,22	**	3,68	13,5	**
IC (95%)	-	(2,01- 6,71)	(2,29- 33,67)	(1,39- 3,59)	(2,22- 104,27)	-	(2,01- 6,71)	(1,97- 92,14)	-

<sup>1</sup>RI – Risco de infecção. <sup>2</sup>RIPP – Risco para integridade da pele prejudicada. <sup>3</sup>DAVA – Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se. <sup>4</sup>RA – Risco de aspiração. <sup>5</sup>DAHI – Déficit no autocuidado para higiene íntima. <sup>6</sup>CVP

– Comunicação verbal prejudicada. <sup>7</sup>MLP – Mobilidade no leito prejudicada. <sup>8</sup>DABH – Déficit no autocuidado para banho/higiene. <sup>9</sup>PTIC – Perfusão tissular ineficaz tipo cerebral. <sup>10</sup>IRSUPC – Incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo. <sup>11</sup>IRINFC – Incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo. <sup>12</sup>IVSCH – Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica. <sup>13</sup>IFHI – Incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada. <sup>14</sup>IAB – Incapacidade de acessar o banheiro. <sup>15</sup>ILC – Incapacidade de lavar o corpo. <sup>16</sup>CPMSS – Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada. <sup>17</sup>AF – Anormalidades na fala. \* Teste Exato de Fischer. \*\* RP - Razão de Prevalência com Intervalo de Confiança de 95%. A Razão de Prevalência não foi calculada nas caselas com frequência igual a zero. \*\*\* Teste Qui-Quadrado.

Com base na Tabela 12, todas as características definidoras evidenciaram associação estatística com todos os diagnósticos de enfermagem ( $p= 0,00$ ), com exceção do diagnóstico Risco de infecção.

Segundo identificado, os pacientes com incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo tiveram 4 vezes mais probabilidade de manifestarem Risco de integridade da pele prejudicada (RP= 4,47), Mobilidade no leito prejudicada (RP=3,94) e Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=3,94) e 3 vezes mais de terem Risco de aspiração (RP=2,79)

Aqueles identificados com a característica incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo tiveram mais probabilidade de apresentarem os diagnósticos de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada (RP=5,03) quando comparados aos doentes incapacitados de colocar roupas na parte superior do corpo.

Estes mesmos pacientes identificados com a característica definidora incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo apresentaram 3 vezes mais probabilidade de possuírem Risco de aspiração (RP=3,01) e 4 vezes mais de terem Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=3,85).

No estudo, os indivíduos com incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica possuíam, aproximadamente, 2 vezes mais probabilidade de terem Risco de integridade da pele prejudicada (RP=2,21), Risco de aspiração (RP=2,09) e Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=2,54); 4 vezes mais de Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se e 22 vezes mais para Déficit no autocuidado para higiene íntima (RP=21,98).

O elevado risco de desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem Déficit no autocuidado para higiene íntima, quando a característica definidora incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica estava presente, deve-se ao fato de ser esta uma característica específica deste diagnóstico.

Ainda como observado, os portadores de acidente vascular encefálico com incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada tinham 4 vezes mais probabilidade de possuírem os diagnósticos Risco de integridade da pele prejudicada e Mobilidade no leito

prejudicada (RP=3,94); 3 vezes mais de Risco de aspiração (RP=3,08) e Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=3,01).

Ademais, aqueles com incapacidade de acessar o banheiro apresentavam 2 vezes mais probabilidade de terem os diagnósticos Risco de integridade da pele prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada (RP=2,33); 5 vezes mais de terem Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (RP=4,80); 2,5 vezes de Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=2,49). Entretanto, o maior valor da Razão de Prevalência foi para a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Déficit no autocuidado para higiene íntima (RP= 21,64).

Incapacidade de acessar o banheiro é uma característica definidora específica do diagnóstico de enfermagem Déficit no autocuidado para banho/higiene, mas é semelhante à característica incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica, que é própria do diagnóstico Déficit no autocuidado para higiene íntima. Por isso, encontrou-se um valor de Razão de Prevalência tão elevado.

Quando a característica incapacidade de lavar o corpo estava presente, os pacientes mostraram 2 vezes mais probabilidade de terem Risco de aspiração (RP=2,09) e Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=2,54) e 11 vezes mais de Déficit no autocuidado para higiene íntima (RP=10,82).

Destarte, conforme se constata, algumas características definidoras do Déficit de autocuidado para banho/higiene podem ser utilizadas como marcadores para a ocorrência dos diagnósticos Déficit no autocuidado para higiene íntima e Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, entre os pacientes com acidente vascular encefálico.

Nos pacientes com capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada houve 10 vezes mais probabilidade de terem Risco de integridade da pele prejudicada (RP=9,85); 19 vezes de Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (RP= 18,80); 5 vezes mais probabilidade de Risco de aspiração (RP=4,89) e 6 vezes mais de terem Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=5,89).

**Tabela 13** – Distribuição das estatísticas de associação entre os fatores relacionados e a ocorrência dos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

Fatores Relacionados	Diagnósticos de Enfermagem								
	RI <sup>1</sup>	RIPP <sup>2</sup>	DAVA <sup>3</sup>	RA <sup>4</sup>	DAHI <sup>5</sup>	CVP <sup>6</sup>	MLP <sup>7</sup>	DABH <sup>8</sup>	PTIC <sup>9</sup>
<b>Prejneu<sup>10</sup></b>									
Valor p	0,46*	0,00***	0,00*	0,00***	0,00*	0,00***	0,00***	0,00*	0,00***
RP**	1,22	**	**	1,51	**	1,72	**	**	**
IC (95%)**	(0,54- 2,74)	-	-	(1,21- 1,89)	-	(1,27- 2,33)	-	-	-
<b>Emobp<sup>11</sup></b>									
Valor p	1,00*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	1,02	2,19	4,56	2,21	20,63	1,86	2,37	**	2,34
IC (95%)	(0,45- 2,30)	(1,52- 3,14)	(2,06- 10,07)	(1,56- 3,14)	(3,02- 140,53)	(1,25- 2,77)	(1,62- 3,45)	-	(1,53- 3,58)
<b>DCC<sup>12</sup></b>									
Valor p	0,05*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	**	2,96	3,33	2,44	4,39	**	2,96	3,90	5,71
IC (95%)	-	(1,86- 4,71)	(1,63- 6,80)	(1,62- 3,68)	(1,78- 10,81)	-	(1,86- 4,71)	(1,59- 9,52)	(2,73- 11,92)
<b>Intflxsg<sup>13</sup></b>									
Valor p	0,06*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	**	3,94	6,80	2,32	17,92	7,45	3,50	15,90	**
IC (95%)	-	(2,27- 6,82)	(2,32- 19,86)	(1,53- 3,51)	(2,62- 122,4)	(2,95- 18,81)	(2,08- 5,88)	(2,33- 108,1)	-
<b>Recsa<sup>14</sup></b>									
Valor p	1,00*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	0,80	3,09	4,50	1,68	3,80	2,32	2,76	4,60	3,51
IC (95%)	(0,35- 1,82)	(1,82- 5,25)	(1,80- 11,24)	(1,11- 2,54)	(1,53- 9,42)	(1,34- 4,03)	(1,66- 4,57)	(1,59- 13,29)	(1,86- 6,60)
<b>Transa<sup>15</sup></b>									
Valor p	1,00*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	0,80	3,09	4,50	1,68	3,80	2,32	2,76	4,60	3,51
IC (95%)	(0,35- 1,82)	(1,82- 5,25)	(1,80- 11,24)	(1,11- 2,54)	(1,53- 9,42)	(1,34- 4,03)	(1,66- 4,57)	(1,59- 13,29)	(1,86- 6,60)
<b>Intsa<sup>16</sup></b>									
Valor p	1,00*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	0,80	3,09	4,50	1,68	3,80	2,32	2,76	4,60	3,51
IC (95%)	(0,35- 1,82)	(1,82- 5,25)	(1,80- 11,24)	(1,11- 2,54)	(1,53- 9,42)	(1,34- 4,03)	(1,66- 4,57)	(1,59- 13,29)	(1,86- 6,60)

<sup>1</sup>RI – Risco de infecção. <sup>2</sup>RIPP – Risco para integridade da pele prejudicada. <sup>3</sup>DAVA – Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se. <sup>4</sup>RA – Risco de aspiração. <sup>5</sup>DAHI – Déficit no autocuidado para higiene íntima. <sup>6</sup>CVP – Comunicação verbal prejudicada. <sup>7</sup>MLP – Mobilidade no leito prejudicada. <sup>8</sup>DABH – Déficit no Autocuidado para banho/higiene. <sup>9</sup>PTIC – Perfusão tissular ineficaz tipo cerebral. <sup>10</sup>Prejneu – Prejuízo neuromuscular. <sup>11</sup>Emobp – Estado de mobilidade prejudicada. <sup>12</sup>DCC – Diminuição da circulação cerebral. <sup>13</sup>Intflxsg – Interrupção do fluxo sanguíneo. <sup>14</sup>Recsa – Recepção sensorial alterada. <sup>15</sup>Transa – Transmissão sensorial alterada. <sup>16</sup>Intsa – Integração sensorial alterada. \*Teste Exato de Fischer. \*\* RP - Razão de Prevalência com Intervalo de Confiança de 95%. A Razão de Prevalência não foi calculada nas caselas com frequência igual a zero. \*\*\*Teste Qui-Quadrado.

Conforme demonstrado na Tabela 13, todos os fatores relacionados revelaram associação estatística com todos os diagnósticos de enfermagem ( $p= 0,00$ ), com exceção do diagnóstico Risco de infecção.

Entre as principais conseqüências do acidente vascular encefálico está o prejuízo neuromuscular. Esse, quando presente, aumentou em 1,5 vez a probabilidade de o paciente ter o diagnóstico Risco de aspiração (RP=1,51) e 2 vezes de Comunicação verbal prejudicada (RP=1,72).

Segundo percebeu-se, os pacientes que tinham como fator relacionado estado de mobilidade prejudicada apresentaram 2 vezes mais probabilidade de Risco de integridade da pele prejudicada (RP=2,19), Risco de aspiração (RP=2,21), Mobilidade no leito prejudicada (RP=2,37) e Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=2,34) e 4 vezes mais de Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (RP=4,56).

Ainda como percebeu-se, o valor da Razão de Prevalência foi mais elevado para o diagnóstico de enfermagem Déficit no autocuidado para higiene íntima (RP=20,63), isto porque o estado de mobilidade prejudicada é fator relacionado deste diagnóstico.

Como mostram os dados, os portadores de acidente vascular encefálico que apresentaram diminuição da circulação cerebral tiveram 3 vezes mais probabilidade de Risco de integridade da pele prejudicada (RP=2,96), Mobilidade no leito prejudicada (RP=2,96) e Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (RP=3,33); também tiveram 4 mais de Déficit no autocuidado para higiene íntima (RP=4,39) e Déficit no autocuidado para banho/higiene (RP=3,90); além de 6 vezes mais de Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=5,71).

Para aqueles que possuíam o fator relacionado interrupção do fluxo sanguíneo houve 4 vezes mais probabilidade de desenvolverem Risco de integridade da pele prejudicada (RP=3,94); 7 vezes mais de terem Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (RP=6,80); 2 vezes mais de Risco de aspiração (RP=2,32); 18 vezes mais de Déficit no autocuidado para higiene íntima (RP=17,92); 7,4 vezes mais de Comunicação verbal prejudicada (RP=7,45); 3 vezes mais de Mobilidade no leito prejudicada (RP=3,50) e 16 vezes mais probabilidade de terem Déficit no autocuidado para banho/higiene (RP=15,90).

Em virtude da dificuldade de distinguir em uma avaliação física sem instrumentos específicos, entre os fatores relacionados recepção sensorial alterada, integração sensorial alterada e transmissão sensorial alterada nos pacientes com acidente vascular encefálico, estes três fatores relacionados sempre foram formulados em conjunto. Apesar de mencionados fatores não integrarem nenhum dos diagnósticos de enfermagem acima do percentil 75, eles

foram associados significativamente a todos os diagnósticos ( $p=0,00$ ), com exceção do Risco de infecção.

Os pacientes com recepção sensorial alterada, integração sensorial alterada e transmissão sensorial alterada manifestaram 3 vezes mais probabilidade de terem Risco de integridade da pele prejudicada ( $RP=3,09$ ) e 2 vezes mais de desenvolverem Comunicação verbal prejudicada ( $RP=2,32$ ).

**Tabela 14** – 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								
	RI <sup>1</sup>	RIPP <sup>2</sup>	DAVA <sup>3</sup>	RA <sup>4</sup>	DAHI <sup>5</sup>	CVP <sup>6</sup>	MLP <sup>7</sup>	DABH <sup>8</sup>	PTIC <sup>9</sup>
<b>Procin<sup>10</sup></b>									
Valor p	0,00*	0,10*	0,19*	0,61*	0,15*	0,04*	0,10*	0,54*	0,06*
RP**	**	1,07	1,06	1,02	1,07	**	**	1,02	**
IC (95%)**	-	(0,99-1,16)	(0,95-1,19)	(0,94-1,10)	(0,94-1,22)	-	-	(0,91-1,13)	-
<b>Expamb<sup>11</sup></b>									
Valor p	0,00*	0,10*	0,19*	0,61*	0,15*	0,04*	0,10*	0,54*	0,06*
RP	**	1,07	1,06	1,02	1,07	**	**	1,02	**
IC (95%)	-	(0,99-1,16)	(0,95-1,19)	(0,94-1,10)	(0,94-1,22)	-	-	(0,91-1,13)	-
<b>Defsechb<sup>12</sup></b>									
Valor p	0,55*	0,07***	0,00***	0,00***	0,02***	0,03***	0,01***	0,03***	0,08***
RP	**	1,90	4,60	3,09	3,89	2,38	3,58	3,45	2,17
IC (95%)	-	(0,91-3,96)	(1,16-18,12)	(1,36-7,03)	(0,99-15,23)	(0,98-5,77)	(1,47-8,72)	(0,88-13,44)	(0,95-4,91)
<b>Imobfis<sup>13</sup></b>									
Valor p	0,24*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	**	37,6	**	5,03	**	5,81	**	**	6,68
IC (95%)	-	(5,40-261,8)	-	(2,50-10,10)	-	(2,27-14,84)	-	-	(2,60-17,10)
<b>Extidade<sup>14</sup></b>									
Valor p	0,55*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,01***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	**	24,1	**	3,58	**	2,74	11,64	**	4,11
IC (95%)	-	(3,43-170,5)	-	(1,60-8,01)	-	(1,15-6,54)	(2,93-46,20)	-	(1,55-10,87)
<b>Sensprej<sup>15</sup></b>									
Valor p	0,54*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	**	**	**	2,39	**	5,56	6,04	**	9,93
IC (95%)	-	-	-	(1,23-4,61)	-	(1,83-16,90)	(2,30-15,88)	-	(2,52-39,11)
<b>Alimson<sup>16</sup></b>									
Valor p	0,54*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	**	4,83	12,4	**	**	5,76	13,43	**	4,79
IC (95%)	-	(2,04-11,44)	(1,78-86,12)	-	-	(1,90-17,50)	(3,41-52,93)	-	(1,83-12,53)

Fatores de Risco	RI <sup>1</sup>	RIPP <sup>2</sup>	DAVA <sup>3</sup>	RA <sup>4</sup>	DAHI <sup>5</sup>	CVP <sup>6</sup>	MLP <sup>7</sup>	DABH <sup>8</sup>	PTIC <sup>9</sup>
Degprej <sup>17</sup>									
Valor p	1,00*	0,07***	0,00***	0,00***	0,02***	0,10***	0,00***	0,00***	0,20***
RP	0,81	1,90	9,60	**	3,89	1,88	3,58	7,20	1,76
IC (95%)	(0,15-4,20)	(0,91-3,96)	(1,36-67,34)	-	(0,99-15,23)	(0,83-4,26)	(1,47-8,72)	(1,03-50,10)	(0,81-3,79)
Nivcons <sup>18</sup>									
Valor p	0,55*	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***	0,00***
RP	**	10,75	10,00	**	**	14,91	**	**	5,25
IC (95%)	-	(2,69-42,83)	(1,42-70,03)	-	-	(2,11-105,1)	-	-	(1,70-16,23)

<sup>1</sup>RI – Risco de infecção. <sup>2</sup>RIPP – Risco para integridade da pele prejudicada. <sup>3</sup>DAVA – Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se. <sup>4</sup>RA – Risco de aspiração. <sup>5</sup>DAHI – Déficit no autocuidado para higiene íntima. <sup>6</sup>CVP – Comunicação verbal prejudicada. <sup>7</sup>MLP – Mobilidade no leito prejudicada. <sup>8</sup>DABH – Déficit no autocuidado para banho/higiene. <sup>9</sup>PTIC – Perfusão tissular ineficaz tipo cerebral. <sup>10</sup>Procin – Procedimentos invasivos. <sup>11</sup>Expamb – Exposição ambiental aumentada a patógenos. <sup>12</sup>Defsechb – Defesas secundárias inadequadas – diminuição da hemoglobina. <sup>13</sup>Imobfis – Imobilização física. <sup>14</sup>Extidade – Extremos de idade. <sup>15</sup>Sensprej – Sensações prejudicadas. <sup>16</sup>Alimson – Alimentação por sondas. <sup>17</sup>Degprej – Deglutição prejudicada. <sup>18</sup>Nivcons – Nível de consciência reduzido. \*Teste Exato de Fischer. \*\*RP - Razão de Prevalência com Intervalo de Confiança de 95%. A Razão de Prevalência não foi calculada nas caselas com frequência igual a zero. \*\*\*Teste Qui-Quadrado.

Segundo os dados expostos na Tabela 14, os fatores de risco procedimentos invasivos e exposição ambiental aumentada a patógenos apresentaram associação estatística com os diagnósticos de enfermagem Risco de infecção (p= 0,00) e Comunicação verbal prejudicada (p= 0,04). Por não haver plausibilidade biológica entre estes dois fatores de risco e o diagnóstico Comunicação verbal prejudicada, esta associação é considerada espúria.

É importante ressaltar que o fator defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina) não esteve associado ao diagnóstico Risco de infecção (p= 0,55), apesar de ser um dos fatores de risco deste diagnóstico.

Contudo, imobilização física foi associada estatisticamente a todos os diagnósticos de enfermagem (p= 0,00), exceto Risco de infecção (p= 0,24). Este fator elevou em 38 vezes a probabilidade de um paciente com acidente vascular encefálico apresentar Risco para integridade da pele prejudicada (RP=37,6); 5 vezes mais probabilidade de ter Risco de aspiração (RP=5,03) e 7 vezes de Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=6,68).

Cabe destacar, o seguinte: o fator de risco extremos de idade esteve associado significativamente a todos os diagnósticos de enfermagem (p= 0,00 e p= 0,01 para o diagnóstico Comunicação verbal prejudicada), mas com exceção do diagnóstico Risco de infecção (p= 0,55).

Os portadores de acidente vascular encefálico com idades extremas tinham 24 vezes mais probabilidade de Risco de integridade da pele prejudicada (RP=24,18); 3 vezes mais de desenvolverem Comunicação verbal prejudicada (RP=2,74); 12 vezes mais de Mobilidade no leito prejudicada (RP=11,64) e 4 vezes mais de apresentarem Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=4,11).

Sensações prejudicadas, alimentação por sondas e nível de consciência reduzido foram fatores de risco associados significativamente a todos os diagnósticos de enfermagem ( $p= 0,00$ ), exceto Risco de infecção.

Aqueles com sensações prejudicadas manifestaram 10 vezes mais probabilidade de apresentarem Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (RP=9,93). Já os pacientes que se alimentavam por sondas mostraram 5 vezes mais probabilidade de terem Risco de integridade da pele prejudicada (RP=4,83).

Ademais, os doentes com nível de consciência reduzido revelaram 11 vezes mais probabilidade de Risco de integridade da pele prejudicada (RP=10,75); 10 vezes mais de Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (RP=10,00); 15 vezes mais de possuírem Comunicação verbal prejudicada (RP=14,91) e 5 vezes mais de terem Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (5,25).

A deglutição prejudicada foi associada de forma significativa aos diagnósticos de enfermagem Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se ( $p= 0,00$ ), Risco de aspiração ( $p= 0,00$ ), Déficit no autocuidado para higiene íntima ( $p= 0,02$ ), Mobilidade no leito prejudicada ( $p= 0,00$ ) e Déficit no autocuidado para banho/higiene ( $p= 0,00$ ).

## 5 DISCUSSÃO

Em 2002, o acidente vascular encefálico foi a principal causa de mortalidade no Brasil, responsável por 87.344 casos fatais, seguido da doença arterial coronariana, com 81.505 mortes. Além disso, o Brasil possui a maior taxa de mortalidade por acidente vascular encefálico quando comparado aos outros países latino-americanos (LOTUFO, 2005).

A mortalidade por acidente vascular encefálico é maior nas regiões mais pobres do Brasil, como a Norte, a Nordeste e a Centro-Oeste, e em grande parte, a ocorrência dessa elevada mortalidade é atribuída aos fatores sociais desfavoráveis (LOTUFO, 2005; NEVES *et al.*, 2002). Destarte, torna-se indispensável analisar os fatores sociodemográficos presentes nos pacientes avaliados no estudo então elaborado.

Em relação à variável sexo, as mulheres estiveram mais presentes no estudo. Diferentemente dos achados ora obtidos, diversas pesquisas nacionais (FALCÃO *et al.*, 2004; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; RADANOVIC, 2000) e internacionais (DI CARLO *et al.*, 2006; LENO *et al.*, 1993; MEDRANO ALBERO *et al.*, 2006; MORENO *et al.*, 2008) encontraram uma predominância discretamente maior do acidente vascular encefálico na população masculina.

Como refere André (2006), a incidência dessa doença nos homens é discretamente superior à ocorrida nas mulheres em qualquer idade, com a proporção de 1,2: 1, respectivamente. Todavia, Yamashita *et al.* (2004), ao avaliarem 38 pacientes internados em um hospital de São Paulo com acidente vascular encefálico, encontraram 22 (57,9%) pacientes do sexo feminino e 16 (42,1%) do sexo masculino.

Acredita-se que este leve predomínio do sexo feminino encontrado no estudo possa ser atribuído à faixa etária, porque a sobrevivência de mulheres até idades mais avançadas é maior, e assim, ocorre um excesso aparente de acidente vascular encefálico na população feminina (ANDRÉ, 2006).

Conforme mostram alguns estudos ao relacionarem as taxas de mortalidade por acidente vascular encefálico por sexo, essa mortalidade é mais alta entre as mulheres do que entre os homens (LOTUFO, 2005; SANCLEMENTE ANSÓ *et al.*, 2004).

No estudo ora desenvolvido, a média de idade dos indivíduos foi 64,2 anos (DP= 14,2). Embora o acidente vascular encefálico seja uma doença cerebrovascular passível de acontecer em qualquer faixa etária, sua incidência aumenta à medida que avança a idade, e dobra aproximadamente a cada década de vida (ANDRÉ, 2006). Segundo afirmam Zétola *et*

*al.* (2001) a incidência do acidente vascular encefálico tem pico entre a sétima e a oitava décadas de vida, quando se somam as alterações cardiovasculares e metabólicas relacionadas ao processo de envelhecimento.

Outros estudos sobre o tema confirmam estas informações. Por exemplo, pesquisa feita na Espanha com pacientes portadores de acidente vascular encefálico encontrou a idade média de 75,7 anos (DP= 1,9) (SANCLEMENTE ANSÓ *et al.*, 2004) e um estudo multicêntrico desenvolvido em sete países europeus observou que a média de idade dos pacientes foi 70,9 anos (DP= 12,4) (DI CARLO *et al.*, 2006).

Esta leve discrepância em relação à média de idade é explicada por ter o estudo, ora realizado, avaliado pacientes com o primeiro episódio da doença. Isso é corroborado por Falcão *et al.* (2004), ao citarem o estudo de Cabral *et al.* (1997), no qual foi encontrada a média de idade de 65,2 anos. Um trabalho semelhante desenvolvido em São Paulo por Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004) também detectou uma predominância de pacientes na faixa etária entre 60 e 70 anos (66%), quando consideraram o primeiro episódio de acidente vascular encefálico.

Em relação à procedência, grande parte dos avaliados era do interior do Estado do Ceará. Como se sabe, o hospital cenário do estudo é referência no Ceará para o tratamento do acidente vascular encefálico e os hospitais do interior, em sua maioria, não dispõem de recursos diagnósticos e terapêuticos precisos para o atendimento desta clientela. Por isso, é constante a transferência desses pacientes para o hospital da capital.

Quanto à mediana de anos de estudo, segundo observado no trabalho, foi 1,0 ano (DP= 3,4) e a maioria dos pacientes (P75) estudou até cinco anos. Pertinente à renda, a mediana de salários mínimos por paciente foi 1,0 salário. A maior parte dos pacientes era aposentada. Consoante mostram os dados, os participantes desta pesquisa possuíam condições socioeconômicas desfavoráveis.

Em um estudo elaborado por Falcão *et al.* (2004), encontrou-se o seguinte: a escolaridade predominante foi de analfabetos (39,1%) e de nível elementar com até três anos de estudo (20%). Para Kurth e Berger (2007), o aumento da incidência do acidente vascular encefálico está relacionado ao decréscimo do nível socioeconômico. Como causas para esta realidade os autores apontam: maior frequência dos fatores de risco para as doenças cerebrovasculares; fatores psicossociais desfavoráveis; acesso limitado aos serviços de saúde.

Um trabalho longitudinal com 47.942 mulheres identificou forte relação entre a incidência de acidente vascular encefálico com os anos de estudo, pois essa incidência esteve duas vezes maior entre as mulheres com baixa escolaridade (KUPER *et al.*, 2007).

Quanto ao estado civil e à religião, a maioria dos avaliados vivia com companheiro e era católica. Perfil semelhante foi encontrado nos estudos de Di Carlo *et al.* (2006), Falcão *et al.* (2004) e Martín-González *et al.* (2000). Determinado estudo, ao analisar a sobrecarga de um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular encefálico, afirma que os cônjuges acabam vivenciando os mesmos problemas dos pacientes, como: mudanças no estilo de vida, depressão, sentimentos de solidão e perda da independência e da confiança (BOCCHI, 2004).

Pertinente às doenças componentes dos indicadores de risco para o acidente vascular encefálico (ver Tabela 2), a hipertensão arterial sistêmica foi a mais presente, seguida do diabetes mellitus, das cardiopatias, das dislipidemias e do ataque isquêmico transitório prévio.

A presença da hipertensão arterial eleva em cerca de três a quatro vezes o risco da ocorrência de um acidente vascular encefálico. Em face da sua elevada prevalência, a hipertensão arterial é considerada diretamente responsável por até metade dos casos de acidente vascular encefálico (ANDRÉ, 2006). Todavia, segundo afirmam Lemogoum, Degaute e Bovet (2005), a hipertensão arterial é responsável aproximadamente por 70% dos casos.

Vários trabalhos também identificaram a hipertensão arterial como a doença mais prevalente nos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico (DI CARLO *et al.*, 2006; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; MORENO *et al.*, 2008; RADANOVIC, 2000; SANCLEMENTE ANSÓ *et al.*, 2004; VERA MIYAR *et al.*, 2001; ZÉTOLA *et al.*, 2001; YAMASHITA *et al.*, 2004).

De acordo com a estimativa, o diabetes mellitus aumenta o risco de acidente vascular encefálico em cerca de 1,5 a 3 vezes. A doença também dobra o risco de recorrência do acidente vascular encefálico (GIORDA *et al.*, 2007; IDRIS; THOMSON; SHARMA, 2006). Conforme vários autores, a microangiopatia diabética implica a patogênese da doença cerebrovascular em virtude do aumento da resistência vascular periférica e do aceleração da aterosclerose (GIORDA *et al.*, 2007; IDRIS; THOMSON; SHARMA, 2006).

Em relação à prevalência do diabetes mellitus em pacientes com acidente vascular encefálico, diversos trabalhos encontraram freqüências em torno de 20% (DI CARLO *et al.*, 2006; MARTÍN-GONZÁLEZ *et al.*, 2000; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI *et al.*, 2004; RADANOVIC, 2000).

As cardiopatias constituem o segundo indicador de risco mais importante para a ocorrência do acidente vascular encefálico, especialmente para os quadros aterotrombóticos e embólicos (RADANOVIC, 2000). Determinado estudo ao analisar 70 casos de acidente

vascular encefálico, 24,2% dos pacientes tinham alguma enfermidade cardíaca (RADANOVIC, 2000).

Quanto às dislipidemias, sua relação com o risco de complicações cerebrovasculares é mais difícil de demonstrar do que sua associação com complicações coronarianas (ANDRÉ, 2006). De qualquer maneira, é um fator de risco indireto, pois contribui para o desenvolvimento de fenômenos ateroscleróticos.

Um estudo realizado no Brasil com 164 casos de acidente vascular encefálico destacou a dislipidemia como um dos principais indicadores de risco, porquanto identificada em 23,4% dos pacientes (ZÉTOLA *et al.*, 2001). Outra pesquisa encontrou frequência semelhante (MARTÍN-GONZÁLEZ *et al.*, 2000). Entretanto, a prevalência de dislipidemia encontrada no estudo ora desenvolvido (19,1%) (n=68) pode estar subestimada porque trabalhou-se somente com a informação do paciente e/ou do seu familiar quanto à presença de colesterol e triglicérides elevados.

No referente ao ataque isquêmico transitório prévio, o risco de desenvolvimento de um infarto cerebral após um primeiro episódio é de 4 a 8% no primeiro mês, 12 a 13% no primeiro ano e 25% em cinco anos (ANDRÉ, 2006). Em pacientes com estenose de carótida ipsilateral igual ou superior a 70%, este risco alcança 40% em dois anos (ANDRÉ, 2006).

No trabalho desenvolvido por Radanovic (2000) foi observada uma frequência de 10,5% de ataque isquêmico transitório prévio nos pacientes com acidente vascular encefálico. Já no estudo de Yamashita *et al.* (2004), dos 38 pacientes acometidos por acidente vascular encefálico isquêmico, apenas um (2,6%) sofreu ataque isquêmico transitório prévio.

No estudo ora elaborado, os indicadores de risco relacionados ao estilo de vida mais presentes nos pacientes foram o sedentarismo, o tabagismo e o etilismo passado ou atual. Destaca-se que nenhum paciente informou consumir drogas ilícitas (ver Tabela 2).

De acordo com alguns autores, são poucos os estudos que examinam os efeitos protetores da prática de atividade física regular contra as doenças cerebrovasculares (OLIVEIRA, 2001; SANCLEMENTE ANSÓ *et al.*, 2004). Contudo, os benefícios da atividade física para a saúde cardiovascular são bem conhecidos e incluem a redução dos níveis da pressão arterial e da glicemia, a diminuição do peso corporal e o aumento do HDL. Isto pode diminuir também o risco de um evento cerebrovascular (ANDRÉ, 2006; SANCLEMENTE ANSÓ *et al.*, 2004).

Apesar dessas evidências científicas, boa parte da população brasileira assume um estilo de vida sedentário. Em estudo multicêntrico desenvolvido em 15 capitais brasileiras, com pessoas na faixa etária de 15 a 69 anos, Fortaleza ocupou o quarto lugar no percentual de

indivíduos sedentários (42%) (BRASIL, 2003). No trabalho feito por Miyar *et al.* (2001), em Cuba, encontrou-se o índice de 20% de sedentarismo nos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico.

Atualmente, a cessação do hábito de fumar é um elemento central para a prevenção do acidente vascular encefálico (LEMOGOUIM; DEGAUTE; BOVET, 2005). O tabagismo eleva de duas a quatro vezes as chances de uma pessoa manifestar um acidente vascular encefálico (ANDRÉ, 2006). Ainda conforme esse autor, o risco aumenta em proporção direta ao número de cigarros fumados.

Em determinada pesquisa nacional (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004) e em uma internacional (DI CARLO *et al.*, 2006) também se encontraram freqüências de tabagismo nos pacientes com acidente vascular encefálico em torno de 50%.

Em relação ao etilismo, o consumo demasiado de bebida alcoólica está associado ao aumento na incidência de acidente vascular encefálico em decorrência, provavelmente, do desenvolvimento de hemoconcentração e da hipertensão arterial (ANDRÉ, 2006). Conforme a mesma fonte, porém, a ingestão de pequenas doses de algumas bebidas alcoólicas, como o vinho, parece reduzir a incidência de doença coronariana e vascular cerebral.

As V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (DIRETRIZES, 2006) recomendam limitar, em adultos, a ingestão de bebida alcoólica a 30g /dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres. Isso corresponde, aproximadamente, para o homem, a 625 ml de cerveja, 312,5 ml de vinho e 93,7 ml de bebida destilada.

Pesquisa nacional sobre as freqüências dos principais indicadores de risco para acidente vascular cerebral em idosos observou que a freqüência de etilismo foi 35,1% e significativamente maior entre os homens ( $p < 0,05$ ) do que entre as mulheres (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004).

Ainda com base nos dados expostos na Tabela 2, foi baixa a freqüência do uso de anticoncepcionais nas mulheres avaliadas. Em parte, isso se deve ao fato do grande número de idosas na presente pesquisa. Contudo, é conhecido na literatura científica que o uso de anticoncepcionais orais por mulheres em idade fértil aumenta em 13 vezes o risco de trombose venosa central (BENAVIDES; TAPIA, 2002).

Quanto aos tipos de acidente vascular encefálico apresentados pelos pacientes do estudo (ver Tabela 3), houve uma equivalência na proporção entre o tipo isquêmico (42,9%) e o hemorrágico (38,5%). Também foi grande o número de pacientes para os quais o tipo de acidente vascular encefálico não fora esclarecido (18,6%).

No entanto, como constataam estudos nacionais e internacionais, a incidência do acidente vascular encefálico do tipo isquêmico varia de 70% e 80% dos casos e o tipo hemorrágico, incluindo a hemorragia intraparenquimatosa e a subaracnóidea, varia entre 10 e 20% (ANDRÉ, 2006; DI CARLO *et al.*, 2006; LEWANDOWSKI; LIBMAN, 1999; MARTÍN-GONZÁLEZ, *et al.*, 2000; MORENO *et al.*, 2008; VERA MIYAR *et al.*, 2001). Para Pires, Gagliardi e Gorzoni (2004), a frequência do acidente vascular encefálico do tipo isquêmico na população brasileira, segundo diferentes estatísticas, oscila entre 53% e 85% dos casos.

Esta elevada incidência de acidente vascular encefálico hemorrágico encontrada no estudo pode ser explicada, em parte, pelo predomínio de mulheres e pelas elevadas taxas de hipertensão arterial e de tabagismo. Para André (2006), a hipertensão arterial é responsável pela maioria dos casos (cerca de 50%) de hemorragia intraparenquimatosa. Já a hemorragia subaracnóidea é causada, basicamente, pela ruptura de aneurismas saculares ( $\geq 85\%$ ) e esses aneurismas estão mais presentes em mulheres, negros e tabagistas (ANDRÉ, 2006; FEIGIN *et al.*, 2006).

É válido destacar que as taxas de mortalidade do acidente vascular encefálico hemorrágico são superiores (em torno de 50%) quando comparadas às do tipo isquêmico (cerca de 20%), mesmo considerando todos os subtipos de isquemia cerebral (BRODERICK *et al.*, 2007; LEWANDOWSKI; LIBMAN, 1999).

Segundo Radanovic (2000), o não esclarecimento do tipo de acidente vascular encefálico tem impacto negativo sobre o tratamento da doença na fase aguda, bem como na orientação adequada no tocante à prevenção de novos eventos cerebrovasculares. Esta mesma autora cita dois fatores principais relacionados ao não diagnóstico preciso. São eles: dificuldades dos médicos em relacionar adequadamente os conceitos necessários para categorizar o acidente vascular encefálico e a não realização de tomografia de crânio.

Como mencionado, o acidente vascular encefálico gera ampla variedade de deficiências e incapacidades que requer uma assistência de enfermagem especializada e voltada para as necessidades de cuidado de cada pessoa. Este estudo apontou uma mediana de 10 diagnósticos de enfermagem por paciente, média de 11,7 características definidoras, 6,8 fatores relacionados e 5,7 fatores de risco para cada paciente avaliado.

Como observado, os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram os relacionados às deficiências de autocuidado, comunicação e mobilidade. Entre os nove diagnósticos encontrados acima do percentil 75, seis são diagnósticos de enfermagem reais e três são de risco.

As características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco também estão intrinsecamente vinculados aos diagnósticos de enfermagem presentes em até 75% dos portadores de acidente vascular encefálico.

Segundo Bittar, Pereira e Lemos (2006), quanto maior o número de necessidades afetadas do paciente, maior será a urgência de planejar a assistência, pois a sistematização das ações visa à organização, à eficiência e à validade da assistência prestada.

Estudo brasileiro realizado em uma unidade de cuidados intensivos encontrou uma média de 6,09 diagnósticos de enfermagem por paciente (LUCENA; BARROS, 2006). Ainda com base no citado estudo, houve uma semelhança entre os diagnósticos de enfermagem mais presentes quando cotejados com o estudo ora elaborado. Entre aqueles estão: Déficit no autocuidado para banho/higiene, Risco de infecção, Mobilidade física prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada (LUCENA; BARROS, 2006).

Outra pesquisa, desenvolvida sobre os diagnósticos de enfermagem prioritários em pacientes críticos, identificou entre os mais frequentes: Risco de infecção (92%), Risco de integridade da pele prejudicada (90%), Mobilidade prejudicada (71%), Risco de aspiração e Déficit no autocuidado para banho/higiene (70%, cada), Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (67%), Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (62%), Déficit no autocuidado para higiene íntima (59%) e Comunicação verbal prejudicada (54%) (GORDON; HILTUNEN, 1995).

Conforme demonstrado, o perfil de diagnósticos de enfermagem dos pacientes com acidente vascular encefálico foi semelhante aos perfis encontrados em pacientes de unidades de terapia intensiva. Ademais, destaca-se que o papel da equipe de enfermagem no manejo dos fatores de risco e na promoção da saúde é claramente evidente. Segundo revelam, a prevenção é parte das ações de cuidado nos níveis de saúde secundários e terciários (GORDON; HILTUNEN, 1995; LUCENA; BARROS, 2006).

Há dois estudos, baseados na fisiopatologia da doença cerebrovascular, referentes aos diagnósticos de enfermagem apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Os mais frequentes são: Mobilidade física prejudicada, Risco de integridade da pele prejudicada, Risco de aspiração, Troca de gases prejudicada, Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral, Desobstrução ineficaz das vias aéreas, Comunicação verbal prejudicada e Défcits de autocuidado (FOWLER; DURKEE; WEBB, 1996; VÁZQUEZ ROBLES, 2002).

Quando os pacientes experimentam problemas de saúde reais ou potenciais, em especial, o acidente vascular encefálico, uma área fundamental de avaliação da enfermagem é a habilidade do indivíduo para o autocuidado (MCKEIGHEN; MEHMERT; DICKEL, 1990).

Isto foi evidente no estudo ora elaborado, porquanto, além dos diagnósticos de enfermagem de Déficit de autocuidado apresentarem freqüências elevadas, estes apareceram associados entre si, bem como com algumas das suas características definidoras e fatores relacionados (ver Tabelas 11, 12 e 13). Apesar do Déficit de autocuidado para alimentação não fazer parte dos diagnósticos acima do percentil 75, este teve freqüência considerável (47,3%).

O Déficit no autocuidado para banho/higiene é definido como capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo (NANDA, 2008). Em um estudo interessado na validação deste diagnóstico encontrou-se que a característica definidora principal é a incapacidade de lavar o corpo e como fator relacionado prioritário o prejuízo neuromuscular (MCKEIGHEN; MEHMERT; DICKEL, 1990).

Estes achados são semelhantes aos do presente estudo, no qual a característica definidora mais freqüente foi incapacidade de lavar o corpo e o fator relacionado mais encontrado nos pacientes com acidente vascular encefálico foi o prejuízo neuromuscular. Contudo, neste estudo, quando incapacidade de lavar o corpo estava presente elevou em 11 vezes a probabilidade de o paciente manifestar Déficit no autocuidado para higiene íntima e 13 vezes mais de ter Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (ver Tabela 12).

O Déficit no autocuidado para higiene íntima é definido como capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de higiene íntima por si mesmo (NANDA, 2008). Este diagnóstico foi encontrado em 74,7% dos pacientes. Sua característica definidora mais freqüente foi incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica e como fatores relacionados principais, novamente o prejuízo neuromuscular e estado de mobilidade prejudicada.

No presente estudo, o Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se teve como características definidoras principais incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo e incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo. Igualmente aos outros dois diagnósticos de Déficit no autocuidado, o fator relacionado primordial presente nos pacientes com acidente vascular encefálico é o prejuízo neuromuscular.

Acredita-se que os danos cerebrais causados por esta doença afete, primordialmente, o sistema nervoso e a sua ligação com os músculos e, assim, ocasiona as incapacidades relacionadas às atividades de autocuidado.

Segundo ressaltam Booth *et al.* (2001), as áreas de mobilidade e vestir-se são consideradas essenciais para a fisioterapia e terapia ocupacional, respectivamente. Não obstante, ambas as atividades são também legítimas do domínio de cuidados de enfermagem, principalmente no domicílio e quando estes profissionais estão ausentes.

Ainda segundo relatam os mesmos autores, 82% dos pacientes com acidente vascular encefálico têm necessidade de mobilidade e 91% de vestir-se (BOOTH *et al.*, 2001). Destarte, os diagnósticos relacionados aos déficits de autocuidado são prioritários no cuidado aos pacientes graves, em específico, aos portadores de acidente vascular encefálico (GORDON; HILTUNEN, 1995).

Quando um paciente apresenta déficit de autocuidado, a equipe de enfermagem mostra o quanto ela é necessária. Isto ocorre quando as habilidades de autocuidado do indivíduo são insuficientes para satisfazer suas necessidades. Neste caso, a equipe de enfermagem atua como provedora do autocuidado (VIEIRA; CRUZ, 2007).

O diagnóstico de enfermagem Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral é conceituado como diminuição da oxigenação, o que resulta na incapacidade de nutrir os tecidos no nível capilar (NANDA, 2008). Mencionado diagnóstico foi encontrado em 59,3% dos pacientes internados por acidente vascular encefálico e teve como característica definidora principal anormalidades na fala. Pelas definições deste diagnóstico e do acidente vascular encefálico, compreende-se ser a interrupção do fluxo sanguíneo o que melhor justifica a presença deste diagnóstico de enfermagem.

Consoante se sabe, quando uma isquemia cerebral ocorre, o fluxo sanguíneo é interrompido e as células cerebrais são privadas de glicose e oxigênio, ambos essenciais para o funcionamento celular (HINKLE; GUANCI, 2007). Na hemorragia cerebral também há uma interrupção do fluxo sanguíneo em virtude da ruptura de um vaso, o qual ocasiona um sangramento dentro do parênquima cerebral, cerebelo ou tronco cerebral (ANDRÉ, 2006).

Como observado, o fator relacionado interrupção do fluxo sanguíneo esteve associado significativamente a todos os diagnósticos de enfermagem encontrados acima do percentil 75, exceto o Risco de infecção (ver Tabela 13). Conforme se acredita, o mau funcionamento do fluxo sanguíneo cerebral é responsável pela maioria das respostas humanas encontradas nos pacientes com acidente vascular encefálico.

Outro diagnóstico de enfermagem bastante presente nos indivíduos com acidente vascular encefálico foi a Comunicação verbal prejudicada. Neste estudo, as características definidoras mais constantes deste diagnóstico foram: ausência de contato visual, não fala, fala com dificuldade e dificuldade para formar palavras – disartria.

Segundo André (2006), a afasia acomete 20 a 40% dos pacientes, e está intimamente vinculada às lesões do hemisfério cerebral esquerdo. Já a disartria atinge cerca de 6 a 20% dos pacientes. Para Laska *et al.* (2001), a afasia está presente em 21 a 38% dos pacientes que sofreram um acidente vascular encefálico.

De acordo com Smeltzer e Bare (2002), o acidente vascular encefálico é a causa mais comum de afasia. A disfunção da linguagem e da comunicação pode ser manifestada das seguintes formas: a) disartria (dificuldade na fala); b) afasia (perda da fala); c) apraxia (incapacidade de realizar uma ação previamente estabelecida). Quanto ao tipo, a afasia pode ser expressiva (incapacidade de formar palavras), receptiva (incapacidade de compreender a palavra falada) e global (combinação da afasia receptiva e expressiva) (SMELTZER; BARE, 2002).

O fator relacionado principal deste diagnóstico de enfermagem foi a diminuição da circulação cerebral. Semelhante ao fator relacionado interrupção do fluxo sanguíneo, a diminuição da circulação cerebral esteve associada significativamente com todos os diagnósticos de enfermagem, com exceção do Risco de infecção. Isto reforça ainda mais a hipótese segundo a qual a interrupção do fluxo sanguíneo e a diminuição da circulação cerebral, por ocasionarem prejuízos neuromusculares, são fatores relacionados essenciais que justificam a maioria das respostas humanas encontradas nos portadores de acidente vascular encefálico.

Conforme se sabe, a Comunicação verbal prejudicada é uma das seqüelas mais incapacitantes decorrentes do acidente vascular encefálico, sobretudo por atingir não somente o paciente, mas toda a sua família. Desse modo, pode acarretar prejuízos nas relações sociais estabelecidas entre o indivíduo, a família e o meio ambiente. Ademais, como mostrou um determinado estudo, a mortalidade é maior entre os pacientes afásicos (36%) quando comparados aos não afásicos (16%) (LASKA *et al.*, 2001).

É válido também destacar que durante a internação hospitalar, particularmente na fase aguda da doença, os pacientes passam por diversos métodos de tratamento, como a intubação endotraqueal, sedação e vários acessos endovenosos. Tais procedimentos ocasionam o decréscimo da cognição, a limitação da mobilidade e potencialmente da comunicação (FOWLER, 1997). Assim, segundo a mesma fonte, o comprometimento da comunicação do paciente pode dificultar o trabalho da equipe de saúde em identificar as necessidades dele, e isto torna a situação ainda mais grave.

Um dos aspectos mais importantes a serem considerados no cuidado ao paciente com acidente vascular encefálico são as alterações da mobilidade. Pelo menos três quartos dos pacientes com esta doença têm algum comprometimento motor (ANDRÉ, 2006). Entre esses comprometimentos estão o da face (40%), o dos membros superiores (50%) e o dos membros inferiores (50%) (ANDRÉ, 2006).

No estudo ora elaborado, 52,7% dos pacientes tinham o diagnóstico de enfermagem Mobilidade no leito prejudicada. Neste diagnóstico, capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada foi a característica definidora principal. Tal como nos diagnósticos de enfermagem de deficiência de autocuidado, o fator relacionado prioritário do diagnóstico Mobilidade no leito prejudicada foi prejuízo neuromuscular.

Não foram encontrados estudos específicos sobre o diagnóstico de enfermagem Mobilidade no leito prejudicada. Todavia, pesquisa desenvolvida no intuito de validar o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada encontrou como características definidoras prioritárias o decréscimo da força muscular e a inabilidade de mover-se propositalmente no ambiente (leito, transferência e deambulação) (MEHMERT; DELANEY, 1991).

Ainda segundo o estudo referido acima, o prejuízo neuromuscular, em conjunto com o prejuízo muscular e a dor são fatores relacionados sensíveis e específicos para o estabelecimento do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada (MEHMERT; DELANEY, 1991).

Como asseveram Xerez, Carvalho e Costa (2004), o acidente vascular encefálico é a maior causa de deficiência motora adquirida, tendo em vista responder por até 80% das incapacidades e ser a terceira causa de morte em adultos. De acordo com a mesma fonte, o comprometimento da função motora ocasiona danos na coordenação dos movimentos corporais totais, fraqueza muscular e paralisia dos movimentos, o que leva aos distúrbios de comunicação e linguagem, deglutição e, sobretudo, prejuízos nas execuções das atividades de vida diária.

Consoante afirma certo trabalho sobre Intolerância à atividade e Mobilidade física prejudicada em idosos, em decorrência das doenças crônico-degenerativas, mais de um terço dos idosos coreanos sentem dificuldades em executar as atividades de vida diária (HUR *et al.*, 2005). Pesquisa desenvolvida no Brasil sobre incapacidade funcional encontrou que 22,6% dos idosos declararam algum grau de dificuldade para movimentar-se (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

Neste estudo, conforme observado, os pacientes que apresentavam capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a posição sentada tiveram 10 vezes mais probabilidade de desenvolverem Risco de integridade da pele prejudicada (ver Tabela 12). O fator de risco imobilização física foi associado estatisticamente a todos os diagnósticos de enfermagem, exceto Risco de infecção. Este fator de risco elevou em 38 vezes a probabilidade

de um paciente com acidente vascular encefálico manifestar Risco de integridade da pele prejudicada (ver Tabela 14).

Em determinado trabalho que avaliou 200 prontuários de clientes internados em unidades de clínica médica e cirúrgica identificaram-se 14% dos pacientes com o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada e o fator de risco determinante mais representativo foi a imobilização física (71,4%) (SILVA, 2006).

De modo geral, a imobilização física contribui para a estase venosa e para o desenvolvimento de úlceras de decúbito. Tal situação acarreta o aumento da morbidade, do período de hospitalização e da mortalidade. Isto é corroborado por Smeltzer e Bare (2002) ao afirmarem que os pacientes com acidente vascular encefálico estão em grande risco de ruptura cutânea e tecidual por causa da sensibilidade alterada e da incapacidade de responder à pressão e ao desconforto por meio da mudança de posição e movimentação.

Conforme consta em Gordon e Hiltunen (1995), a gravidade da doença e a Mobilidade no leito prejudicada combinam para aumentar o Risco de integridade da pele prejudicada e, assim, as úlceras de decúbito podem se desenvolver em até 24 horas de internação.

As úlceras de pressão são comuns em pacientes hospitalizados (3 a 15%), refletem padrão insuficiente de cuidados aos pacientes com déficit de mobilidade e associam-se ao aumento das taxas de letalidade (25 a 40%) (ANDRÉ, 2006).

Outro ponto considerado pela NANDA como fator de risco para o diagnóstico Risco de integridade da pele prejudicada é extremos de idade. Este fator de risco foi encontrado em 30,8% dos pacientes e esteve associado a todos os diagnósticos de enfermagem, com exceção do Risco de infecção. Ademais, os portadores de acidente vascular encefálico com idades extremas tinham 24 vezes mais probabilidade de sofrerem Risco de integridade da pele prejudicada (ver Tabela 14).

De acordo com a literatura, um evento importante vinculado à ocorrência do diagnóstico de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada é o processo de envelhecimento (SILVA, 2006). Segundo Smeltzer e Bare (2002), nesta fase da vida ocorre, na pele, a diminuição da espessura epidérmica, do colágeno e da elasticidade tissular e, como resultado, a pele fica mais seca e mais susceptível às lesões. Também ocorrem alterações cardiovasculares, diminuição da perfusão tissular, atrofia muscular e proeminência das estruturas ósseas (SMELTZER; BARE, 2002).

Sensações prejudicadas é um fator de risco interno para o diagnóstico de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada (NANDA, 2008). Semelhante aos

outros dois fatores de risco, este mostrou associação significativa com todos os diagnósticos de enfermagem, exceto Risco de infecção (ver Tabela 14).

O diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração foi encontrado em 50,5% dos pacientes avaliados. Ou seja, a metade dos pacientes com acidente vascular encefálico estava em risco de entrada de secreções gastrointestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas (NANDA, 2008).

No estudo, os três fatores de risco mais determinantes para o estabelecimento deste diagnóstico foram: alimentação por sondas, nível de consciência reduzido e deglutição prejudicada. De forma geral, estes fatores de risco foram associados aos diagnósticos de Deficiência de autocuidado e Mobilidade no leito prejudicada (ver Tabela 14).

A aspiração é responsável por uma mortalidade de 33% em pacientes com acidente vascular encefálico (IVAN CAVIEDES *et al.*, 2005). Em virtude da alta letalidade desta condição relacionada também ao aumento de complicações broncopulmonares, a equipe de enfermagem deve conhecer todos os fatores de risco associados à aspiração. Destarte, a prevenção da aspiração deve ser o foco dos cuidados de enfermagem. Diante desta situação, esforços para a prevenção, reconhecimento precoce e tratamento são encorajados (WOOLDRIDGE *et al.*, 1998).

Para Xerez, Carvalho e Costa (2004), a disfagia é mencionada como causa principal de complicações e responsável pelo empobrecimento do prognóstico, em razão da ocorrência de broncopneumonia, má nutrição e desidratação.

Conforme identificou estudo clínico sobre disfagia, dos mesmos autores, essa esteve presente em 75,6% dos pacientes com acidente vascular encefálico e esta condição está atrelada à mobilidade da musculatura da face. Na pesquisa de Hilker *et al.* (2003), a disfagia foi encontrada em 36 dos 124 pacientes avaliados e foi associada significativamente ao aumento do risco de pneumonia relacionada ao acidente vascular encefálico.

Ademais, conforme encontrado em pesquisa que validou o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração a alteração do nível de consciência foi um fator de risco significativamente vinculado à aspiração (WOOLDRIDGE *et al.*, 1998). Este estudo sugeriu também o acréscimo na taxonomia da NANDA do fator de risco dependência em executar as atividades de vida diária.

Como explicitado, o diagnóstico Risco de aspiração e os seus fatores de risco foram vinculados aos diagnósticos de enfermagem Deficiência de autocuidado e Mobilidade. Isto reforça ainda mais a necessidade de estudos de validação com vistas a acrescentar fatores de risco na NANDA relacionados à execução das atividades de autocuidado e à mobilidade.

O fator de risco alimentação por sondas também está associado ao maior risco de broncoaspiração. Assim, é recomendada a colocação precoce de uma sonda de gastrostomia, a qual pode reduzir a morbimortalidade decorrente da broncoaspiração por causa do uso errado e contínuo de sondas nasogástricas ou nasoenterais (ALEGRÍA *et al.*, 2002).

De acordo com os dados, o diagnóstico de enfermagem Risco de infecção foi o mais constante nos pacientes com acidente vascular encefálico (96,7%). Todavia, não mostrou associação significativa com nenhuma das características definidoras e fatores relacionados encontrados, e nem mesmo com o seu próprio fator de risco – defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina).

Como se pode inferir, este diagnóstico de enfermagem está presente nos pacientes hospitalizados independente da patologia. Assim, o acidente vascular encefálico não está associado diretamente ao aumento do Risco de infecção, mas sim à hospitalização e aos procedimentos invasivos.

Porém, algumas situações vivenciadas pelos portadores de acidente vascular encefálico, como a aspiração, contribuem, substancialmente, para o desenvolvimento de afecções pulmonares, a exemplo das broncopneumonias. Segundo Hilker *et al.* (2003), as infecções nosocomiais acometem um terço dos pacientes com acidente vascular encefálico e as mais comuns são as infecções urinárias e pulmonares.

Com base no evidenciado, pode-se sugerir a seguinte cadeia: a) interrupção do fluxo sanguíneo cerebral; b) comprometimento da circulação cerebral; c) prejuízos neuromusculares; d) deficiências na mobilidade corporal total e na comunicação; e) deficiências na execução das atividades de vida diária – atividades de autocuidado.

Em suma, este estudo mostrou uma mediana de diagnósticos de enfermagem elevada, os quais estão associados entre si e entre as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco. Como diagnósticos de enfermagem mais presentes mencionam-se aqueles de caráter biológico relacionados às deficiências de autocuidado, mobilidade e comunicação. Entretanto, os diagnósticos de risco estão também bastante presentes. Isto reforça ainda mais a necessidade da equipe de enfermagem atuar não somente no aspecto curativo, mas também na prevenção e na promoção da saúde, seja nos níveis secundários e terciários de saúde.

## 6 CONCLUSÕES

No estudo, foram avaliados 91 pacientes portadores de acidente vascular encefálico com o primeiro episódio da doença e internados em uma emergência de um hospital da cidade de Fortaleza. Quanto aos dados sociodemográficos, conforme verificou-se, estes pacientes eram predominantemente do sexo feminino, aposentados, católicos, viviam com companheiro e tinham baixas escolaridade e renda.

Como principais indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares incluíram-se os seguintes: hipertensão arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, tabagismo e etilismo. Houve uma proporcionalidade entre os tipos de acidente vascular encefálico.

Segundo constatou-se, esses pacientes apresentaram uma mediana de dez diagnósticos de enfermagem e, em média, onze características definidoras, seis fatores relacionados e cinco fatores de risco. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes foram: Risco de infecção (96,7%), Déficit no autocuidado para banho/higiene (76,9%), Déficit no autocuidado para higiene íntima (74,7%), Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (71,4%), Comunicação verbal prejudicada (62,6%), Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (59,3%), Risco de integridade da pele prejudicada e Mobilidade no leito prejudicada (52,7%, cada) e Risco de aspiração (50,5%).

Consoante observado, as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco mais frequentes estão intrinsecamente ligados aos diagnósticos de enfermagem encontrados acima do percentil 75. O perfil encontrado neste estudo é semelhante aos dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Com exceção do diagnóstico de enfermagem Risco de infecção, todos os diagnósticos de enfermagem mostraram associação estatisticamente significativa entre si.

Ainda como observado, a totalidade das características definidoras e dos fatores relacionados revelou associação estatística significativa com todos os diagnósticos de enfermagem, exceto com Risco de infecção. Acredita-se que os fatores relacionados mais importantes para a ocorrência da maioria das respostas humanas são o prejuízo neuromuscular, a diminuição da circulação cerebral e a interrupção do fluxo sanguíneo. Estes contribuem de forma essencial para o desenvolvimento de alterações da mobilidade, comunicação e deglutição, os quais ocasionam, principalmente, déficits na execução das atividades de autocuidado e da vida diária.

Neste estudo, conforme evidenciou-se, há necessidade de acréscimos na Taxonomia da NANDA de algumas características definidoras e fatores relacionados, vinculados aos componentes de déficit de autocuidado e mobilidade com o diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração. Destarte, são necessárias pesquisas destinadas a validar os diagnósticos de enfermagem da NANDA, com a finalidade de torná-los cada vez mais abrangentes.

Segundo se acredita, é fundamental a execução de mais estudos científicos relacionados aos pacientes com acidente vascular encefálico, seja nos setores de emergência, na unidade de terapia intensiva ou cirúrgica ou mesmo na fase de reabilitação. Isto porque o conhecimento aprofundado das respostas humanas é essencial para a elaboração de um plano terapêutico de enfermagem eficaz e de qualidade.

Ao longo deste trabalho, algumas dificuldades foram enfrentadas: a primeira foi a impossibilidade de se trabalhar somente com os pacientes na fase aguda da doença (até 72 horas) em virtude da impossibilidade de captação dos sujeitos nesta fase. Outras limitações encontradas foram a instabilidade clínica dos doentes, por impedir o início e a continuidade da avaliação do pesquisador e a escassez de trabalhos sobre diagnósticos de enfermagem nesta clientela. Diante deste impasse, tornou-se mais complexa a discussão dos dados levantados.

Apesar das dificuldades, o estudo ora elaborado permitiu conhecer de forma aprofundada os diagnósticos de enfermagem, as características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco manifestados pelos pacientes portadores de acidente vascular encefálico na fase de hospitalização. Portanto, conforme se espera, este trabalho contribuirá para o planejamento das ações de enfermagem e avaliação dos resultados destas ações, assim como para reduzir, pelo menos parcialmente, a lacuna existente na literatura de enfermagem sobre diagnósticos de enfermagem presentes nos pacientes com acidente vascular encefálico.

No intuito de colaborar com a comunidade científica e com os enfermeiros assistenciais, em especial aqueles que trabalham no lócus deste estudo, pretende-se divulgar os dados encontrados, sobretudo no hospital, na Comissão Estadual de Prevenção e Controle das Doenças Cerebrovasculares e na literatura científica. Desse modo tenciona-se incentivar e aperfeiçoar a prática do processo de enfermagem em pacientes com acidente vascular encefálico.

## REFERÊNCIAS

- ANDRÉ, C. AVC Agudo. *In*: ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 37-51.
- ALEGRÍA, M. A.; ARAÚZ, A.; AZCANIO, G.; ESCAMILLA, J. M.; FLORES, F.; RUIZ, J. L.; TORRES, B.; CANTÚ, C.; BARINAGARREMENTERIA, F. Medidas generales y cuidados intensivos del EVC agudo. **Rev. Invest. Clín.**, v.54, n.3, p.262-265, mayo/jun. 2002.
- 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, mar. 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEn). **Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem**. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/Publicacoes/Catalogo2005060507.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2008.
- AZEVEDO, S. L. **Diagnóstico de enfermagem: orientadores do cuidado ao cliente diabético**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- BELLAN, M. C.; ANGELIS, N. R. M.; CINTRA, E. A. Acidente vascular cerebral, trauma cranioencefálico, trauma raquimedular, neuromiopias - aspectos gerais. *In*: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
- BENAVIDES, E.; TAPIA, J. Enfermedad cerebrovascular asociada a uso de anticonceptivos orales. **Cuadernos de Neurologia**, v. 26, 2002. Disponível em:<<http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2002/ACO.html>>. Acesso em: 25 mar. 2007.
- BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de um instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 4, p. 617-28, 2006.
- BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Rev. Latinoam Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 115-121, 2004.
- BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. **Ciênc. Saúde Col.**, v. 10, n. 3, p. 729-738, 2005.
- BOOTH, J.; DAVIDSON, I.; WINSTANLEY, J.; WATERS, K. Observing washing and dressing of stroke patients: nursing intervention compared with occupational therapists. What is the difference? **J. Adv. Nurs.**, v. 33, n. 1, p. 98-105, 2001.
- 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, set./dez. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196/96. Decreto nº 93.33 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v. 4, n.2, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e projetos: doenças cardiovasculares**. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidades referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Brasília, 2003. Disponível em:< <http://www.inca.gov.br/inquerito>>. Acesso em: 20 out. 2006.

BRODERICK, J.; CONNOLLY, S.; FELDMANN, E.; HANLEY, D.; KASE, C.; KRIEGER, D.; MAYBERG, M.; MORGENSTERN, L.; OGILVY, C. S.; VESPA, P.; ZUCCARELLO, M. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage in adults: 2007 Update. **Stroke**, v. 38, p. 2001-2023, 2007.

CABRAL, N. L.; LONGO, A. L.; MORO, C. H. C.; AMARAL, C. H.; KISS, H. C. Epidemiologia dos acidentes cerebrovasculares em Joinville, Brasil: estudo institucional. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 55, p. 357-363, 1997.

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

CAVALCANTE, T. F.; VASCONCELOS, H. C. A.; MARINHO, N. B. P.; PAIVA, G. S. Assistência de enfermagem a um paciente com alterações cardiovasculares. *In*: SEMANA UNIVERSITÁRIA DA UECE, 9., 2004, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: UECE, 2004. Disponível em: <[www.propgpq.uece.br](http://www.propgpq.uece.br)>. Acesso em: 17 dez. 2004.

CAVALCANTE, T. F.; GUEDES, N. G.; MOREIRA, R. P.; GUEDES, T. G.; ARAÚJO, M. A. M. Identificação dos diagnósticos de enfermagem e as intervenções para um paciente portador de transtorno mental. *In*: SEMANA UNIVERSITÁRIA DA UECE, 10., 2005, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** Fortaleza: UECE, 2005. Disponível em: <[www.propgpq.uece.br](http://www.propgpq.uece.br)>. Acesso em: 23 jan. 2006.

CORRÊA, C. G. **Raciocínio clínico: o desafio do cuidar**. 2003. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CRUZ, D. A. L. M. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. **Rev. Paul. Enferm.**, v.3, n. 1/3, p.3-7, 1994.

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.

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 Mater. Inf.**, v. 4, n. 1, p. 95-102, jan./mar. 2004.

FEIGIN, V.; CARTER, K.; HACKETT, M.; BARBER, P. A.; MCNAUGHTON, H.; DYALL, L.; CHEN, M. H.; ANDERSON, C. Ethnic disparities in incidence of stroke subtypes: Auckland Regional Community Stroke Study, 2002-2003. **Lancet Neurol.**, v. 5, p. 130-9, 2006.

FERREIRA, N. M. L. A. Sistematização da assistência de enfermagem – importância para a profissão e responsabilidade no preparo do enfermeiro. **Acta Paul. Enferm.**, v.3, n.3, p. 79-84, 1990.

FORTES, A. N. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes com angina instável internados em um hospital especializado.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

FOSCHIERA, F.; VIERA, C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Rev. Eletrônica Enferm.**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em:<[www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)>. Acesso em: 29 maio 2007.

FOWLER, S. B. Impaired verbal communication during short-term oral intubation. **Nurs. Diag.**, v. 8, n. 3, p. 93-8, 1997.

FOWLER, S.; DURKEE, C. M.; WEBB, D. J. Rehabilitating stroke patients in the acute Care setting. **Medsurg Nurs.**, v. 5, n. 5, p. 327-332, Oct. 1996.

FRY, V. S., 1953, *apud* CRUZ, D. A. L. M. Diagnóstico de enfermagem: aspectos históricos e definição. **Rev. Paul. Enferm.**, v.3, n. 1/3, p.3-7, 1994.

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.

GIORDA, C. B.; AVOGARO, A.; MAGGINI, M.; LOMBARDO, F.; MANNUCCI, E.; TURCO, S.; ALEGIANI, S. S.; RASCHETTI, R.; VELUSSI, M.; FERRANNINI, E. Incidence and risk factors for stroke in type 2 diabetic patients. **Stroke**, v. 38, p. 1154-1160, 2007.

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

GORDON, M.; HILTUNEN, E. High frequency: treatment priority nursing diagnoses in critical care. **Nurs. Diag.**, v. 6, n. 4, p. 143-154, 1995.

GUIMARÃES, R. B.; GUIMARÃES, R. B. Validação e adaptação cultural para a língua portuguesa de escalas de avaliação funcional em doenças cerebrovasculares: uma tentativa de padronização e melhora da qualidade de vida. **Rev. Bras. Neurol.**, v. 40, n. 3, p. 5-13, 2004.

HILKER, R.; POETTER, C.; FINDEISEN, N.; SOBESKY, J.; JACOBS, A.; NEVELING, M.; HEISS, W. D. Nosocomial pneumonia after acute stroke – implications for neurological intensive care medicine. **Stroke**, v. 34, p. 975-981, 2003.

HINKLE, J. L.; GUANCI, M. M. Acute ischemic stroke review. **J. Neurosci. Nurs.**, v. 39, n. 5, p. 285-293, 2007.

HULLEY, S. B.; NEWMAN, T. B.; CUMMINGS, S. R. Escolhendo os sujeitos do estudo: especificação, amostragem e recrutamento. *In*: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 43-52.

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. Class.**, v. 16, n. 3/4, p. 47-53, 2005.

IDRIS, I.; THOMSON, G. A.; SHARMA, J. C. Diabetes mellitus and stroke. **Int. J. Clin. Pract.**, v. 60, n. 1, p. 48-56, 2006.

IVAN CAVIEDES, S.; PABLO LAVADOS, G.; ARNOLD HOPPE, W.; ANGÉLICA LÓPEZ, O. Predicción clínica de aspiración en pacientes com patologia neurológica aguda. **Rev. Chil. Enf. Respir.**, v. 21, p. 9-14, 2005.

JARVIS, C. Ectoscopia, medidas, sinais vitais. *In*: JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.167-199.

KUPER, H.; ADAMI, H. O.; THEORELL, T.; WEIDERPASS, E. The socioeconomic gradient in the incidence of stroke – a prospective study in middle-aged women in Sweden. **Stroke**, v. 38, p. 27-33, 2007.

KURTH, T.; BERGER, K. The socioeconomic stroke puzzle. **Stroke**, v. 38, p. 4-5, 2007.

LASKA, A. C.; HELLBLUM, A.; MURRAY, V.; KAHAN, T.; ARBIN, M. V. Aphasia in acute stroke and relation to outcome. **J. Int. Med.**, v. 249, p. 413-422, 2001.

LEMOGOU, D.; DEGAUTE, J. P.; BOVET, P. Stroke prevention, treatment, and rehabilitation in Sub-Saharan Africa. **Am. J. Prev. Méd.**, v. 29, n. 5SI, p. 95-101, 2005.

LENO, C.; BERCIANO, J.; COMBARROS, O.; POLO, J. M.; PASCUAL, J.; QUINTANA, F.; MERINO, J.; SEDANO, C.; MARTÍN-DURÁN, R.; ALVAREZ, C.; LLORCA, J. A prospective study of stroke in young adults in Cantabria, Spain. **Stroke**, v. 24, n. 6, p. 792-795, 1993.

LEWANDOWSKI, C. A.; LIBMAN, R. Acute presentation of stroke. **J. Stroke Cerebrovasc. Dis.**, v. 8, n. 3, p. 117-126, May/June 1999.

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

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.

LOTUFO, P. A. Stroke in Brazil: a neglected disease. **São Paulo Med. J.**, v. 123, n. 1, p. 3-4, 2005.

LUCENA, A. F. **Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva.** 2006. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

LUCENA, A. F.; BARROS, A. B. L. Nursing diagnosis in a Brazilian Intensive Care Unit. **Int. J. Nurs. Terminol. Class.**, v. 17, n. 3, p. 139-146, 2006.

MARTÍN-GONZÁLEZ, R. A.; ORTÍZ SALAZAR, A.; PERIS-MARTÍ, E.; VALIENTE IBIZA, A. SALA-CORBÍ. Acontecimientos vitales, calidad de vida y apoyo social previos a la enfermedad vascular cerebral aguda, como factores predictores de la calidad de vida y situación funcional posterior al ictus. **Rev. Neurol**, v. 30, n. 8, p. 707-711, 2000.

MCKEIGHEN, R. J.; MEHMERT, P. A.; DICKEL, C. A. Bathing/hygiene self-care deficit: defining characteristics and related factors across age groups and diagnosis-related groups in an acute care setting. **Nurs. Diag.**, v. 1, n. 4, p. 155-161, 1990.

MEDRANO ALBERO, M. J.; BOIX MARTÍNEZ, R.; CERRATO CRESPÁN, E.; RAMÍREZ SANTA-PAU, M. Incidencia e prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 80, n. 1, p. 5-15, 2006.

MEHMERT, P. A.; DELANEY, C. C. W. Validating impaired physical mobility. **Nurs. Diag.**, v. 2, n. 4, p. 143-154, 1991.

MION JÚNIOR, D. (Coord.). **5ª Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006.

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.

NEVES, A. C.; FUKUJIMA, M. M.; JESUS, P. A.; FRANCO, C. M.; MOURA, R. C. R.; FONTES, S. V.; PRADO, G. F. Custos do paciente com acidente vascular cerebral no setor de emergência do hospital São Paulo. **Rev. Neurociências**, v. 10, n. 3, p. 137-140, 2002.

NEWMAN, T. B.; BROWNER, W. S.; CUMMINGS, S. R.; HULLEY, S. B. Delineando um estudo observacional: estudos transversais e de caso-controle. *In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T. B. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.* Porto Alegre: Artmed, 2003. p.127-142.

NISHIMURA, M. T.; DREYER, E.; ZUÑIGA, Q. G. P. Equilíbrio acidobásico e gases arteriais. *In: ZUÑIGA, Q. G. P. Ventilação mecânica básica para enfermagem.* São Paulo: Atheneu, 2003. p. 13-16.

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

OLARTE, C. A. Diagnósticos de enfermería frecuentes en el paciente con alteraciones del sistema cardiovascular. **Rev. Mex. Enferm. Card.,** v.11, n.2, p.77-81, 2003.

OLIVEIRA, P. H. Bioética e a Filosofia de Kant. *In: MALAGUTTI, W. Bioética e enfermagem: controvérsias, desafios e conquistas.* Rio de Janeiro: Rubio, 2007. p.117-128.

OLIVEIRA, R. J. Atividade física e doença cerebrovascular. **Rev. Bras. Ciên. Mov.,** v. 9, n. 3, p. 65-78, 2001.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. Saúde Col.,** v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.

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

PIRES, S. L.; GAGLIARDI, R. J.; GORZONI, M. L. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq. Neuropsiquiatr,** v. 62, n. 3-B, 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.

QUINLESS, F. W.; BLAUER, R. E. O exame físico. *In: QUINLESS, F. W.; BLAUER, R. E. Enfermagem básica: teoria e prática.* São Paulo: Rideel, 2004. p.8-39.

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

ROCCO, A.; PASQUINI, M.; CECCONI, E.; SIRIMARCO, G.; RICCIARDI, M. C.; VICENZINI, E.; ALTIERI, M.; PIERO, V. D.; LENZI, G. L. Monitoring after the acute stage of stroke – a prospective study. **Stroke,** v. 38, p. 1225-1228, 2007.

SANCLEMENTE ANSÓ, C.; ALONSO VALDÉS, F.; ROVIRA PUJOL, E.; VIGIL MARTÍN, D.; VILARÓ PUJALS, J. Accidentes vasculares cerebrales en la comarca de

Osona. Factores de riesgo cardiovascular. **An. Med. Interna (Madrid)**, v. 21, n. 4, p. 161-165, 2004.

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

SILVA, V. M.; CAVALCANTE, T. F.; MOREIRA, R. P.; GUEDES, N. G. Identificação dos diagnósticos de enfermagem de lactentes. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 6., 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Associação Brasileira de Enfermagem, 2004. 1 CD-ROM.

SILVA, V. M.; OLIVEIRA, T. C.; GUEDES, N. G.; MOREIRA, R. P.; CAVALCANTE, T. F. Estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem de pacientes com diabetes mellitus. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 8., 2006, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: Universitária UFPB, 2006. 1 CD-ROM.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SWEARING, P. L.; KEEN, J. H. **Manual de enfermagem no cuidado crítico**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 545-559.

TORRES ESPERÓN, J. M.; PÉREZ SÁNCHEZ, A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. **Rev. Cuba. Salud Pública**, v. 28, n. 3, set./dez. 2002. Disponível em:<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S08644662002000300008&lng=pt&nr m=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08644662002000300008&lng=pt&nr m=iso&tlng=es)>. Acesso em: 11 jun. 2007.

VASCONCELOS, F. F.; ARAUJO, T. L.; MOREIRA, T. M. M.; LOPES, M. V. O. Associação entre diagnósticos de enfermagem e variáveis sociais/clínicas em pacientes hipertensos. **Acta Paul. Enferm.**, v. 20, n.3, p.326-332, 2007.

VASQUEZ ROBLES, M. Proceso de atención de enfermería en la enfermedad vascular cerebral isquêmica. **Rev. Mex. Enferm. Card.**, v.10, n.1, p. 33-37, 2002.

VERA MIYAR, C. R.; LIMA MARTÍNEZ, L.; ALONSO FREYRE, J. L.; BASANTA MARRERO, L.; ZUAZAGA CABRERA, G. Ictus cerebral e ingreso en el hogar. **Rev. Cubana Med. Gen. Integr.**, v. 17, n. 6, 2001. Disponível em:<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000600002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000600002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 23 abr. 2008.

VIEIRA, J. M.; CRUZ, I. C. F. Produção científica de enfermagem sobre déficit no autocuidado banho/higiene: implicações para o (a) enfermeiro (a) de cuidados intensivos. **Rev. de Literatura – uff.br**. Disponível em:<<http://www.uff.br/nepae/autocuidado.doc>>. Acesso em: 23 jun. 2008.

WOOLDRIDGE, J.; HERMAN, J. A.; GARRISON, C.; HADDOCK, S.; MASSEY, J.; TAVAKOLI, A. A Validation study using the case-control method of the Nursing Diagnosis High Risk for Aspiration. **Nurs. Diag.**, v. 9, n. 1, p. 5-13, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry - report of a WHO Expert Committee. Geneva, 1995. (WHO Technical Report Series 854).

XEREZ, D. R.; CARVALHO, Y. S. V.; COSTA, M. M. B. Estudo clínico e videofluoscópio da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. **Radiol. Bras.**, v. 37, n. 1, p. 9-14, 2004.

YAMASHITA, L. F.; FUKUJIMA, M. M.; GRANITOFF, N.; PRADO, G. F. Paciente com acidente vascular cerebral isquêmico já é atendido com mais rapidez no hospital São Paulo. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 62, n. 1, p. 96-102, 2004.

ZÉTOLA, V. H. F.; NÓVAK, E. M.; CAMARGO, C. H. F.; JÚNIOR CARRARO, 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. 3B, p. 740-745, 2001.

# APÊNDICES

## Apêndice A – Instrumento de coleta de dados

### 1. Dados de Identificação

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_.

Sexo: 1. ( ) Masculino 2. ( ) Feminino. Escolaridade (anos): \_\_\_\_\_

Procedência: 1. ( ) Capital 2. ( ) Interior do Estado 3. ( ) Outro Estado

Estado Civil: 1. ( ) Com companheiro 2. ( ) Sem companheiro

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_

### 2. Dados de Admissão

Admitido dia: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ 1. ( ) Vindo de casa 2. ( ) De outra instituição.

Tipo de Acidente Vascular Encefálico: 1. ( ) Isquêmico 2. ( ) Hemorrágico 3. ( ) Não esclarecido

Dia e hora em que se iniciaram os sintomas do AVE: \_\_\_\_\_

Data e hora do exame físico: \_\_\_\_\_

Tempo do evento cerebrovascular (horas): \_\_\_\_\_

### 3. Informações Complementares

Tratamento

farmacológico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tomografia de Crânio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ressonância Magnética: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exames laboratoriais (sanguíneos e urinários):

---



---



---

Eletrocardiograma: \_\_\_\_\_

---

Estudos com

Doppler: \_\_\_\_\_

---

Angiografia

cerebral: \_\_\_\_\_

---

Mapeamento da

Retina: \_\_\_\_\_

---

Tratamento não-farmacológico: A) Suporte ventilatório: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim,** descreva: \_\_\_\_\_

B) Uso de dispositivo alimentar: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim,** descreva: \_\_\_\_\_

C) Uso de dispositivo para urinar: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim,** descreva: \_\_\_\_\_

D) Uso de acesso venoso: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim,** descreva quanto ao tipo (periférico ou central), condições e localização: \_\_\_\_\_

---



---

E)

Outros: \_\_\_\_\_

#### 4. Indicadores de Risco

Hipertensão arterial: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe.

Tratamento:\_\_\_\_\_

Diabetes mellitus: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe.

Tratamento:\_\_\_\_\_

Dislipidemia: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe.

Ataque Isquêmico Transitório: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe. **Se sim**, há quanto tempo?:\_\_\_\_\_.

Cardiopatia: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe. **Se sim**, qual é a cardiopatia?:

\_\_\_\_\_.

Má formação artério-venosa: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe.

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ Classificação: 1. ( ) Baixo peso 2.

( ) Normal 3. ( ) Sobrepeso 4. ( ) Obesidade. 5. ( ) Não sabe.

Valor da Glicemia capilar:\_\_\_\_\_ Classificação: 1. ( ) Normoglicemia 2. ( ) Hiperglicemia 3. ( ) Hipoglicemia 4. ( ) Não realizada.

Atividade Física: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, tipo de atividade física:\_\_\_\_\_, frequência ( ) menor que 3x por semana; ( ) ou igual/maior que 3x por semana e duração da atividade ( ) menor que 30 minutos; ( ) igual/maior que 30 minutos.

Tabagismo: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, por quanto tempo \_\_\_\_\_ e número de cigarros por dia \_\_\_\_\_.

Etilismo: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, por quanto tempo \_\_\_\_\_, quantidade de bebida ingerida \_\_\_\_\_ e tipo de bebida \_\_\_\_\_.

Uso de drogas: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, por quanto tempo \_\_\_\_\_, quantidade consumida \_\_\_\_\_ e tipo de droga \_\_\_\_\_.

**Para o sexo feminino**, uso de anticoncepcionais orais: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, por quanto tempo \_\_\_\_\_ e o tipo de anticoncepcional:\_\_\_\_\_.

#### 5. Exame Físico - Avaliação das Regiões Corporais

##### 5.1 Escala de AVE do National Institutes of Health

**1a.Nível de consciência:** ( ) alerta – 0 ponto; ( ) não alerta, porém vigil – 1 ponto;

( ) não alerta, requerendo estimulação vigorosa – 2 pontos; ( ) sem resposta, flácido ou sem reflexo – 3 pontos .

**1b.Orientação temporal:** ( ) Ambas as respostas corretas – 0 ponto; ( ) Uma resposta correta – 1 ponto; ( ) Incorretas – 2 pontos.

**1c.Comandos verbais e praxia:** ( ) Realiza ambas as tarefas corretamente – 0 ponto;  
( ) Realiza uma tarefa corretamente – 1 ponto ( ) Não realiza qualquer tarefa corretamente – 2 pontos.

**2.Olhar conjugado:** ( ) Normal – 0 ponto; ( ) Paralisia parcial do olhar – 1 ponto;  
( ) Desvio forçado ou paresia total do olhar ( ) – 2 pontos.

**3.Visual:** ( ) Sem perda visual – 0 ponto; ( ) Hemianopsia parcial – 1 ponto; ( ) Hemianopsia completa – 2 pontos; ( ) Hemianopsia bilateral (incluindo cegueira) – 3 pontos.

**4.Paralisia facial:** ( ) Movimento simétrico normal – 0 ponto; ( ) Paralisia leve (discreta perda do sulco nasolabial, assimetria do sorriso) – 1 ponto; ( ) Paralisia parcial (paralisia total ou quase total da região inferior da face – 2 pontos; ( ) Paralisia completa (ausência de movimentos faciais das regiões superior e inferior da face – 3 pontos.

**5.Motricidade em MSD:** ( ) Sem queda, mantém o MSD a 90° (45°) por 10 segundos – 0 pontos; ( ) Queda, mantém o MSD a 90° (45°), mas cai antes de ter completado os 10 segundos e não toca a cama ou outro suporte – 1 ponto; ( ) Demonstra algum esforço contra à gravidade. O MSD não atinge ou não mantém 90° (45°), cai e encosta na cama, mas mantém alguma força contra a gravidade – 2 pontos; ( ) Queda sem nenhum esforço contra a gravidade – 3 pontos; ( ) Ausência de movimento – 4 pontos; ( ) Amputação ou fusão da articulação – 9 pontos. Explique:

**6.Motricidade em MSE:** ( ) Sem queda, mantém o MSD a 90° (45°) por 10 segundos – 0 ponto; ( ) Queda, mantém o MSD a 90° (45°), mas cai antes de ter completado os 10 segundos e não toca a cama ou outro suporte – 1 ponto; ( ) Demonstra algum esforço contra à gravidade. O MSD não atinge ou não mantém 90° (45°), cai e encosta na cama, mas mantém alguma força contra a gravidade – 2 pontos; ( ) Queda sem nenhum esforço contra a gravidade – 3 pontos; ( ) Ausência de movimento – 4 pontos; ( ) Amputação ou fusão da articulação dos ombros – 9 pontos. Explique:

**7.Motricidade em MID** ( ) Sem queda, mantém o MID em 30° por 5 segundos – 0 ponto; ( ) Queda, o MID cai próximo ao término de 5 segundos e não encosta na cama – 1 ponto; ( ) Demonstra algum esforço contra a gravidade. O MID cai e toca na cama, mas mantém algum esforço contra a gravidade – 2 pontos; ( ) Queda imediata sem força contra a gravidade – 3 pontos; ( ) Ausência do movimento – 4 pontos; ( ) Amputação ou fusão da articulação – 9 pontos.

Explique:

**8.Motricidade em MIE** ( ) Sem queda, mantém o MID em 30° por 5 segundos – 0 ponto; ( ) Queda, o MID cai próximo ao término de 5 segundos e não encosta na cama – 1 ponto; ( ) Demonstra algum esforço contra a gravidade. O MID cai e toca na cama, mas mantém algum esforço contra a gravidade – 2 pontos; ( ) Queda imediata sem força contra a gravidade – 3 pontos; ( ) Ausência do movimento – 4 pontos; ( ) Amputação ou fusão da articulação – 9 pontos. Explique:

**9.Ataxia dos membros:** ( ) Ausente – 0 ponto; ( ) Presente em um membro – 1 ponto; ( ) Presente em dois membros – 2 pontos; Identificar qual/quais o/os membros: \_\_\_\_\_; ( ) Amputação ou fusão da articulação – 9 pontos.

Explique:

**10.Sensibilidade:** ( ) Normal, sem déficit – 0 ponto; ( ) Déficit sensitivo leve a moderado – 1 ponto; ( ) Déficit sensitivo grave. O paciente não sente os estímulos dolorosos – 2 pontos.

**11.Linguagem:** ( ) Normal, sem afasia – 0 ponto; ( ) Afasia leve a moderada – 1 ponto; ( ) Afasia grave – 2 pontos; ( ) Afasia global, mutismo. Nenhuma fala ou compreensão foi obtida – 3 pontos.

**12.Disartria:** ( ) Normal – 0 ponto; ( ) Leve a moderada – 1 ponto; ( ) Grave; fala empastada, chegando a ser ininteligível ou mutismo ou anartria – 3 pontos; Entubado ou outra barreira física – 9 pontos. Explique:

**13.Extinção e desatenção (negligência)** ( ) Sem anormalidade – 0 ponto; ( ) Negligência visual, tátil, auditiva, espacial ou extinção à estimulação bilateral simultânea em uma das modalidades – 1 ponto; ( ) Grave negligência por mais de uma modalidade. Não reconhece o próprio membro e somente se orienta para um lado do espaço – 2 pontos.

**Total de pontos:** \_\_\_\_\_.

## 5.2 Aparência

Postura: \_\_\_\_\_

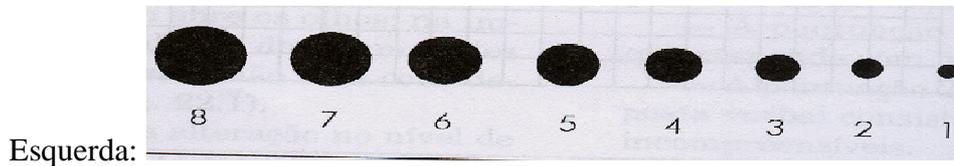
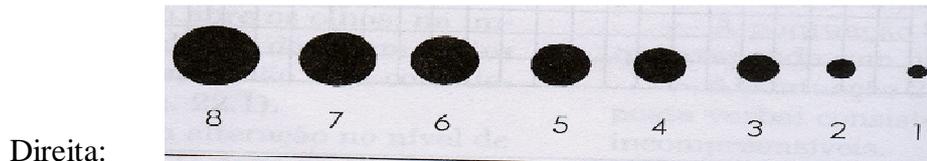
Movimentos corporais: 1. ( ) Voluntários 2. ( ) Ordenados e suaves 3. ( ) Inquietos e/ou hipercinéticos 4. ( ) Coréia 5. ( ) Mioclonia 6. ( ) Tiques 7. ( ) Fasciculação 8. ( ) Tremores 9. ( ) Apatia e lentidão psicomotora. 10. ( ) Atetose 11. ( ) Involuntários.

Vestuário, cuidados pessoais e higiene:

---

### 5.3 Olhos

Pupilas: 1. ( ) Isocóricas 2. ( ) Anisocóricas



Fotorreagente:

Olho Direito: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Olho Esquerdo: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

### 5.4 Pescoço

Integridade da pele: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se não**, descreva a lesão: \_\_\_\_\_

Simetria: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não.

Ausculta da artéria carótida direita: 1. ( ) Presença de sopro 2. ( ) Ausência de sopro.

Ausculta da artéria carótida esquerda: 1. ( ) Presença de sopro 2. ( ) Ausência de sopro.

### 5.5 Tórax - Pulmões

Integridade da pele do tórax: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se não**, descreva a lesão: \_\_\_\_\_

Posição adotada pelo indivíduo para respirar: \_\_\_\_\_

Uso da musculatura acessória: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não.

Expansibilidade torácica anterior: 1. ( ) Simétrica 2. ( ) Assimétrica.

Presença de massa/nódulos: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, a localização: \_\_\_\_\_.

Presença de áreas dolorosas: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, a localização: \_\_\_\_\_

Tosse: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, descreva: \_\_\_\_\_

Frequência respiratória: \_\_\_\_\_. Profundidade: 1. ( ) Superficial.

2. ( ) Profundo.

Ritmo respiratório: 1. ( ) Regular 2. ( ) Irregular.

Padrão respiratório: 1. ( ) Eupnéia 2. ( ) Taquipnéia 3. ( ) Bradipnéia 4. ( )

Hiperventilação (Kussmaul) 5. ( ) Hipoventilação 6. ( ) Respiração de Cheyne-Stokes

7. ( ) Respiração de Biot 8. ( ) Respiração obstrutiva crônica.

Ausculta pulmonar: 1. ( ) Murmúrios vesiculares 2. ( ) Ruídos adventícios –

2.1 Crepitações ( ) 2.2 ( ) Sibilos 2.3 ( ) Roncos 2.4 ( ) Atrito pleural.

Oximetria de pulso: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, descreva os parâmetros encontrados: \_\_\_\_\_

### 5.6 Tórax – Coração

Frequência cardíaca: \_\_\_\_\_; Ritmo cardíaco: \_\_\_\_\_;

Frequência do pulso radial: \_\_\_\_\_. Ritmo: \_\_\_\_\_;

Déficit de pulso: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, o valor: \_\_\_\_\_

Ausculta cardíaca: 1. ( ) Normal 2. ( ) Alterada 2.1 ( ) Terceira bulha

2.2 ( ) Quarta bulha 2.3 ( ) Sopro sistólico 2.4 ( ) Sopro diastólico.

Pressão arterial: \_\_\_\_\_ Manguito: \_\_\_\_\_

Classificação da pressão arterial: \_\_\_\_\_

Pressão venosa central: \_\_\_\_\_ ( ) Não se aplica.

### 5.7 Abdômen - Gastrointestinal

Dificuldade para mastigar alimentos: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, justifique: \_\_\_\_\_

Dificuldade para engolir alimentos (líquidos ou sólidos): 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, justifique: \_\_\_\_\_

Padrão intestinal anterior: \_\_\_\_\_ evacuações/dia

Padrão intestinal atual: \_\_\_\_\_ evacuações/dia

Queixas relacionadas à evacuação: 1. ( ) Diarréia 2. ( ) Constipação 3. ( )

Flatulência 4. ( ) Cólicas 5. ( ) Outros 6. ( ) Nenhuma

Náuseas: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, descreva \_\_\_\_\_

Vômitos: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, descreva \_\_\_\_\_

Uso de fraldas: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Colostomia: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Integridade da pele do abdômen: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se não**, descreva a lesão: \_\_\_\_\_

Forma do abdômen: 1. ( ) Achatado 2. ( ) Escafóide 3. ( ) Arredondado

4. ( ) Globoso.

Ausulta dos ruídos intestinais: 1. ( ) Normais 2. ( ) Hiperativos 3. ( ) Hipoativos

4. ( ) Ausentes

Presença de massa: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, a localização \_\_\_\_\_

Presença de áreas dolorosas: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, a localização: \_\_\_\_\_

### 5.8 Abdômen - Urinário

Micção: 1. ( ) Espontânea. **Se espontânea**, ( ) Fraldas; ( ) Uso de papagaio/aparadeira; ( ) Vai ao banheiro. 2. Frequência: \_\_\_\_\_ micções/dia

3. Controle sobre a micção: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se não**, justifique: \_\_\_\_\_

4. ( ) Sonda vesical

5. ( ) Cistostomia

6. Queixas relacionadas à micção: 1. ( ) Nenhuma 2. ( ) Disúria 3. ( ) Hematúria

4. ( ) Incontinência 5. ( ) Retenção 6. ( ) Urgência 7. ( ) Bexigoma

8. ( ) Oligúria 9. ( ) Poliúria 10. ( ) Outros.

7. Balanço Hídrico: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, o resultado \_\_\_\_\_

### 5.9 Membros superiores

Integridade da pele: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se não**, descreva a lesão: \_\_\_\_\_

Edema: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se sim**, descreva: \_\_\_\_\_

Coloração da pele: ( ) 1. Normal, de acordo com a origem genética 2. ( ) Palidez

3. ( ) Cianose 4. ( ) Eritema

Temperatura da pele: 1. ( ) Normal, levemente aquecida. 2. ( ) Fria 3. ( ) Quente

Temperatura axilar: \_\_\_\_\_

Tempo de enchimento capilar: 1. ( ) Menor que 2 segundos 2. ( ) Maior ou igual a 2 segundos.

Tônus muscular: 1. ( ) Normal 2. ( ) Espástico 3. ( ) Flácido 4. ( ) Rigidez.

### 5.10 Membros inferiores

Integridade da pele: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. **Se não**, descreva a lesão: \_\_\_\_\_

Edema: 1. ( ) Sim 2. ( ) Não. Se sim, descreva: \_\_\_\_\_

Coloração da pele: ( ) 1. Normal, de acordo com a origem genética 2. ( ) Palidez

3. ( ) Cianose 4. ( ) Eritema

Temperatura da pele: 1. ( ) Normal, levemente aquecida. 2. ( ) Fria 3. ( ) Quente

Tempo de enchimento capilar: 1. ( ) Menor que 2 segundos 2. ( ) Maior ou igual a 2 segundos.

Tônus muscular: 1. ( ) Normal 2. ( ) Espástico 3. ( ) Flácido 4. ( ) Rigidez.

Marcha: 1. ( ) Normal – movimentos suaves e coordenados, postura ereta. 2. ( )

Hemiparesia espástica. 3. ( ) Ataxia cerebelar. 4. ( ) Tesoura. 5. ( ) Escarvante 6. ( )

Outros: \_\_\_\_\_ 7. ( ) Não se aplica - impossível de avaliar.

**6.**

**Observações**

**Adicionais** \_\_\_\_\_

---



---



---

### 7. Diagnósticos de Enfermagem Encontrados

---



---



---



---



---



---



---

**Apêndice B – Quadros descritivos sobre as características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco referentes a cada diagnóstico de enfermagem acima do percentil 75**

**Quadro 1** – Distribuição dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de infecção apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Diagnóstico de Enfermagem Risco de infecção (n=88)</b>		
<b>Fatores de Risco</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Procedimentos invasivos	88	100
Exposição ambiental aumentada a patógenos	88	100
Defesas secundárias inadequadas (diminuição da hemoglobina)	25	28,4
Defesas primárias inadequadas (pele rompida)	11	12,5

**Quadro 2** – Distribuição das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Déficit no autocuidado para banho/higiene apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Diagnóstico de Enfermagem Déficit no autocuidado para banho/higiene (n=70)</b>		
<b>Características Definidoras</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Incapacidade de lavar o corpo	66	94,2
Incapacidade de acessar o banheiro	65	92,8
Incapacidade de regular a água do banho	1	1,42
<b>Fatores Relacionados</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Prejuízo neuromuscular	69	98,5
Prejuízo perceptivo	13	18,5
Incapacidade de perceber uma parte do corpo	4	5,7
Prejuízo musculoesquelético	2	2,85
Prejuízo cognitivo	1	1,42

**Quadro 3** – Distribuição das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Déficit no autocuidado para higiene íntima apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Diagnóstico de Enfermagem Déficit no autocuidado para higiene íntima (n=68)</b>		
<b>Características Definidoras</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Incapacidade de chegar ao vaso sanitário ou à cadeira higiênica	66	97
Incapacidade de fazer uma higiene íntima apropriada	54	79,4
Incapacidade de manipular as roupas para realizar higiene íntima	8	11,7
<b>Fatores Relacionados</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Prejuízo neuromuscular	67	98,5
Estado de mobilidade prejudicada	63	92,6
Prejuízo perceptivo	14	20,5
Prejuízo musculoesquelético	1	1,47

**Quadro 4** – Distribuição das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Diagnóstico de Enfermagem Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se (n=65)</b>		
<b>Características Definidoras</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Incapacidade de colocar roupas na parte superior do corpo	54	83
Incapacidade de colocar roupas na parte inferior do corpo	53	81,5
Capacidade prejudicada de colocar itens de vestuário necessários	12	18,4
Capacidade prejudicada de tirar itens de vestuário necessários	12	18,4
<b>Fatores Relacionados</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Prejuízo neuromuscular	64	98,4
Prejuízo perceptivo	12	18,4
Prejuízo musculoesquelético	1	1,53

**Quadro 5** – Distribuição das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Comunicação verbal prejudicada apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Diagnóstico de Enfermagem Comunicação verbal prejudicada (n=57)</b>		
<b>Características Definidoras</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ausência de contato visual	30	52,6
Não fala	25	43,8
Fala com dificuldade	24	42
Dificuldade para formar palavras (disartria)	24	42
Dificuldade na atenção seletiva	10	17,5
Não consegue falar	8	14
Déficit visual parcial	3	5,2
Desorientação no tempo	1	1,7
Dificuldade de usar a expressão facial	1	1,7
Déficit visual total	1	1,7
Gagueira	1	1,7
<b>Fatores Relacionados</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Diminuição da circulação cerebral	56	98,2
Barreira física (intubação)	13	22,8
Alteração do sistema nervoso central	1	1,7
Enfraquecimento do sistema musculoesquelético	1	1,7

**Quadro 6** – Distribuição das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Diagnóstico de Enfermagem Perfusão tissular ineficaz – tipo cerebral (n=54)</b>		
<b>Características Definidoras</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Anormalidades na fala	46	85,1
Paralisia	44	81,4
Fraqueza de extremidades	26	48,1
Estado mental alterado	25	46,2
Dificuldades na deglutição	20	37
Mudança nas reações pupilares	11	20,3
Mudanças nas respostas motoras	8	14,8
<b>Fatores Relacionados</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Interrupção do fluxo sanguíneo	54	100

**Quadro 7** – Distribuição dos fatores de risco do diagnóstico de enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Diagnóstico de Enfermagem Risco de integridade da pele prejudicada (n=48)</b>		
<b>Fatores de Risco</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Imobilização física	43	89,5
Sensações prejudicadas	31	64,5
Extremos de idade	28	58,3
Fatores mecânicos	11	12,1
Hipertermia	6	12,5

**Quadro 8** – Distribuição das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Mobilidade no leito prejudicada apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Diagnóstico de Enfermagem Mobilidade no leito prejudicada (n=48)</b>		
<b>Características Definidoras</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Capacidade prejudicada de mover-se da posição supina para a sentada	48	100
Capacidade prejudicada de virar-se de um lado para o outro	43	89,5
<b>Fatores Relacionados</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Prejuízo neuromuscular	48	100
Medicamentos sedativos	5	10,4
Obesidade	1	2

**Quadro 9** – Distribuição dos fatores de risco diagnóstico de enfermagem Risco de aspiração apresentados pelos pacientes com acidente vascular encefálico. Fortaleza, 2008

<b>Diagnóstico de Enfermagem Risco de aspiração (n=46)</b>		
<b>Fatores de Risco</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Alimentação por sondas	32	69,5
Nível de consciência reduzido	26	56,5
Deglutição prejudicada	25	54,3
Situações que impedem a elevação da parte superior do corpo	6	13
Resíduo gástrico aumentado	4	8,7

### Apêndice C – Termo de consentimento livre e esclarecido

Meu nome é Tahissa. Sou aluna do Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo um estudo cujo objetivo é identificar as necessidades de enfermagem nos pacientes que tiveram um derrame e que por conta disso estão internados neste hospital.

Para fazer este estudo, preciso da sua colaboração para a realização de uma consulta ao seu prontuário, de uma entrevista e de um exame físico. O exame, a ser realizado por mim, inclui a verificação da temperatura, do pulso, da respiração e da pressão arterial, do seu estado geral, do tórax, da barriga e dos braços e das pernas. O exame não inclui colher sangue, passar sondas e não se espera que você tenha algum desconforto.

A entrevista será sobre os seus dados de identificação, história de outras doenças e a presença de fatores de risco (fumar, beber, ser sedentário e ser obeso). Volto a lembrar que não se espera nenhum desconforto e só farei o exame físico se você concordar.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas no estudo serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Informo ainda que você tem o direito e a liberdade de se negar a participar do estudo ou dele se retirar quando assim o desejar, sem nenhum prejuízo para a sua assistência nesta instituição. A sua identidade será mantida no anonimato bem como qualquer informação que possa identificá-lo.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe o meu endereço e o da minha orientadora:

Aluna: Tahissa Frota Cavalcante

Orientadora: Thelma Leite de Araujo

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Fone: (Oxx85) 33668456. e-mail: [tahissa@ig.com.br](mailto:tahissa@ig.com.br)/ [thelma@ufc.br](mailto:thelma@ufc.br).

✂-----

#### CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do sujeito da pesquisa/representante legal

---

Assinatura do pesquisador



Digitais caso não assine

# **ANEXOS**

## **Anexo A - Recomendações de avaliação da escala de acidente vascular encefálico do National Institutes of Health**

**1a. Nível de consciência:** O investigador deve escolher uma resposta, mesmo se uma avaliação global está impedida por alguns obstáculos, como um tubo endotraqueal, distúrbios da linguagem, trauma ou bandagem orotraqueal. Um índice 3 é registrado apenas se o paciente não executar nenhum movimento (exceto a postura reflexa) em resposta a estimulação nociva.

0 = Alerta; Intensamente sensível.

1 = Não alerta, mas torna-se vigil à menor estimulação, para obedecer, responder ou reagir.

2 = Não alerta, atende somente a estimulação repetida, ou está insensível e requer estimulação vigorosa ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados).

3 = Responde apenas com reflexos motores e/ou efeitos autônomos ou totalmente arresposivo, flácido, arreflexico.

**1b. Orientação temporal:** Pergunta-se ao paciente o mês e a idade dele. A resposta deve ser correta, não vale apenas chegar próximo. Para pacientes afásicos e torporosos que não entendem as questões deve ser dado o valor 2. Para pacientes incapazes de falar por causa de entubação endotraqueal, trauma orotraqueal, disartria severa de qualquer causa, distúrbios da linguagem ou qualquer outro problema não secundário à afasia é registrado o valor 1. É importante que apenas a resposta inicial seja graduada e que o examinador não ajude o paciente com pistas verbais ou não verbais.

0 = Responde ambas as questões corretamente.

1 = Responde uma questão corretamente.

2 = Não responde nenhuma questão corretamente.

**1c. Capacidade de obedecer aos comandos verbais e praxia:** O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e, após, apertar e relaxar a mão não parética. Substitua por algum outro comando se as mãos não puderem ser usadas. É dado crédito se uma tentativa não equivocada é realizada, mas não completada adequadamente por fraqueza. Se o paciente não responder ao comando, a tarefa deve ser demonstrada para ele (pantomima) e registrado o resultado (Ex: seguiu nenhum, seguiu um ou dois comandos). Para pacientes com trauma, amputação ou outros impedimentos fixos, deve ser dado convenientemente um dos comandos.

0 = Realizou ambas tarefas corretamente.

1 = Realizou uma tarefa corretamente.

2 = Não realizou nenhuma tarefa corretamente.

**2. Movimentos oculares:** Apenas movimentos horizontais serão testados. Movimentos oculares voluntários e o reflexo oculocefálico serão registrados, mas testagens térmicas não são feitas. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar que pode ser vencido por atividade voluntária ou reflexa, o valor será 1. O olhar horizontal é testado em todos os pacientes afásicos. Pacientes com trauma ocular, bandagens, cegueira preexistente ou outra desordem da acuidade e campo visuais devem ser testados com movimentos reflexos e uma escolha feita pelo investigador. Estabelecendo contato ocular e então movendo em volta do

paciente de lado a lado, será ocasionalmente esclarecida a presença de uma paralisia parcial do olhar horizontal.

0 = Normal.

1 = Paralisia parcial do olhar horizontal. Esta pontuação é dada quando o olhar horizontal é anormal em um ou ambos os olhos, mas quando há ausência de desvio forçado ou paresia total do olhar horizontal.

2 = Desvio forçado ou paresia total do olhar horizontal não vencida.

**3. Visual:** Campos visuais (quadrantes superiores e inferiores) são testados por confrontação, usando o dedo indicador ou aparelho visual apropriado. Pacientes devem ser estimulados, mas se eles olham para o lado do movimento dos dedos apropriadamente, este pode ser classificado como normal. Se há cegueira unilateral ou enucleação, os campos visuais no olho remanescente são avaliados. Valor 1 é registrado apenas se uma assimetria claro-escuro, incluindo a quadrantanopsia, é encontrada. Se o paciente é cego por alguma causa, registre valor 3. Duas estimulações simultâneas são realizadas neste local. Se há extinção, o paciente recebe valor 1 e os resultados são usados para responder à questão 11.

0 = Não há perda visual.

1 = Hemianopsia parcial.

2 = Hemianopsia completa.

3 = Hemianopsia bilateral (cego, incluindo cegueira cortical).

**4. Paralisia facial:** Peça ou use pantomima para estimular o paciente a mostrar os dentes ou levantar a sobrancelha e fechar os olhos. Considere simetria de caretas em resposta a estímulo nocivo, nos pacientes pouco receptíveis ou não compreensíveis. Se trauma ou bandagem facial, tubo orotraqueal, fita ou outra barreira física obscurece a face, estas devem ser removidas para uma extensão adequada que possibilite a visualização completa da face.

0 = Movimento simétrico normal.

1 = Paralisia leve (sulco nasolabial retificado, assimetria no sorriso).

2 = Paralisia parcial (paralisia total ou quase total do quadrante inferior da face).

3 = Paralisia facial completa de um ou ambos os lados (ausência de movimentos faciais na porção superior e inferior da face).

**5 & 6. Motricidade de braço e perna:** O membro é colocado na posição adequada: Estenda o braço (com as palmas para baixo) 90° (sentado) ou 45° (supino) e a perna 30° (sempre supino). A variação é registrada se o braço cair antes de 10 segundos ou a perna antes de 5 segundos. O paciente afásico é estimulado, usando-se urgência na voz e pantomima, mas não a estimulação nociva. Cada membro é testado em movimento, iniciando-se pelo membro não parético. Apenas no caso de amputação ou fusão articular do ombro ou quadril, a pontuação pode ser 9 e o examinador deve escrever claramente a explicação para uma pontuação 9.

5a. Braço direito

5b. Braço esquerdo

0 = Sem alteração, membro mantém-se em 90°(ou 45°) durante 10 segundos.

1 = Alteração, membro consegue se manter em 90°, mas declina antes de completar os 10 segundos. Todavia, não se choca com a cama ou outro suporte.

2 = Alguma resistência contra gravidade. O braço não consegue atingir ou manter 90°(ou 45°), declina até a cama, mas tem alguma resistência contra a gravidade.

3 = Não apresenta resistência contra gravidade, o membro cai.

4 = Sem movimento

9 = Amputação, fusão articular. Explique:

6a. Perna direita

6b. Perna esquerda

0 = Sem alteração, perna mantém-se na posição de 30°, por 5 segundos.

1 = Alteração, a perna cai no final do período de 5 segundos, mas não se choca contra a cama.

2 = Alguma resistência contra a gravidade. A perna cai na cama em 5 segundos, mas tem alguma resistência contra gravidade.

3 = Nenhum esforço contra gravidade, a perna cai na cama imediatamente.

4 = Nenhum movimento.

9 = Amputação, fusão articular. Explique:

**7. Ataxia de membros:** Este item visa identificar evidências de uma lesão cerebelar unilateral. Teste com os olhos abertos. Em caso de defeito visual, assegure que o teste seja feito no campo visual intacto. Os testes dedo-nariz e calcanhar-canela são feitos em ambos os lados e ataxia é registrada apenas se apresentarem grau de fraqueza. Ataxia está ausente no paciente que não pode entender ou está paralisado. Apenas em caso de amputação ou fusão de articulação, pode o item receber o valor de 9, e o examinador deve anotar claramente a justificativa para não pontuação. Em caso de cegueira, testar tocando o nariz com o braço em posição estendida.

0 = Ausente.

1 = Presente em um membro.

2 = Presente nos dois membros.

Se presente, é ataxia em:

Braço direito: 1=Sim 2=Não 9=Amputação ou fusão articular.

Braço esquerdo: 1=Sim 2=Não 9=Amputação ou fusão articular.

Perna direita: 1=Sim 2=Não 9=Amputação ou fusão articular.

Perna esquerda: 1=Sim 2=Não 9=Amputação ou fusão articular.

**8. Sensibilidade:** Sensação, careta em resposta a alfinetada ou retirada do estímulo nocivo em pacientes afásicos e obnubilados. Apenas perda sensorial atribuída à doença cerebrovascular é classificada como anormal e o examinador deve testar em muitas áreas do corpo (pernas, tronco, face e membros) para avaliar precisamente a perda hemissensorial. Um valor de 2 deve ser dado apenas quando uma perda severa ou total de sensação possa ser claramente demonstrada. Pacientes afásicos e torporosos receberão, portanto, provavelmente valor 1 ou 0. Para o paciente com AVC em base de crânio, que tem perda bilateral das sensações, é registrado valor 2. O paciente em coma (item 1 a=3) é arbitrariamente dado o valor 2 neste item.

0 = Normal, sem perda sensorial.

1 = Perda sensorial leve a moderada. O paciente sente o toque de forma menos intensa ou está insensível no lado afetado, ou há uma perda da dor superficial à alfinetada, mas está consciente de que está sendo tocado.

2 = Perda sensorial severa ou total. O paciente não tem consciência de que está sendo tocado na face, braço e perna.

**9. Linguagem:** Uma grande quantidade de informação sobre compreensão será obtida durante as seções anteriores ao exame. O paciente é solicitado a descrever o que está acontecendo na

figura associada, a nomear os itens de acordo com a folha de nomeação, e a ler a lista de sentenças associadas. Compreensão é julgada aqui pelas respostas, bem como em todos os comandos anteriores ao exame neurológico geral. Se a perda visual interfere com os testes, peça ao paciente para identificar objetos colocados na mão, repetir e produzir voz. O paciente entubado deve ser solicitado a escrever. Ao paciente em coma (questão 1 a =3), será arbitrariamente atribuído o valor 3 neste item. O examinador deve escolher um valor para o paciente com torpor ou cooperação limitada, mas um valor de 3 deve ser usado apenas se o paciente é mudo e não segue nenhuma etapa dos comandos.

0 = Sem afasia, normal.

1 = Afasia leve a moderada. Algumas perdas óbvias da fluência ou facilidade de compreensão, sem limitação significativa nas idéias expressadas ou formas de expressão. Redução da voz ou compreensão, entretanto, torna a conversa sobre materiais fornecidos difícil ou impossível. Por exemplo, em conversa sobre materiais fornecidos, o examinador pode identificar a figura ou cartão de nomeação da resposta do paciente.

2 = Afasia severa. Toda comunicação é por meio de expressões fragmentadas; grande necessidade de inferência, questionamento e adivinhação por parte do ouvinte. A extensão de informação que pode ser trocada é limitada; ouvinte carrega carga de comunicação. Examinador não pode identificar materiais fornecidos pela resposta do paciente.

3 = Mudez, afasia global, não utilização de voz ou compreensão auditiva.

**10. Disartria:** Uma amostra adequada de voz deve ser obtida, pedindo ao paciente que leia ou repita palavras. Se o paciente tem afasia severa, a clareza na articulação da voz espontânea pode ser avaliada. Apenas se o paciente está entubado ou tem outra barreira física para produzir som, este item pode ter valor 9 e o examinador deve claramente anotar uma explicação para não pontuação. Não diga ao paciente por que ele está sendo testado.

0 = Normal.

1 = Leve a moderada: paciente pronuncia de modo confuso pelo menos algumas palavras e, na pior das hipóteses, estas podem ser entendidas com alguma dificuldade.

2 = Severa: a voz do paciente é tão confusa que pode ser incompreensível na ausência de ou fora de proporção para qualquer disfasia, ou é mudo/anárquico.

3 = Grave: fala empastada, chegando a ser ininteligível ou mutismo ou anartria.

9 = Entubado ou outra barreira física. Explique:

**11. Extinção e desatenção (antigamente negligência):** Informação suficiente para identificar negligência pode ser obtida durante o teste anterior. Se o paciente tem uma perda visual grave, impedindo a visão dupla, a estimulação simultânea e o estímulo cutâneo estão normais, o valor é normal. Se o paciente tem afasia, mas apresenta atender em ambos os lados, o valor é normal. A presença de negligência visoespacial ou anosagnosia pode também ser considerada como evidência de anormalidade. Desde que a anormalidade é avaliada apenas se presente, o item nunca é intestável.

0 = Sem anormalidade.

1 = Visual, tátil, auditiva, espacial ou pessoal, desatenção ou extinção para estimulação simultânea bilateral em uma das modalidades sensoriais.

2 = Hemidesatenção profunda ou hemidesatenção de mais que uma modalidade. Não reconhece a própria mão ou orienta-se para apenas um lado do espaço.

## Anexo B – Referências das medidas e avaliações físicas

**1. Temperatura:** O valor da temperatura foi obtido através de termômetro de vidro com coluna de mercúrio, colocado no centro da axila com a ponta orientada no sentido da cabeça do paciente e o braço abaixado sobre o termômetro por 10 minutos (QUINLESS; BLAUER, 2004). Foi considerada como febre a temperatura axilar acima de 37,8 °C.

**2. Pulso radial:** Verificado com o paciente deitado ou sentado com o braço ao longo do tórax com o punho levemente flexionado e a palma da mão voltada para baixo. Colocou-se as polpas digitais dos três primeiros dedos, palpando o pulso radial na parte flexora do punho, lateralmente ao rádio (JARVIS, 2002). Após o pulso ser sentido, iniciou-se a contagem durante um minuto e considerou-se como normal a frequência de 60 a 100 batimentos por minuto (JARVIS, 2002).

**3. Frequência respiratória:** Avaliada com o paciente na posição supina, com a posição de contagem do pulso radial sem o paciente notar que o avaliador estava contando as incursões respiratórias (JARVIS, 2002). A frequência respiratória foi avaliada por meio do número de elevações do tórax em 1 minuto. Foi considerada eupnéia quando a frequência respiratória estava no intervalo de 10 a 20 incursões respiratórias por minuto (JARVIS, 2002).

**4. Pressão arterial:** Foi obtida por meio do aparelho esfigmomanômetro aneróide da marca Tycos e estetoscópio, utilizando-se a técnica auscultatória indireta. A medida da pressão arterial foi realizada conforme preconiza a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006). A classificação dos valores da pressão arterial é mostrada no Quadro 1 (DIRETRIZES, 2006):

**Quadro 1-** Classificação da pressão arterial (>18 anos) (DIRETRIZES, 2006).

Classificação	Pressão arterial sistólica	Pressão arterial diastólica
Ótimo	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão Estágio 1(leve)	140-159	90-99
Hipertensão Estágio 2 (moderado)	160-179	100-109
Hipertensão Estágio 3 (grave)	>180	>110
Hipertensão Sistólica Isolada	>140	< 90

**5. Gases sanguíneos:** Estes dados foram conseguidos por meio da consulta ao prontuário do paciente, quando este havia realizado a gasometria arterial. Segundo Nishimura, Dreyer e

Zuñiga (2003), o ph normal do sangue arterial varia de 7,35 a 7,45, enquanto a pressão parcial de dióxido de carbono normal varia de 35 a 45 mmHg, a de oxigênio de 80 a 100 mmHg e a saturação normal de oxigênio deve estar acima de 95%.

**6. Exames laboratoriais:** Foram obtidos por meio da consulta ao prontuário do paciente, quando este havia realizado os exames sanguíneos. Os valores de referência estão apresentados no Quadro 2 (SMELTZER; BARE, 2002):

**Quadro 2** – Valores de referência dos exames laboratoriais (SMELTZER; BARE, 2002).

<b>Exames</b>	<b>Valores de referência</b>
Uréia	10-50 mg/dl
Creatinina	0,7-1,4 mg/dl
Sódio	135-145 mEq/l
Cálcio	8,5-10,5 mg/dl
Potássio	3,8-5,0 mEq/l
Hemoglobina	Homens: 13 a 18,0 g/dl Mulheres: 12 a 16 g/dl
Hematócrito	Homens: 42 a 50 % Mulheres: 40 a 48 %
Leucócitos	5.000 a 10.000/ mm <sup>3</sup>
Plaquetas	100.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>
Glicose	70-110 mg/dl

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.  
This page will not be added after purchasing Win2PDF.