



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

RENAN ALVES SILVA

**REVISÃO SISTEMÁTICA DOS FATORES CAUSAIS DE BAIXA AUTOESTIMA EM  
INDIVÍDUOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

FORTALEZA  
2019

RENAN ALVES SILVA

**REVISÃO SISTEMÁTICA DOS FATORES CAUSAIS DE BAIXA AUTOESTIMA EM  
INDIVÍDUOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

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

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Martins da Silva

FORTALEZA  
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S583r Silva, Renan Alves.

Revisão sistemática dos fatores causais de baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico / Renan Alves Silva. – 2019.

112 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.

Orientação: Prof. Dr. Viviane Martins da Silva.

1. Autoestima. 2. Acidente Vascular Cerebral. 3. Diagnóstico de Enfermagem. 4. Magnitude de efeito. 5. Revisão sistemática. I. Título.

CDD 610.73

---

RENAN ALVES SILVA

**REVISÃO SISTEMÁTICA DOS FATORES CAUSAIS DE BAIXA AUTOESTIMA EM INDIVÍDUOS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO**

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

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Viviane Martins da Silva (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Nirla Gomes Guedes (1<sup>a</sup> Avaliadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Rafaella Pessoa Moreira (2<sup>a</sup> Avaliadora – Membro Externo)  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Fátima Carvalho Fernandes (3<sup>a</sup> Avaliadora)  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Lívia Zulmyra Cintra Andrade (4<sup>a</sup> Avaliadora – Membro Externo)  
Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar - ISGH

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Vanessa Emille Carvalho de Sousa Freire (1<sup>a</sup> Suplente – Membro Externo)  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

---

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ana Railka de Souza Oliveira Kumakura (2<sup>a</sup> Suplente – Membro Externo)  
Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

*Não sou nem otimista, nem pessimista. Os otimistas são ingênuos, e os pessimistas amargos. Sou um realista esperançoso. Sou um homem da esperança. Sei que é para um futuro muito longínquo. Sonho com o dia em que o sol de Deus vai espalhar justiça pelo mundo todo.*

*Oriano Suassuna*

*Quem ama sabe sacrificar tudo, sofrer tudo e empreender obras extraordinárias por amor de Deus: nada a perturba ou impede de cumprir aquilo que Deus lhe inspira!*

*Beata Madre Maria Pia Mastena*

*Aos meus pais, que continuam me amando incondicionalmente, protegendo e vibrando em meio as lutas árduas e constantes.*

## AGRADECIMENTOS

A *Deus*, por ser força constante que me move, me acompanha e sustenta na concretude de sonhos; tua presença possibilita reafirmar minha liberdade e busca de sentido para “ser mais para e com os demais”. Obrigado pela graça de conduzir mais um novo caminho da minha história e pelas inúmeras oportunidades concedidas seja no âmbito pessoal, familiar ou profissional. Tua marca está elucidada!

A *Nossa Senhora de Nazaré, Nazica*, que em meio as idas e vindas nesse caminhar foste o consolo e a escuta das dificuldades vivenciadas para a concretização desse sonho. Passar pelo teu Santuário em Belém era resgate ao peregrinar deste sonho. Teu olhar de mãe me sustentava, ouvia e acalentava meu coração.

Aos meus pais, *Rozza de Lourdes e Francisco Wilson*, por todos os ensinamentos, os quais se tornaram a base para que eu alcançasse sempre o que almejei. Sem vocês, eu não teria chegado ao final de mais um sonho, e nem seria o quem eu sou. Mais uma graça alcançada com o verdadeiro louvor à vocês

A professora Dra. *Diviane Martins da Silva*, um referencial de vida. Não tenho nem palavras para agradecer ao acolhimento e a sensatez com que me conduziu nesses anos! Vivenciar esse período entre a minha chegada no Programa de Pós Graduação em Enfermagem possibilitou compreender que os laços ora constituídos tem um aspecto materno; a tua sabedoria humana e afeto me permitiu voar, enxergar as quedas e a necessidade de reerguer para alcançar sonhos mesmo diante das limitações e cansaço. Obrigado por confiar em mim e acreditar nos meus sonhos de menino, teus ensinamentos foram capazes de me moldar com discernimento.

Aos membros da banca, *Nirla Gomes Guedes, Ana Fátima Carvalho Fernandes, Rafaella Pessoa Moreira, Lívia Zulmyra Cintra Andrade, Ana Raílka de Souza Oliveira-Kumakura e Vanessa Emille Carvalho de Sousa* pelas valiosas contribuições demonstrando cuidado e atenção no processo de análise e aprimoramento desse estudo.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, em especial, *Thelma Leite de Araujo, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Francisca Elisângela Teixeira Lima, Ana Karina, Priscila de Souza Aquino, Joselany Afio Caetano, Lorena Barbosa, Cristiana Brasil Rebouças e Janaina Fonseca Victor Coutinho* pelo conhecimento compartilhado, nossas partilhas foram enriquecedoras para construção social e científica desse trabalho.

À Família Vale Siqueira, Keberth, Kirleny, Yasmim, Letycia, Emanuel e Leidinha, porto seguro encontrado em cada viagem e estadia em Fortaleza. Esse referencial familiar foi espaço para conselhos, aconchego e repouso. Minha gratidão sempre pelo acolhimento fornecido em sua casa. Não tenho nem palavras para agradecer!

Aos amigos constituídos no PPGENF UFC que transcende a lógica acadêmica: *Geórgia Alcântara Alencar Melo, Eglídia Vidal Carla Figueiredo, Francisco Gilberto Pereira, Leticia Lima Aguiar*, por todo o incentivo, torcida, elogios, energia, e pela linda família que formamos e escolhemos compartilhar os acontecimentos de nossas vidas. Saibam que mesmo distante territorialmente sempre quero encontrar abrigo nos vossos corações em meio aos sonhos diários, vamos reverberar sempre!

Aos amigos *Laécio Paulo e Ailton Silva* que foram presença constante, lealdade, respeito e sinceridade, tolerância as diferenças, ajuda mútua, escuta e empatia. É muito bom saber que posso contar com as vossas amizades.

Aos amigos do Curso de Pós Graduação em Enfermagem – *Doutorado em Enfermagem em Promoção da Saúde 2018.1: Reinaldo Gutierrez Barreiro, Anna Virgínia Diana, Nayana Gomes, Nila Larisse, Camila Diniz, Natália Barreto de Castro, Silmara Lucena*, por ter sido parceiros nos momentos de dificuldades e alegrias na vida acadêmica e social

À *Universidade Federal do Amapá, a Universidade Regional do Cariri e a Universidade Federal do Ceará*, aos meus colegas e ex-colegas de trabalho, em especial à *Amanda, Gleicy, Kelly, Simone, Dimas, Ana Paula, Fábio, Carlos, Fernanda, Nádia e Scheilla*, por contribuírem para concretização desse sonho, com impacto na minha formação como ser humano e na consolidação e progresso da Enfermagem.

Aos alunos bolsistas e pesquisadores do *Grupo de Estudo e Pesquisa no Cuidado em Saúde da Criança (CUSDEUSC)* – *Carol, Ana Cláudia, Tahissa, Leonardo, Kiarelle, Rosely, Sara e Tânia*, que cooperaram no refinamento da profissão por meio da identificação de termos, conceitos, testabilidade, síntese e avaliação de evidências para a consolidação da Enfermagem, também por proporcionar momentos de diversão e convivência. Agora é hora de honrar o ser CUSDEUSCiano, onde quer que eu vá!

À *Antônia e Suerda*, o carinho que brota do meu coração por vocês é algo extraordinário. São pessoas que sempre terei como referenciais em possibilitar conviver e acolher o que é diferente.

*À Espiritualidade Inaciana, através dos Espaços, Casas e Centros Magis, que me inseriu em meu tempo e no meu mundo fornecendo orientações práticas de como tocar, ativar, assumir e fortalecer minhas estruturas profundas e dar novo sentido à própria existência. Obrigado aos amigos que rezaram e viveram esse período, seja aqui em Fortaleza ou Belém.*

*Aos coordenadores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Profa Dra, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso e Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes, pela dedicação e fortalecimento da qualidade dos cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da UFC.*

*Enfim, a todas as pessoas que cooperaram no meu processo formativo de Doutorado em Enfermagem, meu Muito Obrigado!*

## RESUMO

Indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico estão predispostos a apresentar Baixa autoestima. Entretanto, nota-se uma lacuna na produção científica de síntese no tocante aos fatores causais e a magnitude de efeito desses fatores na referida população em estudo. Sendo assim, propõe-se analisar as evidências produzidas sobre os fatores causais de Baixa autoestima em indivíduos adultos e idosos com acidente vascular encefálico. Procedeu-se revisão sistemática com a seguinte questão norteadora: Quais são as medidas de magnitude de efeito dos fatores causais de Baixa autoestima em indivíduos adultos e idosos com acidente vascular encefálico? A revisão foi desenvolvida conforme o manual de revisores do *Joanna Briggs Institute*, nas bases de dados: PubMed, CINAHL, PsycINFO, Scopus, Cochrane, Joanna Briggs Institute Data Base, LILACS, em inglês, português e espanhol. Os descritores contidos no protocolo de busca foram: *self esteem, stroke, situational, chronic, low, factor, epidemiologic factors, precipitating factors, causality, risk factors*. Estabeleceu-se como critério de inclusão a descrição de fatores causais de Baixa autoestima entre adultos e idosos acometidos por acidente vascular encefálico. A amostra foi composta majoritariamente de estudos observacionais. A análise dos dados ocorreu em três etapas até a obtenção da amostra final de artigos por dois revisores, de forma independente. A qualidade metodológica dos artigos foi verificada por meio das ferramentas do *Joanna Briggs Institute*. Desse modo, a revisão sistemática incluiu 18 estudos, nos quais, observou-se elevada qualidade metodológica. Foram verificadas relação de causalidade entre Baixa autoestima e variáveis demográficas, variáveis de lesão, condições crônicas, comportamentos de sono, funcionamento cognitivo, independência funcional, comportamentos inconsistentes em relação aos valores, imagem corporal e bem-estar emocional. Observou-se que, entre os fatores associados, quatro foram possíveis de serem submetidos a técnica de metanálise por responderem aos critérios de síntese: estado depressivo (OR = 4,21; IC = 2,72-6,53); déficit no autocuidado das atividades básicas de vida diária (OR = 7,61; IC = 2,63-21,99); humor prejudicado (OR = 6,37; IC = 4,06-9,99) e mobilidade física prejudicada (OR = 4,33; IC = 1,07-17,52). Mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado das atividades básicas de vida diária atuam como fatores precipitantes; humor prejudicado foi compreendido nesse estudo como um fator incapacitante e o estado depressivo atua como fator predisponente de Baixa autoestima. Mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado das atividades básicas de vida diária são reconhecidas pela NANDA-I como a condição associada prejuízo funcional. Entretanto, humor prejudicado e estado depressivo não fazem parte da estrutura atual da taxonomia. Apesar de não terem sido encontrados estudos de diagnósticos de enfermagem nesta revisão, seus resultados contribuem para o refinamento dos diagnósticos Baixa autoestima situacional e Baixa autoestima crônica. Foram encontrados resultados que confirmam fatores relacionados e condições associadas presentes na taxonomia. Humor prejudicado e estado depressivo devem ser verificados por outros estudos para posterior incorporação à taxonomia da NANDA-I.

**Palavras-chave:** Autoestima; Fatores; Acidente Vascular Cerebral; Diagnóstico de Enfermagem; Magnitude de efeito; Revisão sistemática.

## ABSTRACT

Individuals affected by stroke are predisposed to have low self-esteem. However, there is a gap in the scientific production of synthesis with respect to the causal factors and the magnitude of the effect of these factors in the referred population under study. Therefore, it is proposed to analyze the evidence produced on the causal factors of Low self-esteem in adults and elderly individuals with stroke. A systematic review was carried out with the following guiding question: What are the measures of magnitude of effect of the causal factors of Low self-esteem in adults and elderly individuals with stroke? The review was developed according to the Joanna Briggs Institute reviewer manual, in the databases: PubMed, CINAHL, PsycINFO, Scopus, Cochrane, Joanna Briggs Institute Data Base, LILACS, in English, Portuguese and Spanish. The descriptors contained in the search protocol were: self esteem, stroke, situational, chronic, low, factor, epidemiologic factors, precipitating factors, causality, risk factors. Inclusion criteria were the description of causal factors of low self-esteem among adults and elderly people affected by stroke. The sample was composed mainly of observational studies. Data analysis took place in three stages until the final sample of articles was obtained by two reviewers, independently. The methodological quality of the articles was verified using the Joanna Briggs Institute tools. Thus, the systematic review included 18 studies, in which, high methodological quality was observed. There was a causal relationship between low self-esteem and demographic variables, injury variables, chronic conditions, sleep behaviors, cognitive functioning, functional independence, inconsistent behaviors in relation to values, body image, emotional well-being. It was observed that, among the associated factors, four were possible to undergo the meta-analysis technique for meeting the synthesis criteria: depressive state (OR = 4.21; CI = 2.72-6.53); deficit in self-care of basic activities of daily living (OR = 7.61; CI = 2.63-21.99); impaired mood (OR = 6.37; CI = 4.06-9.99) and impaired physical mobility (OR = 4.33; CI = 1.07-17.52). Impaired physical mobility and deficit in self-care of basic activities of daily living act as precipitating factors; Impaired mood was understood in this study as a disabling factor and the depressed state acts as a predisposing factor for Low self-esteem. Impaired physical mobility and deficit in self-care of basic activities of daily living are recognized by NANDA-I as the condition associated with functional impairment. However, impaired mood and depressed state are not part of the current structure of taxonomy. Although no studies of nursing diagnoses were found in this review, their results contribute to the refinement of the diagnoses Low situational self-esteem and Chronic low self-esteem. Results were found that confirm related factors and associated conditions present in the taxonomy. Impaired mood and depressed state must be verified by other studies for later incorporation into the NANDA-I taxonomy.

**Keywords:** Self-esteem; Factors; Stroke; Nursing Diagnosis; Magnitude of effect; Systematic review.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b>	Elementos da estratégia PEO, descritores e palavras-chave. Fortaleza, Brasil, 2019.	30
<b>Quadro 2</b>	Banco de dados para a pesquisa sobre medidas de magnitude de efeito dos fatores causais do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional e crônica. Fortaleza, 2019.	30 -32
<b>Quadro 3</b>	Busca sistemática da pesquisa sobre medidas de magnitude efeito dos fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional e crônica nas respectivas bases de dados. Fortaleza, 2019.	33
<b>Figura 1</b>	Fluxograma do processo de busca, seleção e análise dos artigos da revisão. Fortaleza, Brasil, 2019.	42
<b>Figura 2</b>	Razão de chance de Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico com e sem humor prejudicado. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	70
<b>Figura 3</b>	Razão de chance de Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico com e sem estado depressivo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	70
<b>Figura 4</b>	Razão de chance de Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico com e sem déficit no autocuidado nas atividades de vida diária. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	71
<b>Figura 5</b>	Razão de chance de Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico com e sem mobilidade física prejudicada. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019	71

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Descrição do nome dos autores, país de elaboração/condução, profissão do primeiro autor, título e objetivos dos estudos selecionados. Fortaleza, Ceará, 2019.	44
<b>Tabela 2</b>	Caracterização da avaliação da qualidade metodológica por estudo selecionado do tipo transversal. Fortaleza, Ceará, 2019.	48
<b>Tabela 3</b>	Caracterização da avaliação da qualidade metodológica por estudo selecionado do tipo coorte. Fortaleza, Ceará, 2019.	49
<b>Tabela 4</b>	Caracterização da avaliação da qualidade metodológica por estudo selecionado do tipo caso-controle. Fortaleza, Ceará, 2019.	50
<b>Tabela 5</b>	Descrição dos aspectos metodológicos quanto ao tipo de estudo, tamanho amostral e recrutamento de participantes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	51
<b>Tabela 6</b>	Caracterização dos instrumentos de mensuração da autoestima utilizado no estudo selecionado. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	55
<b>Tabela 7</b>	Caracterização dos dados sociodemográficos, clínicos e acompanhamento do estudo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	57
<b>Tabela 8</b>	Descrição dos fatores relacionados evidenciados nos estudos com as respectivas medidas de magnitude associada a Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	64
<b>Tabela 9</b>	Descrição das <i>odds ratio</i> dos fatores relacionados de Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico passíveis de realizar a metanálise. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.	69

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>AVE</b>	Acidente Vascular Encefálico
<b>CIPE</b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>DDC</b>	<i>Diagnostic Development Committee</i>
<b>JBI</b>	<i>Joanna Briggs Institute</i>
<b>NIC</b>	<i>Nursing Interventions Classification</i>
<b>NOC</b>	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
<b>RSM</b>	Revisão Sistemática e Metanálise

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	16
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	23
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	24
3.1	Autoestima – marcos teóricos e definições conceituais	24
3.2	Autoestima e seu impacto na Promoção da Saúde Mental	26
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	30
4.1	Definição do estudo	30
4.2	Questão norteadora	30
4.3	Protocolo de revisão	30
4.4	Estratégia de busca	31
4.5	Avaliação da qualidade	37
4.6	Obtenção dos dados	39
4.7	Síntese	40
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	43
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	74
	<b>CONCLUSÃO</b>	86
	<b>REFERÊNCIAS</b>	88
	<b>APÊNDICES</b>	103
	<b>ANEXOS</b>	105

## 1 INTRODUÇÃO

É imperativo reconhecer que a Enfermagem Contemporânea constitui-se uma área de saber útil à sociedade; na qual, essa mesma utilidade se traduz essencialmente pelo desenvolvimento de um conjunto de atividades que sejam capazes de: evitar a doença e promover, manter e recuperar a saúde, e na terminalidade uma morte tranquila; maximizar a sensação de bem-estar, a independência e a capacidade de funcionamento nos papéis desejados; proporcionar cuidado eficiente e de baixo custo, que atenda às necessidades biológicas, sociais, espirituais e culturais do indivíduo e trabalhar continuamente para melhorar os resultados do paciente, as práticas de cuidado e a satisfação do cliente (ALFARO-LEFREVE, 2014).

No entanto, apesar dos avanços, a profissão ainda não é reconhecida suficientemente como fazendo parte de um campo autônomo de saber e intervenção. Assim, para que a visibilidade social que tanto se espera seja reconhecida é preciso delimitar o corpo de atuação da referida profissão enquanto disciplina e ciência (AMENDOEIRA, 2009).

Uma das formas de delimitar o conhecimento da disciplina é pela descrição de fenômenos de interesse vivenciados na prática clínica. Estes podem ser reconhecidos como respostas humanas reais ou potenciais de pacientes, famílias, grupos e comunidades para os problemas de saúde e/ ou processos de vida (HERDMAN; KAMITSURU, 2018; SILVA *et al.*, 2019). Em outras palavras, o conhecimento da disciplina de enfermagem é o conhecimento dos conceitos que fundamentam elementos da prática como os diagnósticos de enfermagem que os enfermeiros identificam e tratam (CARVALHO; CRUZ; HERDMAN, 2013).

Nesse sentido, a busca incessante em estabelecer os focos e as ações do cuidar despontaram na enfermagem internacional o advento das linguagens taxonômicas da prática de enfermagem, sendo as mais conhecidas a NANDA Internacional, Inc (NANDA-I), *Nursing Interventions Classification* (NIC), *Nursing Outcomes Classification* (NOC), *Sistema Omaha*, *Perioperative Nursing Data Set* e Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (FURUYA *et al.*, 2011).

Entre essas taxonomias, a NANDA-I merece destaque por ser a primeira linguagem estruturada da prática clínica da enfermagem, que busca melhorar o nível de evidência

científica dos diagnósticos de enfermagem por meio do desenvolvimento e do aprimoramento dos seus componentes - títulos, características definidoras e fatores relacionados (ODENBREIT et al., 2012).

Após uma ampla revisão dos fenômenos de prática clínica, a NANDA-I determinou que muitos fatores categorizados como relacionados/de risco eram importantes para o raciocínio clínico; mas a intervenção de enfermagem não poderia suficientemente removê-los ou alterá-los (HERDMAN; KAMITSURU, 2018). Para atingir o objetivo de identificar os fatores etiológicos, mudanças ocorreram na taxonomia da NANDA-I, sendo estabelecidas duas novas categorias: populações em risco e condições associadas. Assim, a partir da nova reestruturação apenas os componentes que poderiam ser removidos ou melhorados por intervenções de enfermagem foram mantidos como fatores relacionados/de risco.

Ainda, na última edição lançada, constata-se que mais de 70 diagnósticos de enfermagem incorporados na taxonomia da NANDA-I, parte da terminologia por direito adquirido, após a definição dos critérios de evidência em 2002 precisam ser revisados a fim de trazer um nível mínimo de recomendação de 2.1 de acordo com os referenciais adotados da síntese de evidência científica proposto pela taxonomia (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Entre os diagnósticos de enfermagem listados, Baixa autoestima situacional e Baixa autoestima crônica se sobressaem (SERRANO *et al.*, 2010; POMPEO *et al.*, 2017; LEITE; AGUIAR, 2017; NAPOLEÃO; CALDATO; PETRILLI FILHO, 2009; BEZERRA *et al.*, 2016; CAVALCANTE *et al.*, 2012; TOLEDO; RAMOS; WOPEREIS, 2011). Revisões em seus componentes são prioritárias e decisivas; pois, caso não sejam realizadas, estes diagnósticos serão retirados da taxonomia na próxima edição (2021-2023).

Desse modo, convém destacar que a Baixa autoestima foi inserida como foco diagnóstico na Taxonomia da NANDA-I a partir da sua aprovação de forma consensual em 1988 pelo grupo de enfermeiras. A Baixa autoestima situacional passou por revisões nos anos de 1996 e 2000; já a Baixa autoestima crônica foi revisada nos anos de 1996 e 2008 (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Nota-se que, após 2002, ano em que foram definidos os critérios de recomendação, o diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional não foi sujeito a alterações ou revisões de seus componentes. Ainda, em 2017, com a inserção das categorias condições associadas e populações em risco, os diagnósticos sofreram reestruturação quanto aos antigos componentes sem, no entanto, apresentar nível de recomendação. É notório salientar que ambos os diagnósticos de enfermagem sofreram alterações em relação a definição de fatores

relacionados, populações de risco e condições associadas como os demais diagnósticos de enfermagem contido na taxonomia.

A NANDA-I recomenda a realização de diversos tipos e métodos de pesquisas favorecendo o aperfeiçoamento dessa linguagem taxonômica, por meio de estudos de análises de conceitos, validade de conteúdo por especialistas, validação relacionada a critérios, a construtos e a consenso e revisões sistemáticas (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

O *Diagnostic Development Committee* (DDC) espera a contribuição por parte de pesquisadores que utilizam a referida taxonomia; bem como, enfermeiros docentes e assistenciais com a finalidade de aumentar a robustez dos referidos diagnósticos considerados alvos para favorecer a evolução do conhecimento da enfermagem enquanto ciência, disciplina e profissão. Ainda, incentivam construir evidências do diagnóstico de enfermagem de forma geral, bem como a populações e contextos específicos de cuidar (MELO *et al.*, 2019).

A taxonomia da NANDA-I compreende Baixa autoestima situacional como o desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual e tem como características definidoras: ausência de propósito, comportamento indeciso, comportamento não assertivo, desafio situacional ao próprio valor, desamparo, subestima a capacidade de lidar com a situação e verbalizações autonegativas; possui como fatores relacionados: alteração da imagem corporal, alteração no papel social, autoexpectativas não realistas, comportamento inconsistente em relação aos valores, diminuição do controle sobre o ambiente, padrão de desamparo e reconhecimento inadequado (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Em relação as populações em risco verificam-se: história de abandono, história de abuso, história de negligência, história de perda, história de rejeição, padrão de fracassos e transição de desenvolvimento. No tocante as condições associadas estão Doença física e Prejuízo funcional (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Baixa autoestima crônica é definida como avaliação e/ou sentimentos negativos sobre as próprias capacidades, com duração de pelo menos três meses, possuindo como características definidoras: busca excessiva por reafirmação, comportamento indeciso, comportamento não assertivo, contato visual insuficiente, culpa, dependente das opiniões dos outros, exagera no *feedback* negativo sobre si mesmo, excessivamente conformado, falta de sucesso frequente nos eventos da vida, hesita em tentar novas experiências, passividade, rejeita *feedback* positivo, subestima a capacidade de lidar com a situação e vergonha (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Em relação aos fatores relacionados verificam-se: afeto recebido inadequado, enfrentamento ineficaz da perda, incongruência cultural, incongruência espiritual, participação inadequada em grupos, pertencimento inadequado, recebe aprovação insuficiente dos outros, respeito inadequado dos outros. As populações de risco destacadas na taxonomia são: exposição a situações traumáticas, padrão de fracassos, reforço negativo repetido e a condição associadas é o transtorno psiquiátrico (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

No processo de adaptação do indivíduo, as condições crônicas ou eventos significantes em saúde são primordiais para o desenvolvimento psicológico de uma imagem corporal saudável, assim como relatos de autoestima perante sua nova situação, visto que a autoestima elevada funciona como um fator de proteção, que ameniza as complicações do tratamento clínico (HUTZ; ZANON, 2011; SALOMÉ; ALMEIDA, 2014). A literatura científica é unânime em apontar que indivíduos com Acidente Vascular Encefálico (AVE) irão vivenciar em algum momento da fase pós aguda ou crônica da doença uma redução na percepção de seu valor, independente da lesão de base, seja isquêmica ou hemorrágica (BRITO-BRITO et al., 2015).

Essa doença vascular encefálica é um grave problema de saúde pública em todo o mundo por ser uma das maiores causas de mortalidade, morbidade e incapacidade adquirida (BRASIL, 2013). Estudos destacam que o AVE pode causar uma grande variedade de déficits neurológicos, dependendo da localização da lesão, do tamanho da área de perfusão inadequada e da quantidade de fluxo sanguíneo colateral (VICKERY et al., 2008a).

No tocante às evidências encontradas com os diagnósticos de enfermagem em tela, em indivíduos na fase pós-aguda, observa-se que a Baixa autoestima situacional é inferida baseando-se nas seguintes características definidoras: desamparo, subestima a capacidade de lidar com a situação e verbalizações autonegativas; os fatores relacionados mais identificados foram: prejuízo funcional e depressão (BRITO-BRITO et al., 2015; NUNES; FONTES; LIMA, 2017). Esses elementos diagnósticos contribuem para que, na etapa de planejamento, sejam estabelecidos como resultados positivos a melhora do humor, do bem estar, da mobilidade e da socialização, quando elegidas intervenções que sejam eficazes, efetivas e seguras para o contexto do cuidado (BRITO-BRITO et al., 2015).

Indivíduos com AVE apresentam capacidade funcional prejudicada para viver independente e realizar de forma autônoma atividades como banhar-se, vestir-se, realizar a higiene pessoal e íntima, transferir-se de um lugar para outro, controlar os esfíncteres da micção e da defecação, e alimentar-se. A dependência gera sentimentos negativos como

inutilidade e comportamento não assertivo (SHIDA et al, 2014). Acredita-se que a Baixa autoestima é condição clínica comum e deve ser investigada pelos enfermeiros para compreensão de seus fatores causais.

Considerar apenas um único fator que precede ou influencia determinado fenômeno é equivocado (LOPES; SILVA, 2016). Diante disso, é necessário considerar as associações estatísticas que envolvem dois ou mais fatores e sua relação de causa. Assim, uma associação é considerada causal quando uma mudança na frequência ou na qualidade de uma exposição resulta em consequente mudança na frequência do desfecho de interesse, ou seja, na ocorrência do diagnóstico de enfermagem ou fenômeno em estudo (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

Conforme Jekel, Katz e Elmore (2005) apontam, as associações causais podem ser de dois tipos: diretas e indiretas. As causais diretas ocorrem quando o fator investigado exerce seus efeitos sem fatores intermediários, podendo desencadear uma determinada condição clínica sem a interferência de outros aspectos. As associações causais indiretas ocorrem quando o fator em questão influencia um ou mais fatores, que são por sua vez causas diretas da condição clínica.

A associação não causal, em oposição, apresenta-se como uma relação estatisticamente significativa entre duas ou mais variáveis, contudo não evidencia um processo causal. A incoerência da relação temporal e a interferência de outro(s) fator(es) na causa e no efeito de uma determinada condição clínica são eventos que, possivelmente, anulam a condição causal de uma associação (ROUQUAYROL; SILVA, 2013; JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005; ANDRADE, 2018).

Assim, a causalidade é definida como os eventos ou fatos que precedem o fenômeno ou influencia na ocorrência do mesmo (LUIZ; STRUCHINER, 2002). Conforme atesta Rothman (1976) estabelecer a causalidade é buscar compreender fatores envolvidos na etiologia de um determinado evento, seja esses apenas fatores associados ou de risco. Esse modelo proporciona novas perspectivas a serem exploradas em busca de prevenção a situações clínicas específicas (ROUQUAYROL; SILVA, 2013) como, por exemplo, daquelas determinadas pela presença dos diagnósticos de enfermagem de Baixa autoestima situacional e Baixa autoestima crônica.

A estreita e complexa relação entre fatores causais de várias dimensões para a determinação de uma condição clínica exige a proposição de modelos teórico-conceituais complexos para o estudo de seus determinantes e inter-relações. Por meio de modelos causais

clínicos epidemiológicos, é possível considerar e modelar fatores distintos de acordo com sua precedência no tempo e de sua relevância para a determinação do desfecho de interesse (LIMA; CARVALHO; VASCONCELOS, 2008; MONTEIRO; SZARFARC; MONDINI, 2000).

Ressalta-se que a ordenação temporal ou lógica entre os eventos que conduzem ao desfecho e a distinção conceitual em relação a uma variável de exposição como mediadoras ou de confusão corroboram para a categorização das variáveis e fornecem um guia para análise e interpretação dos resultados (VICTORA et al., 1997).

Logo, inúmeros modelos teóricos foram sendo desenvolvidos para estabelecer a ordenação temporal entre os fenômenos. Na epidemiologia e na enfermagem, uma modelagem reconhecida é a hierarquização causal divididos em fatores primários, secundários e terciários (LOPES; SILVA, ARAUJO, 2012; ALBUQUERQUE, 2016).

Desse modo, os fatores primários são aqueles diretamente associados ao desenvolvimento do diagnóstico e representados por fatores biológicos ou psicossociais; os secundários, capazes de potencializar o efeito dos fatores primários, geralmente representados por fatores ambientais e constitucionais e os terciários comumente representados por fatores socioeconômicos (LOPES; SILVA, ARAUJO, 2012).

Ainda, verifica-se que outra classificação pode auxiliar na compreensão da interação entre os fatores causais. Esta divide os fatores etiológicos em predisponentes, incapacitantes, precipitantes e reforçadores (LOPES; SILVA, 2016; FERREIRA, 2017; SOUZA, 2017; LEMOS, 2019). Os predisponentes são aqueles que levam a um aumento da suscetibilidade ao diagnóstico de enfermagem; os incapacitantes são os que interferem na recuperação ou na promoção da saúde; os precipitantes representam fatores que iniciam a cadeia causal enquanto que os reforçadores amplificam o efeito de uma condição clínica existente (LOPES; SILVA, ARAUJO, 2012).

Nesse contexto, faz-se importante elucidar possíveis inter-relações entre variáveis causais (fatores relacionados) conhecidas como envolvidas na cadeia causal que conduz ao evento ou pouco investigadas e/ou desconhecidas para a ocorrência de diagnósticos de enfermagem. Ressalta-se que análise dos fatores relacionados envolvidos na cadeia de causalidade que conduz a ocorrência do desfecho clínico ainda são poucos explorados na área de diagnósticos de enfermagem (ANDRADE, 2018).

Uma das alternativas que pode responder a essa lacuna na produção científica é a revisão sistemática, visto que, utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado

tema. Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a determinada etiologia, diagnóstico, intervenção terapêutica e prognóstico, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, bem como identificar temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para investigações futuras.

Sendo assim, decidiu-se investigar os fatores causais de Baixa autoestima de indivíduos acometidos por AVE. Além de verificar os fatores causais na literatura, será importante determinar as medidas de magnitude de efeito desses fatores no desenvolvimento da Baixa autoestima em indivíduos com AVE.

Considerando que a Baixa autoestima situacional e a Baixa autoestima crônica são respostas humanas nas quais enfermeiros devem buscar atender, resolver e controlar, são imprescindíveis estudos de revisões sistemáticas e metanálise da magnitude do efeito dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem para a divulgação e possibilitar uma inferência diagnóstica adequada a depender da população e do contexto de cuidar. Assim, o conhecimento dos fatores relacionados associados ao desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem permite ao enfermeiro uma maior precisão na escolha das intervenções a serem implementadas (SILVA, 2007; PASCOAL, 2011; ANDRADE, 2013).

Nessa perspectiva, é fundamental o desenvolvimento de estudos que visem identificar e analisar os fatores relacionados para determinar a magnitude dos efeitos desses fatores no desenvolvimento do diagnóstico em estudo nas diversas situações clínicas e substanciar a prática assistencial dos profissionais de enfermagem, na escolha adequada das intervenções, propiciando otimização no tempo e tratamento adequado (HERDMAN, 2015).

Esta tese buscou analisar as evidências de Baixa autoestima em decorrência da aproximação do pesquisador com populações de risco ou condições associadas a esse fenômeno clínico observada nos seguintes estudos: em idosos residentes em instituições de longa permanência (LEITE *et al.*, 2011); mulheres que vivenciam o climatério (SILVA; FARIAS, 2014); indivíduos acometidos por AVE (SILVA *et al.*, 2017a; SILVA *et al.*, 2017b) e adolescentes escolares sedentários (ILBANEZ; CACERES; SILVA, 2017).

Percebe-se ausência de estudos de revisão sistemática na literatura nacional e internacional que estabeleça a magnitude de efeito dos fatores relacionados ao diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional e Baixa autoestima crônica ou fenômeno clínico de

Baixa autoestima. Com isso, esse estudo fortalecerá e dará subsídios a tomada de decisão clínica durante o processo de saúde-doença-cuidado aos enfermeiros reabilitadores em indivíduos acometidos por AVE.

Diante disso, nesse estudo, defende-se como tese:

- ✓ Há um conjunto de fatores causais de Baixa autoestima que apresentam medidas de magnitude de efeito superior a nulidade em indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Analisar as evidências produzidas sobre os fatores causais de Baixa autoestima em indivíduos adultos e idosos com acidente vascular encefálico.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar fatores causais de Baixa autoestima em indivíduos adultos e idosos com acidente vascular encefálico.
- Estabelecer as evidências sobre a magnitude de efeito dos fatores causais de Baixa autoestima em indivíduos adultos e idosos com acidente vascular encefálico.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Autoestima – marcos teóricos e definições conceituais**

É relevante destacar que a preocupação com a Autoestima tem suas bases definidas e conceituadas por inúmeros teóricos psicólogos como William James, Alfred Adler, George Herbert Mead, e Gordon Allport. Entretanto, as pesquisas sobre esses fenômenos foram consideradas não científicas por não apresentarem uma natureza explicativa e preditiva. Com o passar do tempo verificou-se que os estudos sobre esse evento de vida foram sendo cada vez mais ampliados, tendo como principal objetivo a medição da autoestima como uma entidade global do ser humano em virtude do nível de formação de identidade em diversas populações (DUTTON; BROWN, 1997; JAMES, 1890).

Revela-se que esse conceito tem sido explorado de diversas formas, uma das modalidades é a dimensionalidade do constructo: global e específica. A autoestima global se refere à forma como a pessoa se sente em geral consigo própria, por outro lado, a autoestima específica, refere-se à forma como as pessoas avaliam os seus atributos específicos e habilidades, isto é, se uma pessoa se vê como capaz em determinada área, os demais irão considerar que a pessoa tem uma grande autoestima nessa mesma área (DUTTON; BROWN, 1997). Desse modo, esta última influencia as respostas cognitivas face ao sucesso e ao insucesso, ao passo que a primeira influencia as respostas emocionais.

No entanto, a autoestima global torna-se mais marcante que a específica, uma vez que envolve a avaliação da forma como a pessoa se sente perante uma falha ou erro. Não obstante, a autoestima global acaba, igualmente, por desempenhar um papel crítico na vida psicológica do indivíduo, na medida em que está envolvida com o lidar, com a rejeição e o ultrapassar obstáculos (DUTTON; BROWN, 1997).

Ao se considerar os marcos introdutórios desse conhecimento científico, William James em 1890 defendeu que a autoestima englobava todos os atributos da pessoa, isto é, corpo, habilidades sociais, família, bens, etc. Para este autor, se algum destes atributos fosse diminuído, conseqüentemente, a pessoa sentir-se-ia diminuída. Assim, o teórico definiu a autoestima como a razão entre o sucesso e as aspirações pessoais, enfatizando a forma de gerar autoestima através do aumento do numerador – sucessos – ou o diminuir do denominador – as pretensões que aspiramos (JAMES, 1890).

Em 1965, com as proposições teóricas de Rosenberg, definiu-se a autoestima como o grau em que uma pessoa valoriza a autopercepção de sua imagem. Desse modo, a autoestima encontra-se diretamente ligada à imagem que os indivíduos constroem de si mesmo, que pode ser conceituada como “uma avaliação que o indivíduo efetua e comumente mantém em relação a si mesmo, expressando uma atitude de aprovação ou desaprovação” (ROSENBERG, 1965). Ela é tida como uma disposição mental que leva o indivíduo a reagir de acordo com as suas expectativas de sucesso, e com a sua aceitação e determinação pessoais (COOPERSMITH, 1967).

Rosenberg (1965) definiu as alterações nos estados da autoestima em três níveis: alto, médio e baixo. A alta autoestima é caracterizada pela confiança e competência que o indivíduo possui em relação a si mesmo. A média autoestima consiste na oscilação de sentimentos positivos e negativos, de adequação e inadequação de vida, caracterizando inconsistências no comportamento do indivíduo e a baixa autoestima é demonstrada pela incompetência em superar desafios e obstáculos, pelo sentimento de incapacidade para lidar com a vida e se adaptar a ela. Com isso, os comportamentos de alta e média autoestima são transitórios na vida dos indivíduos e podem ser compreendidos dentro da normalidade.

Bednar e Peterson (1995, p. 12) definiram a autoestima como o “sentimento duradouro e afetivo de valor pessoal, baseado em auto percepções precisas”. Para estes autores, a autoestima relaciona-se a interpretação dos *feedbacks* dos outros sobre si próprio, em detrimentos do conteúdo dos próprios *feedbacks*.

Nessa visão, constata-se forte influência que o meio intrínseco da pessoa possui para estimar os níveis de autoestima, uma vez que, quando o indivíduo acredita em si próprio e é detentor de uma autoestima adaptativa tolera eficazmente os *feedbacks* do exterior. Deste modo, pessoas com autoestima elevada possuem um raciocínio pessoal de adequação a determinada situação, juntamente com uma sensação de satisfação face às necessidades anteriores, o que conduz à procura de papéis profissionais que sejam congruentes com as características de autoavaliação. Por outro lado, pessoas com baixa autoestima são caracterizadas por um sentimento de inadequação pessoal, e uma incapacidade de atingir a necessidade de satisfação com o passado (KORMAN, 1967).

Durante anos, afirmou-se que a autoestima é construída ao longo de todo o desenvolvimento humano. Porém, de acordo com Bednar e Peterson (1995), esse fenômeno é vista como algo dinâmico, dependente do comportamento da pessoa. Desta forma, este componente poder-se-ia mover num *continuum* de uma elevada autoestima, para outro

extremo em que este fosse praticamente inexistente. Assim, diretamente aliado aos comportamentos das pessoas para condicionar a autoestima, torna-se imprescindível estimular o desempenho de estratégias ou mecanismo de *coping*.

Diante das representações apontadas para o fenômeno, constata-se que ao longos dos anos pesquisadores buscaram compreendê-lo muitas vezes como um indicador crítico da adaptação da vida associado à sensação de pertencer a uma comunidade mediante integração social, logo, está mais relacionado à avaliação subjetiva do “bem estar” do que ao funcionamento biológico do corpo.

A autoestima é frequentemente definida como a componente avaliativa e valorativa da pessoa acerca de si mesmo. Em estudo recente, Doré (2017) afirma que esse fenômeno é complexo, não havendo concordância em sua conceituação e sua operacionalização. O autor buscou reconhecer os antecedentes da autoestima, constatando que a autoconfiança e a dignidade são condições necessárias para tal fenômeno. Quando essas condições são satisfeitas, os indivíduos apresentam comportamentos como assertividade, relações facilitadas com os outros e resiliência.

### **3.2 Autoestima e seu impacto na Promoção da Saúde Mental**

A tarefa mais básica para a saúde mental, emocional e social de uma pessoa, que começa na infância e continua até a morte, é a construção de sua autoestima positiva (MACDONALD, 1994; p. 19).

As crenças e avaliações que as pessoas têm sobre si mesmas determinam quem são, o que podem fazer e o que podem se tornar ou vir a ser (BURNS, 1982). Essas influências internas poderosas fornecem um mecanismo de orientação, pois possibilita orientar e nutrir os indivíduos ao longo da vida e governar seu comportamento.

Os conceitos e sentimentos das pessoas sobre si mesmas geralmente são rotulados como autoconceito e autoestima. Estes, juntamente com sua capacidade de lidar com os desafios da vida e controlar o que acontece com eles, são amplamente documentados na literatura internacional e nacional desde o século passado (COOLEY, 1902; MEAD, 1943; ROGERS, 1951; COOPERSMITH, 1967; SELIGMAN, 1975; BANDURA, 1977; COOPERSMITH, 1977; BURNS, 1979; BOWLBY, 1980; RUTTER, 1992; HARTER, 1999; MOSQUERA et al., 2006; GOÑI; FERNÁNDEZ, 2009).

O autoconceito é definido como a soma das crenças e conhecimentos de um indivíduo sobre seus atributos e qualidades pessoais. É classificado como um esquema cognitivo que organiza visões abstratas e concretas sobre o eu e controla o processamento de informações relevantes para si (MARKUS, 1977; KIHLMSTROM; CANTOR, 1983; STOBÄUS, 1983, MOSQUERA, 1987; MOSQUERA et al., 2006).

Outros conceitos, como autoimagem e autopercepção, são equivalentes ao autoconceito. Assim, a autoestima é a dimensão avaliativa e afetiva do autoconceito e é considerada equivalente a auto respeito, autoestimação e autovalor (HARTER, 1999). Refere-se à avaliação global de uma pessoa de seu valor positivo ou negativo, com base nas pontuações que uma pessoa atribui a si mesma em diferentes papéis e domínios da vida (MAÇOLA; VALE; CARMONA, 2010).

A autoestima positiva é vista não apenas como uma característica básica da saúde mental, mas também como um fator protetor que contribui para uma melhor saúde e comportamento social positivo, por seu papel de amortecedor contra o impacto de influências negativas. É visto que promove ativamente o funcionamento saudável, refletido em aspectos da vida, como conquistas, sucesso, satisfação e capacidade de lidar com doenças como câncer e doenças cardíacas (CARVALHO et al., 2016; FERREIRA et al., 2017; NUNES et al., 2014; PERES, 2018; POMPEO et al., 2017).

Por outro lado, um autoconceito instável e uma baixa autoestima podem desempenhar um papel crítico no desenvolvimento de uma série de transtornos mentais e problemas sociais, como depressão, anorexia nervosa, bulimia, ansiedade, violência, abuso de substâncias e comportamentos de alto risco. Essas condições não apenas resultam em um alto grau de sofrimento pessoal, mas também impõem uma carga considerável à sociedade. Estudos prospectivos destacaram a baixa autoestima como fator de risco e a autoestima positiva como fator de proteção (RIBAS et al., 2013; RODRIGUES, 2015; BOAS, 2016).

A promoção da saúde refere-se ao processo de permitir que as pessoas aumentem o controle e melhorem sua própria saúde (OMS, 1986). O controle subjetivo e a saúde subjetiva, cada um dos aspectos do *self*, são considerados elementos significativos do conceito de saúde. Reconhecendo a existência de diferentes pontos de vista sobre o conceito de promoção da saúde mental, Sartorius (SARTORIUS, 1998), ex-Diretor de Saúde Mental da OMS, preferiu defini-lo como um meio pelo qual indivíduos, grupos ou grandes populações podem aprimorar sua competência, autoestima e sensação de bem-estar.

Essa visão é apoiada por Tudor (1996) que apresenta o autoconceito e a autoestima como dois dos elementos principais da saúde mental e, portanto, como um foco importante da promoção da saúde mental. Esta pode ser traduzida como as ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição inter setorial e, intra setorialmente, pelas ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais, etc. (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Estudos indicam que a autoestima é um importante fator psicológico que contribui para a saúde e a qualidade de vida (SILVEIRA et al., 2013; RODRIGUES, 2015; TAVARES et al., 2016; FERREIRA et al., 2017). Recentemente, vários estudos têm demonstrado que o bem-estar subjetivo se correlaciona significativamente com a alta autoestima, e que a autoestima compartilha uma variação significativa no bem-estar mental e na felicidade (GOMES et al., 2016; RAMOS, 2017; SILVA et al., 2017; GASPAR; BALANCHO, 2017).

A autoestima foi considerada um importante preditor da felicidade (FURNHAM; CHENG, 2000; FREIRE; TAVARES, 2011; BORSA; DAMÁSIO; KOLLER, 2016). De fato, enquanto baixa autoestima leva a desajustes, autoestima positiva, padrões e aspirações internas parecem contribuir ativamente para o "bem-estar" (RIBAS et al., 2013; BOAS, 2016).

A relação entre autoestima e desempenho acadêmico é relatada em um grande número de estudos (MARSH; YEUNG, 1997; FILOZOF et al., 1998; HAY; ASHMAN; VAN KRAAYENOORD, 1998; MAMEDE et al., 2015; NASCIMENTO, 2016; MENDES et al., 2017). Nos anos críticos da infância demonstrou-se que sentimentos positivos de autoestima aumentam a confiança e o sucesso das crianças na escola (COOPERSMITH, 1967), com a autoestima positiva sendo um fator preditivo para o sucesso acadêmico, por exemplo a capacidade de leitura (MARKUS; NURIUS, 1986) e operações matemáticas (HAZIN; FRADE; FALCÃO, 2010).

Os resultados de um estudo longitudinal entre crianças do ensino fundamental indicam que crianças com alta autoestima têm maiores aptidões cognitivas (ADAMS, 1996). Além disso, a pesquisa revelou que as auto avaliações centrais medidas na infância e no início da idade adulta estão ligadas à satisfação no trabalho na meia-idade (JUDGE et al., 2000) e satisfação no trabalho na vida adulta (BARROS; MOREIRA, 2015).

A natureza protetora da autoestima é particularmente evidente em estudos que examinam o estresse e/ou doenças físicas nas quais se mostra que a autoestima protege o indivíduo do medo e da incerteza. Isso se reflete nas observações de indivíduos com doenças crônicas (CARVALHO et al., 2016; POMPEO et al., 2017; NUNES et al., 2014). Verificou-se que um maior sentimento de domínio, eficácia e alta autoestima, em combinação com ter um parceiro e muitas relações íntimas, têm efeitos protetores diretos no desenvolvimento de sintomas depressivos nos doentes crônicos (FERREIRA et al., 2017; PERES, 2018).

A autoestima também demonstrou aumentar a capacidade de um indivíduo de lidar com doenças e a sobrevivência pós-operatória. Pesquisas sobre variáveis psicológicas pré-transplante e sobrevida após transplante de medula óssea (SZCZEPANIK, 2018) indicam que a alta autoestima antes da cirurgia está relacionada à maior sobrevida. Observou-se também estudos na literatura que atestam que alta autoestima pode aumentar a qualidade de vida de pessoas submetidas a cirurgias reparadoras de câncer de pele (TEJADA et al., 2018) e câncer de mama (GOMES; SILVA, 2013).

Chang e Mackenzie (1998) descobriram que o nível de autoestima era um fator consistente na previsão do resultado funcional de um paciente após um acidente vascular encefálico. Assim, verificou-se que a autoestima positiva está associada ao bem-estar mental, adaptação, felicidade, sucesso e satisfação. Também está associada à recuperação após doenças graves.

Assim, reconhece-se que autoestima deve ser foco de intervenções dos profissionais de saúde de uma forma geral para melhorar os resultados associados à promoção da saúde mental seja a nível individual, familiar e comunitário.

## **4. MÉTODO**

### **4.1 Definição do estudo**

Procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura (RSL) que se baseia no rigor científico por meio de estratégias específicas, que limitam os enviesamentos da seleção dos artigos, permitem avaliar com espírito crítico os artigos e sintetizar os resultados dos estudos relevantes em uma determinada área, mediante critérios predeterminados e uma questão específica de pesquisa. A RSL é metódica, explícita e passível de ser reproduzida (POLIT; BECK, 2011).

Esse estudo tem sua ênfase decorrente do movimento de prática baseada em evidência, que emerge na busca das melhores evidências. Isso implica que todos os dados chave a respeito de certo problema clínico serão resumidos, avaliados e sintetizados, para que conclusões sobre práticas mais efetivas possam ser geradas e elaboradas (POLIT; BECK, 2011).

Associada a essa técnica de seleção, análise e síntese dos estudos, foi realizada metanálise dos dados contidos em estudos previamente escolhidos. Esta consiste em uma técnica de integração estatística de resultados oriundos de pesquisas quantitativas. Em essência, trata os resultados de um estudo como fração da informação. Dessa forma, a metanálise trata e considera cada um dos estudos e não os participantes selecionados para tal, em que intui-se constatar padrões que talvez pudessem passar despercebidos (POLIT; BECK, 2011).

### **4.2 Questão norteadora**

Estabeleceu-se como questão que norteou a revisão sistemática: Quais são as medidas de magnitude de efeito dos fatores causais de Baixa autoestima em adultos e idosos acometidos por acidente vascular encefálico?

### **4.3 Protocolo de revisão**

Essa revisão é do tipo sistemática dos fatores causais de Baixa autoestima em adultos e idosos com acidente vascular encefálico. A revisão foi desenvolvida conforme o manual de revisores do *Joanna Briggs Institute*, o qual foi elaborado para conduzir e preparar a revisão

sistemática e a síntese de evidências. Tal documento contempla em seu capítulo 7 os requisitos e métodos para revisão sistemática que aborda etiologia e risco (MOOLA *et al.*, 2017). Ainda, salienta-se que essa revisão foi submetida a plataforma PROSPERO, obtendo aprovação sob o nº CRD42020164669

#### 4.4 Estratégia de busca

A questão de pesquisa foi formulada por meio da estratégia PEO, que representa um acrônimo para População, Exposição de interesse e “Outcomes” (resultado), de acordo com a descrição no manual de revisores do *Joanna Briggs Institute* (2017). Para essa revisão, foram utilizados os seguintes componentes PEO: acidente vascular encefálico (P), fatores causais (E), e Baixa autoestima (O).

**Quadro 1** - Elementos da estratégia PEO, descritores e palavras-chave. Fortaleza, Brasil, 2019.

<b>Componente</b>	<b>Definição</b>	<b>Descritores</b>	<b>Palavras chaves</b>
P: População de interesse	Adulto/ Idoso com Acidente vascular encefálico	Stroke	Acidente vascular cerebral
E: Fatores	Fatores causais	<i>Factor</i> <i>Precipitating factors</i> <i>Causality</i> <i>Risk factors</i>	Fator Fatores precipitantes Causalidade Fatores de risco
O: Resultados/ Desfechos	Baixa autoestima	<i>Self esteem</i> <i>Low</i> <i>Situational</i> <i>Chronic</i>	Autoestima Baixa Situacional Crônica

A busca eletrônica dos artigos foi realizada nas bases de dados CINAHL, Cochrane, *Joanna Briggs Institute Data Base*, LILACS, PubMed, PsycINFO e Scopus. Foram selecionados estudos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Essas bases de dados foram

escolhidas, pois representam as principais fontes de estudos desenvolvidos na área da saúde, enfermagem e psicologia.

**Quadro 2** – Banco de dados para a pesquisa sobre as evidências dos fatores causais do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional ou crônica. Fortaleza, 2019.

<b>CINAHL</b>	Fornece indexação de 2.928 periódicos científicos. A base de dados contém mais de 1 milhão de registros datados desde o ano de 1981. Abrange os campos de enfermagem, biomedicina, biblioteconomia de ciências da saúde, medicina alternativa/complementar, saúde do consumidor.
<b>Cochrane</b>	O Cochrane é uma organização não governamental, sem fins lucrativos e sem fontes de financiamento internacionais, que tem por objetivo contribuir para o aprimoramento da tomada de decisões em Saúde, com base nas melhores informações científicas disponíveis. Sua missão consiste em elaborar, manter e divulgar revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, o melhor nível de evidência para tomada de decisões em saúde. Atualmente, mais de 9 mil revisões sistemáticas Cochrane já foram publicadas na Biblioteca Cochrane. Esta biblioteca também possui a maior base de dados de ensaios clínicos publicados, conhecida como CENTRAL.
<b>Joanna Briggs Institute Data Base</b>	<i>Joanna Briggs Institute</i> (JBI) é uma das principais organizações mundiais de práticas baseadas em evidências (EBP). Essa base de dados fornece conteúdo e ferramentas no local de atendimento que ajudarão sua instituição a implementar práticas baseadas em evidências; revisões sistemáticas, práticas recomendadas, resumos de evidências e muito mais; evidências para informar a prática clínica - derivadas dos Centros de Excelência Colaboradores Globais da JBI em mais de 40 países; evidência resumida da pesquisa em um formato fácil de localizar, entender e distribuir para sua equipe e recursos de alta qualidade projetados para profissionais ocupados que precisam avaliar rapidamente as evidências atuais.

<b>LILACS</b>	BVS-LILACS é um índice bibliográfico da literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e no Caribe, a partir de 1982. É um produto cooperativo da Rede Biblioteca Virtual de Saúde.
<b>PSYCINFO</b>	PsycInfo é a mais importante base de dados na área da psicologia. Desenvolvida e mantida pela <i>American Psychological Association</i> , reúne, organiza e divulga a literatura relevante publicada internacionalmente na área da psicologia e de disciplinas correlatas.
<b>PUBMED</b>	Serviço da National Library of Medicine que inclui aproximadamente 17 milhões de citações da MEDLINE, provenientes de revistas de ciências da vida e artigos de biomedicina desde 1950. PubMed fornece links para artigos completos e para outros recursos relacionados. A pesquisa deve ser feita com palavras em língua inglesa.
<b>SCOPUS</b>	A base SCOPUS indexa mais de 14 mil títulos de 4 mil editoras nas diversas áreas do conhecimento e possui cerca de 27 milhões de resumos, incluindo citações, desde 1996, com uma interface amigável.

**Fonte:** Informações disponibilizadas pelas bases de dados em seus respectivos *websites* (2019).

Para o levantamento dos estudos contidos nessas bases de dados, foram identificados os descritores específicos de cada uma delas. Com relação à PubMed, a terminologia preconizada por estas base de dados é a nomenclatura MeSH (*Medical Subject Headings*) em língua inglesa, baseada na indexação de artigos no campo da ciência da saúde. As bases de dados CINAHL, PsycINFO, Scopus, Cochrane, Joanna Briggs Institute DataBase utilizam como terminologia de busca de dados palavras chaves (Key words).

Para a base LILACS, empregou-se o vocabulário estruturado Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) que representa a terminologia padrão utilizada para a indexação e navegação nas fontes de informação da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola e tem compatibilidade com a terminologia MeSH.

Assim, os descritores utilizados nas buscas foram *self esteem, stroke, situational, chronic, low, factor, precipitating factors, causality e risk factors* nas bases CINAHL,

PubMed, PsycINFO, Scopus, Cochrane, *Joanna Briggs Institute DataBase*. *Autoestima, baixa, fator, fatores epidemiológicos, fatores precipitantes, causalidade e fatores de riscos* foram aplicados na base LILACS que usa o vocabulário DeCs nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Foram utilizados como descritores não controlados os termos situacional ou crônica, ou seja, no inglês, *situational ou chronic*. Utilizou-se os operadores booleanos AND e OR para possibilitar a realização de combinações entre os descritores; sendo AND uma combinação restritiva e OR uma combinação aditiva.

Com o intuito de garantir um processo ecológico e econômico em relação ao tempo utilizou-se o programa gerenciador de referências EdNote® (BRAMER; MILIC; MAST, 2017); no qual possibilita localizar as referências duplicadas, identificar idiomas, selecionar períodos de publicação, criar grupos de acordo com os critérios de seleção (inclusão e exclusão), comparar as referências selecionadas entre os revisores, além de criar citações enquanto escreve o texto científico, facilitando a formatação das referências ao final de todo processo de preparo do manuscrito (YAMAKAWA et al., 2014). Assim, o fluxo de trabalho no processo de revisão é mais racionalizado com o uso de programas computacionais, a exemplo dessa ferramenta tecnológica (PEREIRA; GALVÃO, 2014).

**Quadro 3** - Busca sistemática da pesquisa sobre as evidências dos fatores causais do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional ou crônica. Fortaleza, 2019.

<b>Base de Dados</b>	<b>Busca Sistemática</b>
<b>CINAHL</b>	"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" "esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" AND situational OR chronic AND "stroke" "esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "factors" "esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "precipitating factors" "esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "causality" "esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "risk factors" "self-esteem" AND situational OR chronic AND "stroke"
<b>PubMed</b>	"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke"

	<p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" AND situational OR chronic AND "stroke"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "factors"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "precipitating factors"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "causality"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "risk factors"</p> <p>"self-esteem" AND situational OR chronic AND "stroke"</p>
<b>PsycoINFO</b>	<p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" AND "situational" OR "chronic" AND "stroke"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "factors"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "precipitating factors"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "causality"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "risk factors"</p> <p>"self-esteem" AND situational OR chronic AND "stroke self concept AND stroke"</p>
<b>Scopus</b>	<p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" AND situational OR chronic AND "stroke"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "factors"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "precipitating factors"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "causality"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "risk factors"</p> <p>"self-esteem" AND situational OR chronic AND "stroke self concept AND stroke"</p>
<b>Cochrane</b>	<p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" AND situational OR chronic AND "stroke"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND "factors"</p>

	<p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND “precipitating factors”</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND “causality”</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND “risk factors”</p> <p>"self-esteem" AND situational OR chronic AND "stroke self concept AND stroke</p>
<p><b>Joanna Briggs Institute DataBase</b></p>	<p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" AND situational OR chronic AND "stroke</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND “factors”</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND “precipitating factors”</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND “causality”</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND “risk factors”</p> <p>"self-esteem" AND situational OR chronic AND "stroke “self concept” AND “stroke”</p>
<p><b>LILACS</b></p>	<p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR self concept OR "self perception" OR "body-esteem" OR "self image" OR "Self-perceived" AND situational OR chronic AND "stroke"</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "self concept" AND situational OR chronic AND "stroke"</p> <p>"self-esteem" OR "self-worth" OR "self concept" AND situational OR chronic AND "stroke"</p> <p>Self concept AND stroke</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" AND situational OR chronic AND "stroke”</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND “factors”</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND “precipitating factors”</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND “causality”</p> <p>"esteem" OR "self-esteem" OR "self-worth" OR "body-esteem" OR "self image" AND situational OR chronic AND "stroke" AND “risk factors”</p>

Os critérios de inclusão para esta revisão foram o seguinte: ser estudo que aborde a Baixa autoestima enquanto diagnóstico de enfermagem ou fenômeno clínico; descrever os fatores causais de Baixa autoestima em adultos e idosos acometidos por acidente vascular encefálico. Para os estudos que não continham informação suficiente sobre medidas de associação razão de chance dos fatores causais de Baixa autoestima, foram solicitadas aos autores por meio de comunicação eletrônica os valores da presença/ausência da baixa autoestima e a presença/ausência dos fatores causais identificados nos respectivos estudos para estabelecer a medida de magnitude de efeitos encontrados para compor a revisão sistemática. Assim, os estudos, no qual recorreu as informações obteve-se retorno majoritário para cálculo das medidas.

Cartas ao editor; estudos de casos clínicos; consenso de especialistas e artigos de reflexão, dissertações de mestrado, teses de doutorado e artigos não publicados foram excluídos. Os motivos da exclusão das cartas ao editor, estudos de casos, consenso de especialistas e artigos de reflexão se deu em virtude destes não serem capazes de apresentar efeito-causa dos respectivos fatores, caso fossem observados. Decidiu-se excluir as dissertações de mestrado e teses de doutorado em decorrência da dificuldade de acesso de materiais nas três línguas selecionadas; e em relação aos artigos não publicados, deu-se em virtude da avaliação dos pares que visa dirimir possíveis erros na condução da coleta e análise dos dados.

Em relação às medidas a serem extraídas dos resultados dos estudos que utilizaram instrumentos de medidas validados, esses deveria apresentar validade advindas de análise de confiabilidade de dados e validade de constructo, sejam elas, análise fatorial exploratória ou confirmatória, validade convergente e validade divergente. Assim, estes instrumentos deveriam ser capazes de categorizar os níveis de autoestima em baixo, médio e alto. No tocante aos estudos de validação diagnóstica, foram extraídos os resultados advindos de técnicas de inferência como painel de diagnosticadores submetidos a capacitação, análise de classe latente ou cluster. Os estudos que não se enquadraram nesses quesitos também foram excluídos.

Os tipos de estudo incluídos foram predominantemente observacionais, como estudos de coorte prospectivas e retrospectivas, estudos de caso-controle e estudos analíticos transversais.

Vale destacar que a questão norteadora, as estratégias de busca e os critérios do estudo foram definidos para que fosse possível captar e selecionar estudos sobre a Baixa autoestima

como fenômeno clínico/problema de saúde ou como diagnóstico de enfermagem. Neste sentido, optou-se pelo uso da expressão Baixa autoestima. Tal decisão foi fundamentada na crença de que existem mais pesquisas sobre a Baixa autoestima como fenômeno clínico/problema de saúde do que como diagnóstico de enfermagem. Acredita-se ainda que a literatura geral deve ser verificada para a identificação de fatores que possam contribuir para a ocorrência do fenômeno de enfermagem.

#### **4.5 Avaliação da qualidade**

A qualidade metodológica dos artigos foi verificada por meio das ferramentas de avaliação da qualidade do *Joanna Briggs Institute*. Como os instrumentos encontram-se no idioma inglês, realizou-se uma tradução livre para utilização nos estudos. Estas ferramentas foram elaboradas para avaliação dos diversos tipos de estudos quantitativos a serem inclusos em revisões sistemáticas e, algumas destas ferramentas são específicas para uso em revisões sobre etiologia e risco.

Cada ferramenta contempla uma lista de itens para avaliar falhas potenciais nos métodos ou implementação do estudo, incluindo fontes de viés (por exemplo, seleção de pacientes, desempenho, perda no seguimento, e viés de detecção), confundimento, poder do estudo, força de causalidade. O número de itens a serem avaliados difere de acordo com o desenho do estudo a ser avaliado e são julgados como presente (*yes*), ausente (*no*), não está claro (*unclear*) ou não é aplicado (*not applicable*). Após essa avaliação, a qualidade do artigo é classificada como elevada, moderada ou pobre.

No tocante aos estudos de caso-controle, adotaram-se os seguintes itens para analisar a qualidade metodológica descritas no *Checklist for Case Control Studies*: comparação de grupos quanto a homogeneidade de variáveis além do desfecho clínico; adequação dos pacientes caso versus paciente controle; utilização dos mesmos critérios nas definições de grupo caso e grupo controle; se a medida padrão de exposição foi mensurada de forma válida e confiável; se a exposição foi medida da mesma maneira para ambos os grupos; fatores de confusão; se estratégias utilizadas para lidar com fatores de confusão foram declaradas; avaliação dos resultados de maneira padrão, válida e confiável para casos e controles; se o período de interesse da exposição foi longo o suficiente para ser significativo e se a análise estatística apropriada foi usada para mensurar as variáveis desfechos. Desse modo, definiu-se que os estudos com menos de quatro itens respondidos de forma positiva seriam classificados

como pobre qualidade metodológica, entre cinco e sete como moderada qualidade e maior que oito itens como elevada qualidade metodológica (TUFANARU et al., 2017) (ANEXO A).

Em relação aos estudos transversais, adotaram-se os seguintes itens para analisar a qualidade metodológica contidas no *Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*: definição de critérios de inclusão na amostra de forma clara; descrição dos sujeitos do estudo e o cenário em detalhes; se a medida da exposição era válida e confiável; critérios objetivos e padrão usados para medir a condição; identificação dos fatores de confusão; estratégias para lidar com fatores de confusão; se as medidas dos resultados eram válidas e confiáveis e se a análise estatística apropriada foi usada para mensurar a variável desfecho. Definiu-se que os estudos que respondessem dois dos itens de forma positiva seriam classificados como pobre qualidade metodológica, entre três e quatro como moderada qualidade e maior que cinco itens como elevada qualidade metodológica (MOOLA et al., 2017) (ANEXO B).

Foram considerados os seguintes itens para avaliar a qualidade metodológica dos estudos de coorte prospectiva e retrospectiva descritas no *Checklist for Cohort Studies*: semelhança entre grupos e recrutamento; medidas de exposições; validade e confiabilidade da medida de exposição; identificação dos fatores de confusão; estratégias para lidar com os fatores de confusão; ausência do desfecho nos grupos antes do início do estudo ou no momento da exposição; validade e confiabilidade das medidas dos resultados; se tempo de acompanhamento foi relatado e era suficiente para a ocorrência dos desfechos clínicos; se o acompanhamento foi completo e, se não, se os motivos da perda foram descritos e explorados; estratégias utilizadas para lidar com o acompanhamento incompleto; apropriada análise estatística utilizada. Assim, estabeleceu-se que os estudos que respondessem a três itens de forma positiva seriam classificados como pobre qualidade metodológica, entre quatro e seis como moderada qualidade e maior que sete itens como elevada qualidade metodológica (TUFANARU et al., 2017) (ANEXO C).

Independentemente da sua qualidade metodológica, todos os estudos foram submetidos a extração e síntese de dados.

#### **4.6 Obtenção dos dados**

O autor extraiu os dados descritivos (autor, título do artigo, periódico, objetivos do estudo, tipo de estudo, local, população alvo, características da amostra, critérios de inclusão e exclusão, instrumento de coleta de dados, método de avaliação da autoestima, fatores

relacionados, populações em risco, condições associadas) de cada artigo usando um formulário padronizado (APÊNDICE A).

No caso em que o delineamento foi coorte, a medida de associação a ser extraída foi o risco relativo (RR), chamado também de razão de riscos. O RR é a razão das medidas de incidência do diagnóstico de enfermagem em duas populações. Incidência é a proporção dos indivíduos em risco na população no início de um intervalo de tempo que se tornaram novos casos do diagnóstico de enfermagem até o fim do intervalo. O RR expressa a razão das probabilidades de ocorrência do desfecho entre os expostos em relação aos não expostos (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

Para o delineamento transversal, foi extraída a razão de prevalência (RP), em que a medida de frequência estimada é a prevalência pontual. Prevalência é a fração de um grupo de pessoas que possui uma condição ou desfecho clínico em um dado ponto do tempo. A interpretação da RP é similar ao do RR, considerando a prevalência ao invés da incidência (RUMEL, 1986).

Para estudos de caso controle, foi extraída a razão de chances (RC). A RC avalia a relação entre a chance de um indivíduo exposto possuir a condição de interesse, comparada à de um não exposto. Para o delineamento caso controle, não é possível estimar o risco diretamente, pois a incidência do desfecho entre os expostos e os não-expostos não é estimada. Probabilidade compara o número de casos favoráveis com o de casos possíveis, enquanto que chance compara o número de casos favoráveis com o de casos desfavoráveis (HULLEY et al, 2015).

Valores da razão de prevalência, risco relativo e razão de chance de cada fator etiológico em relação a Baixa autoestima foram extraídos diretamente dos artigos ou calculados a partir de dados descritos nos artigos que incluíam o número de sujeitos com Baixa autoestima que apresentavam cada fator etiológico, o número total de sujeitos com Baixa autoestima sem o referido fator etiológico, o número de sujeitos sem Baixa autoestima que apresentavam o fator etiológico, e o número total de sujeitos sem Baixa autoestima sem o fator etiológico.

Assim, convém salientar que os pacientes foram categorizados quanto a presença ou ausência da Baixa autoestima a partir da classificação da categorização em baixo, médio e alto nível de autoestima, de acordo com os pontos de corte do instrumento de medida utilizado em cada estudo individual. Com isso, considerou-se que os indivíduos com nível médio e alto de autoestima teriam o fenômeno Baixa autoestima classificado como ausente. De forma similar,

a baixa autoestima estaria presente naqueles indivíduos com nível baixo de autoestima. Para cálculo das medidas, determinou-se a Baixa autoestima presente diante dos seguintes escores de corte:  $\leq 20$  pontos no RSES (ROSENBERG, 1979);  $\leq 30$  pontos na SSES (HEATHERTON; POLIVY, 1991) e  $\leq 15$  pontos na VASES (BRUMFIT; SHEERAN, 1999).

Os dados qualitativos quanto aos aspectos gerais dos estudos foram extraídos de artigos incluídos nesta revisão usando o instrumento padronizado de extração de dados *JBI System for the Unified Management, Assessment and Review of Information (JBI-SUMARI)*.

O *JBI-SUMARI* é um *software* privado capaz de desenvolver estudos de revisão incluindo análises de eficácia, pesquisa qualitativa, avaliações econômicas, prevalência/incidência, etiologia/risco, métodos mistos, texto/opinião, precisão do teste de diagnóstico e análises de escopo. Assim, visa facilitar todo o processo de revisão, desde o desenvolvimento do protocolo, gerenciamento de equipe, seleção de estudos, avaliação crítica, extração de dados, síntese de dados e elaboração do seu relatório de revisão sistemática. Essencialmente, é um processador de texto, programa de gerenciamento de referência, programa estatístico e qualitativo de análise de dados, tudo em um aplicativo da *web* fácil de usar (JBI, 2017).

Os autores dos estudos primários foram contatados caso fosse necessário esclarecer algum aspecto ou fornecer dados adicionais. Convém destacar que, doze estudos não apresentaram as medidas a serem trabalhadas na revisão sistemática necessitando contactar os referidos autores obtendo retorno majoritário com o intuito de estabelecer a magnitude de efeito dos fatores causais.

#### 4.7 Síntese

Os dados quantitativos, sempre que possível, foram agrupados para realização de metanálises pelo programa estatístico R. A metanálise foi realizada por meio do modelo de efeitos aleatórios e fixos para permitir a generalização. Todos os resultados foram sujeitos a dupla entrada de dados.

As estimativas de *odds ratio* e seu intervalo de confiança (para variáveis categóricas) de 95% foram calculadas para cada estudo incluído na análise de cada fator relacionado.

A heterogeneidade entre os estudos foi analisada de acordo o teste Q de Cochran (Hipótese nula: Homogeneidade entre os efeitos da exposição e Hipótese alternativa: Heterogeneidade entre os efeitos da exposição) (HIGGINS; THOMPSON, 2002). Sabe-se que a magnitude dos efeitos observados pode variar entre os estudos, devido ao erro amostral.

Desta forma, foi necessário determinar se a variação observada se localizava dentro do intervalo atribuído ao erro da amostra, o que se traduz numa ausência de evidência quanto à variação dos verdadeiros efeitos. Para tal, determinou-se o valor esperado da estatística de Q de Cochran utilizado como teste de significância e examinando a hipótese nula segundo a qual todos os estudos envolvidos nesta RSM partilham uma magnitude de efeitos comum, uma vez que toda a variação seria devida ao erro da amostra dentro dos estudos.

A estatística  $I^2$  de Higgins pode ser usada como medida de dispersão, em que valores acima de 50% representam heterogeneidade provável. Assim, a estatística de  $I^2$  corresponde à razão da verdadeira heterogeneidade da variação total dos efeitos observados, ou seja, indica-nos qual a proporção (porcentagem) da variância observada que reflete as diferenças na verdadeira magnitude dos efeitos, em vez de no erro da amostra. Já o  $\tau^2$  corresponde à variância da verdadeira magnitude dos efeitos entre os estudos.

Quando se constatava heterogeneidade entre os estudos foi realizada a aplicação de modelos de efeitos aleatórios. Para homogeneidade entre os estudos, adotou-se modelo de efeitos fixos para determinação de medidas-resumo (LOPES; SILVA, 2016).

Em seguida, os resultados dos fatores relacionados foram apresentados em gráficos *forest plot*. Este particulariza as informações individuais dos estudos incluídos e os resultados da metanálise. Dessa forma, é possível sumarizar em uma única figura todas as informações sobre o efeito dos fatores relacionados à Baixa autoestima, determinado ainda a contribuição de cada estudo para a análise (LOPES; SILVA, 2018).

Nesta representação gráfica, cada linha horizontal representa o intervalo de confiança de um estudo primário que cumpriu os critérios estabelecidos no processo de revisão sistemática (RAMALHO, 2005).

O gráfico é, ainda, dividido por uma linha vertical que marca o efeito nulo, isto é: a *odds ratio* ou risco relativo igual a 1 em ambas as medidas. Se a divisão das proporções dos acontecimentos (ponto estimado), no grupo presença ou ausência de Baixa autoestima for igual a 1 (um), ou se o resultado das diferenças nas proporções (ponto estimado) dos acontecimentos nos dois grupos for igual a 0 (zero), quer dizer que o efeito dos fatores relacionados foi igual nos dois grupos, o que indica a ausência de uma associação entre a presença de fatores e a ocorrência do fenômeno. Assim, os resultados representados à esquerda desta linha vertical evidenciam que o evento é mais propenso a ocorrer no grupo sem Baixa autoestima; contrariamente os resultados representados à direita desta linha

evidenciam que o fator relacionado tem maior propensão a ocorrer no grupo com a presença de Baixa autoestima (LOPES; SILVA, 2012).

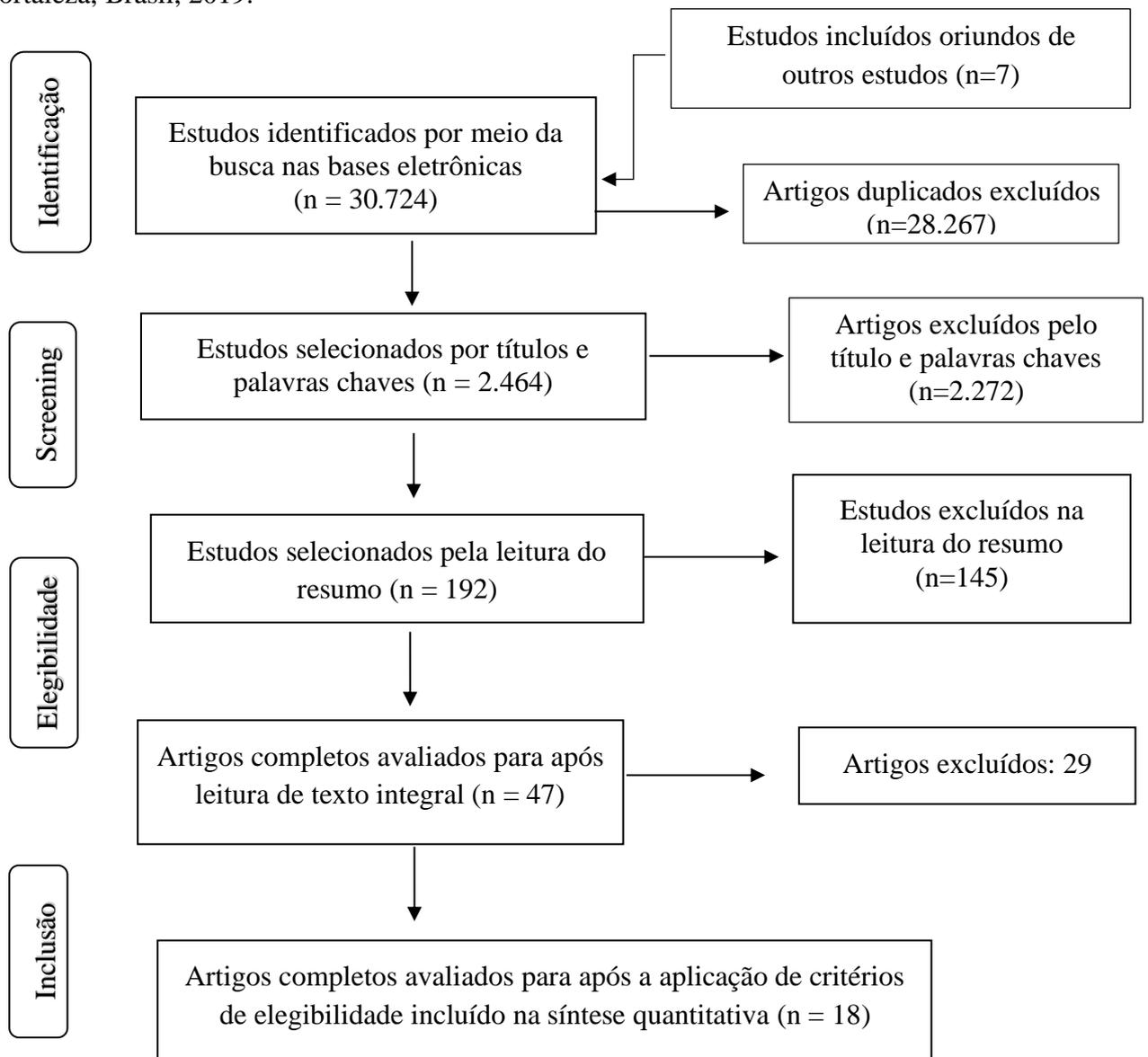
Os pontos sobre cada linha horizontal representam a *odds ratio* (ou outra medida de associação escolhida) de cada estudo e o tamanho destes pontos é diretamente proporcional ao respectivo peso (MARTINEZ, 2007). Quando a linha horizontal atravessa a linha vertical, o intervalo de confiança 95% contém, então, o valor 1, o que nos permite inferir que naquele respectivo estudo o efeito do fator sobre a ocorrência do evento não é significativo (a interpretação é análoga à usualmente feita quando o p valor é maior que 5%) (CRAIG; MYTH, 2004; MARTINEZ, 2007).

Desse modo, quando o agrupamento estatístico não foi possível, os resultados foram apresentados de forma narrativa com recurso de tabelas para ajudar na apresentação dos dados, sempre que adequado.

## 5. RESULTADOS

Participaram desse protocolo de revisão sistemática inicialmente 30.724 artigos a partir das múltiplas buscas de dados e sete advindos de citações em outros estudos, que foram submetidos a avaliação criteriosa por meio das etapas de identificação, *screening*, elegibilidade e inclusão. Assim, na primeira etapa excluiu-se 28.267 artigos decorrentes de duplicação em mais de uma base de dados. Em seguida, 2.464 foram submetidos a leitura dos títulos e palavras chaves. Destes, 192 artigos foram selecionados para leitura de resumos; visto que, os estudos apresentavam ambos os descritores principais autoestima e acidente vascular encefálico. Apenas dois estudos foram identificados a partir da leitura das referências citadas. Estes compuseram a amostragem final.

**Figura 1-** Fluxograma do processo de busca, seleção e análise dos artigos da revisão. Fortaleza, Brasil, 2019.



Deve-se salientar que não foi possível evidenciar estudos que abordassem o diagnóstico de enfermagem estabelecendo o eixo de julgamento situacional e crônica. Assim, é necessário destacar que os resultados serão apresentados sob a óptica do fenômeno para a prática clínica.

Diante da leitura dos resumos, selecionaram-se 47 artigos para leitura na íntegra; realizada a leitura do artigo completo, foram excluídos 29 estudos por não permitir responder a questão norteadora da revisão sistemática ou em virtude dos critérios de elegibilidade, em especial a população do estudo, visto que identificaram-se 12 estudos com cuidadores informais de adultos e idosos com AVE. Desse modo, a presente revisão sistemática incluiu 18 estudos (Figura 1).

Foram excluídas as produções científicas que buscaram analisar a prevalência, fatores desencadeantes ou predisponentes de autoestima em esposas e cuidadores familiares primários de pacientes que sobreviveram ao acidente vascular encefálico (n= 9; BAKAS; BURGNER, 2002; BLAKE; LINCOLN 2000; CLARK; STEPHENS, 1996; EXEL et al., 2004; GRANT et al., 2000; KHATIBAN et al., 2014; KRUIHOF et al., 2015; KRUIHOF; VISSER-MEILY; POST, 2012; POST et al., 2007), experiências positivas e negativas de cuidadores primários, expressando a baixa autoestima como um desfecho negativo no cuidar desses indivíduos (n=2; MORRIS; MORRIS, 2012; KRUIHOF; VISSER-MEILY; POST, 2012), estudo qualitativo para analisar a musicoterapia aplicada em indivíduos com acidente vascular encefálico (n=1; PURDIE; BALDWIN, 1994) e revisão sistemática qualitativa sobre experiências no processo de cuidar por cuidadores familiares (n=1; MACKENZIE; GREENWOOD, 2012).

Quanto ao idioma de publicação, excluíram-se os publicados nos idiomas japonês (n= 4; YUKI, 2008; CHIBA et al., 2001; FUJIWARA; ERIKO; KAZUO, 1998; YOKOYAMA; MIYAKOSHI, 2008), coreano (n=3; CHANG; PARK, 2013; KIM, 2015; WO; LEE, 1998) e iraniano (n=1; KHATIBAN et al., 2014).

Ainda, excluíram-se estudos direcionados a população infanto juvenil (n= 5; BLOM et al., 2003; BURTON, 2004; CHRISTERSON, STRÖMBERG, 2010; NEUNER et al., 2011; O'KEEFFE et al., 2012); estudos de intervenção em transtornos psiquiátricos comuns ao período pós agudo do evento cerebrovascular que não apresentavam fatores associados a baixa autoestima (n=3; LAI et al., 2004; NIR; ZOLOTOGORSKY; SUGARMAN, 2004; SMITH et al., 2012) e artigos de comunicação breve (FUNG; LUI; CHAU, 2006).

A maioria das produções científicas selecionadas são oriundas da América do Norte e da Ásia. Autores dos Estados Unidos da América destacam-se entre as publicações da América do Norte. Entre os países da Ásia, destacaram-se China e Japão. Constatou-se que ambos os continentes apresentaram percentuais respectivamente de 44,44% e 27,78%, seguido pela Europa (16,67%) e Oceania (11,11%).

No tocante a categoria profissional do primeiro autor, verificou-se porcentagem expressiva de neurologista (n=8; BAKHEIT; BARRET; WOOD, 2004; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2008b VICKERY et al., 2009a; VICKERY et al., 2009b; VICKERY et al., 2009c; VICKERY; SEPHERI; EVANS, 2008); seguido por enfermeiros (n=5; CHANG; MACKENZIE, 1998; CHAU et al., 2009; CHAU et al., 2010; CHUNG et al., 2016; SHIDA et al., 2014); psicólogos (n=4; KEPPEL; CROWE, 2000; LAPADATU; MORRIS, 2017; SHAO et al., 2013; TEOH; SIMS; MILGROM, 2009) e fisioterapeutas (n=1; THOMAS; LINCOLN, 2008).

Em relação aos objetivos dos estudos, a maioria dos estudos buscaram analisar a relação entre Baixa autoestima e fatores associados a saúde física, funcionamento cognitivo, independência funcional, comportamentos inconsistentes em relação a valores, desempenho da sexualidade e dos relacionamentos; e bem-estar emocional.

**Tabela 1**– Descrição do nome dos autores, país de elaboração/condução, categoria profissional do primeiro autor, título e objetivos dos estudos selecionados. Fortaleza, Ceará, 2019 (Continuação ...).

<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>Categoria Profissional do primeiro autor</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Objetivos do estudo selecionado</b>
Bakheit; Barret; Wood (2004)	Reino Unido	Médico Neurologista	The relationship between the severity of post-stroke afasia and state self-esteem.	Analisar as relações entre afasia e autoestima e estabelecer se a gravidade da afasia apresenta correlação significativa com o nível de autoestima.
Chang; Mackenzie (1998)	China	Enfermeira	State self-esteem following stroke	Estabelecer a relação entre autoestima do estado e independência funcional em pacientes em recuperação de AVE

Chau et al., (2009)	China	Enfermeira	Determinants of participation restriction among community dwelling stroke survivors: A path analysis	Testar um modelo teórico de preditores de restrição de participação que incluíram os efeitos diretos e indiretos entre resultados psicossociais, resultado físico e variáveis sociodemográficas após 12 meses do AVE.
Chau et al., (2010)	China	Enfermeira	Depression among Chinese stroke survivors six months after discharge from a rehabilitation hospital	Analisar a prevalência de depressão pós-AVE em chineses sobreviventes de AVE seis meses após a alta de um hospital de reabilitação e determinar se após seis meses a depressão esteve associada a resultados psicológicos, sociais e físicos e variáveis demográficas.
Chung et al., (2016)	EUA	Enfermeira	Effects of self-esteem, optimism, and perceived control on depressive symptoms in stroke survivor-spouse dyads	Analisar a interdependência atores e parceiros da auto-estima, otimismo e controle percebido sobre a depressão nos sobreviventes de AVE e seus cuidadores conjugais.
Keppel; Crowe (2000)	Austrália	Psicóloga	Changes to body image and self-esteem following stroke in young adults	Analisar os efeitos do primeiro AVE na imagem corporal e auto-estima na população de adultos jovens.
Lapadatu ; Morris (2017)	Reino Unido	Psicólogo	The relationship between stroke survivors' perceived identity and mood, self-esteem and quality of life	Examinar a mudança de identidade após o AVE e elucidar sua relação com o humor e a qualidade de vida.
Shao et al., (2013)	China	Psicólogo	Meaning in life and well-being of older stroke survivors in Chinese communities: Mediating effects of mastery and	Analisar o papel do domínio de si e da auto-estima como um mediador potencial da relação de significado na vida e no bem-estar entre os sobreviventes de AVE chineses idosos.

			self-esteem	
Shida et al., (2014)	Japão	Enfermeira	Relationship between self-esteem and living conditions among stroke survivors at home	Estabelecer a relação entre a autoestima dos sobreviventes de AVE em ambiente domiciliar e suas condições de vida.
Teoh; Sims; Milgrom (2009)	Austrália	Psicólogo	Psychosocial predictors of quality of life in a sample of community-dwelling stroke survivors: a longitudinal study	Identificar preditores psicossociais da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em sobreviventes de AVE crônico e examinar as diferenças entre participantes não deprimidos e deprimidos.
Thomas; Lincoln (2008)	Reino Unido	Fisioterapeuta	Predictors of emotional distress after stroke	Identificar os fatores relacionados ao estresse emocional nos primeiros 6 meses após o AVE em uma amostra incluindo pacientes com afasia.
Vickery (2006)	EUA	Neurologista	Assessment and correlates of self-esteem following stroke using a pictorial measure	Descrever as características de uma medida não-verbal de auto-estima em uma amostra de indivíduos na fase aguda após o AVE.
Vickery et al., (2008a)	EUA	Neurologista	The association of level and stability of self-esteem and depressive symptoms in the acute inpatient stroke rehabilitation setting	Analisar a relação entre nível e estabilidade da autoestima e sintomas depressivos auto referidos durante a reabilitação aguda do AVE hospitalar.
Vickery et al., (2008b)	EUA	Neurologista	The relationship between self-esteem and functional outcome in the acute stroke-rehabilitation setting	Analisar a relação entre autoestima e recuperação funcional em pacientes com AVE agudo.
Vickery et al.,	EUA	Neurologista	Self-esteem stability and	Analisar a relação entre o nível de autoestima, a estabilidade da

(2009a)			depressive symptoms in acute stroke rehabilitation: methodological and conceptual expansion	autoestima e outras variáveis moderadoras com sintomas depressivos na reabilitação aguda do AVE.
Vickery et al., (2009b)	EUA	Neurologista	Self-esteem level and stability, admission functional status, and depressive symptoms in acute inpatient stroke rehabilitation	Analisar a relação do nível de autoestima, estabilidade da autoestima e status funcional da admissão nos sintomas depressivos da alta na reabilitação aguda do AVE.
Vickery et al., (2009c)	EUA	Neurologista	Multilevel modeling of self-esteem change during acute inpatient stroke rehabilitation	Analisar a mudança de autoestima durante a reabilitação hospitalar do AVE e moderadores de mudança.
Vickery; Sepheri; Evans (2008)	EUA	Neurologista	Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: a control group comparison	Comparar as classificações de autoestima e humor depressivo em uma amostra de sobreviventes de AVE em um ambiente de reabilitação hospitalar aguda com os de um grupo controle pareado.

## ❖ Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

### ➤ Estudos transversais

As avaliações de qualidade dos estudos do tipo transversal incluídos podem ser encontradas na Tabela 2. Todos os estudos foram classificados como elevada qualidade, com pontuação igual ou superior a cinco (n=10; CHAU et al., 2010; CHUNG et al., 2016; KEPPEL; CROWE, 2000; LAPADATU; MORRIS, 2017; SHAO et al., 2013; SHIDA et al., 2014; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2009a; VICKERY et al., 2009b; VICKERY et al., 2009c). Diante dos estudos selecionados, observou-se ausência de estudos transversais classificados como pobre qualidade metodológica.

**Tabela 2** -Caracterização da avaliação da qualidade metodológica por estudo selecionado do tipo transversal. Fortaleza, Ceará, 2019.

Autores	Itens da avaliação da qualidade metodológica								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Chau et al., (2010)	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Chung et al., (2016)	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Keppel; Crowe (2000)	X	X	X	X	X	X	X	-	7
Lapadatu; Morris (2017)	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Shao et al., (2013)	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Shida et al., (2014)	X	X	X	X	-	-	X	X	6
Vickery (2006)	X	X	X	X	X	X	X	-	7
Vickery et al., (2009a)	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Vickery et al., (2009b)	X	X	X	X	X	X	X	X	8
Vickery et al., (2009c)	X	X	X	X	X	X	X	X	8

**Legenda:** 1- Definição de critérios de inclusão na amostra de forma clara; 2 - Descrição dos sujeitos do estudo e do cenário em detalhes; 3 – Exposição descrita de forma válida e confiável; 4 - Critérios objetivos e padrão usados apresentados para medir a condição; 5 - Identificação dos fatores de confusão; 6 - Estratégias para lidar com fatores de confusão; 7- Medidas dos resultados válidas e confiáveis e 8 - Análise estatística apropriada usada para mensurar a variável desfecho.

Todos os estudos demonstraram aplicação dos seguintes critérios: definição de critérios de inclusão; descrição dos sujeitos do estudo o cenário em detalhes; mensuração da exposição descrita de forma válida e confiável; definição dos critérios objetivos e padrão usados para aplicação da medida de exposição e medidas dos resultados válidas e confiáveis.

O estudo de Shida et al., (2014) não apresentou a identificação dos fatores de confusão e as estratégias para lidar com fatores de confusão. Nota-se nos outros estudos a ausência de clareza de definições de critérios de exclusão que pode limitar a mensuração exata ou

aproximada da realidade dificultando a generalização dos resultados visualizados nos estudos publicados.

No tocante ao questionamento se a análise estatística apropriada foi usada para mensurar a variável desfecho, não foi possível declarar certeza quanto a esse aspecto visto que, Keppel; Crowe (2000); bem como Vickery (2006) não apresentam descrição dessas informações na seção método do estudo. Entretanto, na seção resultados observa-se a aplicação de testes estatísticos de média, associação, correlação e regressão dos dados dificultando inferir quais pressupostos foram seguidos na aplicação dos testes.

### ➤ Estudos de coortes: retrospectivas e prospectiva

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos de coortes prospectivas e retrospectivas incluídos pode ser encontrada na Tabela 3. Todos os estudos foram classificados como elevada qualidade metodológica, com pontuação igual ou superior a sete. Assim, identificou-se que um estudo apresentou nove e três estudos dez pontos, respectivamente e três estudos onze pontos na avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos.

**Tabela 3-**Caracterização da avaliação da qualidade metodológica por estudo selecionado do tipo coorte. Fortaleza, Ceará, 2019.

Autores	Itens da avaliação da qualidade metodológica											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Bakheit; Barret; Wood (2004)	X	X	X	X	X	-	X	X	X	-	X	<b>9</b>
Chang; Mackenzie (1998)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	<b>11</b>
Chau et al., (2009)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	NA	X	<b>10</b>
Teoh, Sims, Milgrom (2009)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	<b>11</b>
Thomas; Lincoln (2008)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	<b>11</b>
Vickery et al., (2008a)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	<b>10</b>



**Legenda:** 1- comparação de grupos quanto a homogeneidade de variáveis além do desfecho clínico; 2- adequação dos pacientes caso versus pacientes controle; 3- utilização de mesmos critérios nas definições de grupo caso e grupo controle; 4- medida padrão de exposição mensurada de forma válida e confiável; 5- exposição medida da mesma maneira para ambos os grupos; 6- fatores de confusão; 7 - estratégias utilizadas para lidar com fatores de confusão declaradas; 8 - avaliação dos resultados de maneira padrão, válida e confiável para casos e controles; 9 - período de interesse da exposição longo o suficiente para ser significativo e 10 - análise estatística apropriada usada para mensurar as variáveis desfechos

Entre os critérios que não foram cumpridos no tocante ao desenho de estudo de caso-controle, observou-se inadequação em relação a comparação de grupos quanto a homogeneidade de variáveis além do desfecho clínico e análise estatística apropriada usada para mensurar variáveis desfechos

### **Participantes e Características metodológicas dos estudos selecionados**

O número total de participantes inseridos advindos dos estudos foi de 2.315 indivíduos. Em relação ao número de indivíduos que vivenciaram um acidente vascular encefálico verificou-se um total de 2.235 participantes. Ainda, observou-se que entre os estudos inseridos na revisão sistemática, os estudos primários utilizaram a mesma amostra conforme observado nos relatos de Chau et al., (2009), Chau et al., (2010), Vickery et al., (2009a), Vickery et al., (2009b) e Vickery et al., (2009c). Assim, excluindo as duplicações obteve-se um número de 1.807 indivíduos que vivenciaram o episódio de acidente vascular encefálico.

Embora os autores tenham avaliado os mesmos grupos de participantes, os estudos foram incluídos, pois usavam diferentes técnicas de análise para responder a diferentes questões de pesquisa. O tamanho das amostras variou de 33 (KEPPEL; CROWE, 2000) a 232 (SHAO et al., 2013).

O principal método de seleção dos participantes advindos dos estudos foi o recrutamento direto em programas de reabilitação hospitalar (n= 12; BAKHEIT; BARRET; WOOD 2004; CHANG; MACKENZIE, 1998; CHAU et al., 2009; CHAU et al., 2010; KEPPEL; CROWE, 2000; SHAO et al., 2013; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2009a; VICKERY et al., 2009b; VICKERY et al., 2009c; VICKERY; SEPEHRI; EVANS, 2008); em unidades de internação de tratamento da fase aguda da doenças (n=1; THOMAS; LINCOLN, 2008), oriundos de serviços ou instituições de caridade (n = 1; LAPADATU; MORRIS, 2017) e clínicas neurológicas (n=1; SHIDA et al., 2014); bem como recrutamento em banco de dados de serviços hospitalares (n=1; VICKERY et al., 2008b).

Ainda, observou-se que um estudos utilizaram aspectos inovadores no recrutamento de participantes como lista de site e ou de organizações não governamentais ou por mídias digitais por meio de campanhas publicitárias (TEOH; SIMS; MILGROM, 2009) e outro estudo selecionou participantes advindos de um ensaio clínico randomizado (CHUNG et al., 2016).

**Tabela 5** – Descrição dos aspectos metodológicos quanto ao tipo de estudo, tamanho amostral e recrutamento de participantes. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019 (... Continuação).

<b>Autores</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Tamanho da amostra</b>	<b>Recrutamento da amostra</b>	
Bakheit; Barret; Wood (2004)	Estudo prospectiva, correlacional regressão linear	coorte e	40	Pacientes advindos de um programa de reabilitação hospitalar durante um acompanhamento de seis meses após o primeiro AVE em um hospital geral, o período de tempo de desenvolvimento do estudo não foi declarado.
Chang; Mackenzie (1998)	Estudo prospectiva, correlacional regressão coeficientes	coorte e de	152	Pacientes advindos de um programa de reabilitação hospitalar durante um acompanhamento de três meses em um hospital reabilitador. O período de tempo de desenvolvimento do estudo não foi declarado.
Chau et al. (2009)	Estudo prospectiva, correlacional regressão coeficientes	coorte e de	188	Pacientes advindos de um programa de reabilitação hospitalar durante um acompanhamento de doze meses em dois hospitais reabilitadores, período de tempo de desenvolvimento do estudo não foi declarado.
Chau et al. (2010)	Estudo transversal, correlacional regressão coeficientes	transversal, e de	210	Pacientes advindos de um programa de reabilitação hospitalar durante um acompanhamento de seis meses em dois hospitais reabilitadores, período de tempo de desenvolvimento do estudo não foi declarado.
Chung et al. (2016)	Estudo analítico, regressão múltipla	transversal, modelo de linear e	112	Pacientes advindos de um estudo clínico randomizado, controlado que foram acompanhados durante 12 semanas. O período de tempo de

Keppel; Crowe (2000)	Estudo transversal, correlacional e regressão linear e híerárquica.	33	desenvolvimento do estudo não foi declarado. Pacientes advindos de um programa de reabilitação geriátrica hospitalar de dois hospitais de ensino. Os autores não declararam o início do estudo. No entanto, relatam que o estudo durou sete meses de coleta de dados.
Lapadatu; Morris (2017)	Estudo transversal, correlacional e regressão linear e híerárquica.	65	Os participantes foram recrutados em instituições de caridade para AVE no sul de Gales e no sudoeste da Inglaterra e anúncios em <i>web site</i> das instituições de caridade na internet. As medidas foram colhidas em entrevista face a face ou por telefone. Os autores não declararam o início do estudo nem tão pouco a duração da coleta de dados.
Shao et al., (2013)	Estudo transversal, correlacional e regressão de coeficientes	232	Pacientes advindos de um programa de reabilitação hospitalar, entre os meses de julho a novembro de 2010.
Shida et al., (2014)	Estudo transversal, correlacional e regressão múltipla	65	Pacientes advindos de acompanhamento de duas clínicas neurológicas da rede de atenção municipal de Tohoku, Japão, entre os meses de julho a setembro de 2009.
Teoh, Sims, Milgrom (2009)	Estudo coorte prospectiva, correlacional e regressão de coeficientes	135	Pacientes advindos de recrutamento em campanhas publicitárias e listas de dados de hospitais gerais na região de Victória, Austrália. Os autores não declararam o início do estudo. No entanto, relatam que o estudo durou 10 meses de coleta de dados.
Thomas; Lincoln (2008)	Estudo coorte prospectiva, correlacional e regressão de coeficientes	100	Pacientes advindos de recrutamento em hospitais na cidade de Nottinghamshire após o AVE ou até um mês após o acontecimento. Os autores não declararam o início do estudo. No entanto, relatam que os pacientes foram acompanhados durante seis meses.

Vickery (2006)	Transversal		156	Programa de reabilitação hospitalar em que os pacientes foram admitidos aproximadamente entre os oito dias após o AVE, com tempo mínimo e máximo de 1 a 30 dias, respectivamente nesse programa. Os pacientes foram avaliados em média 12 dias, com mínimo e máximo de 2 a 84 dias, para sua saída.
Vickery et al., (2008a)	Estudo retrospectiva, correlacional e regressão múltipla	coorte	131	Programa de reabilitação hospitalar entre os meses de novembro de 2006 a julho de 2007.
Vickery et al., (2008b)	Estudo retrospectiva, correlacional e regressão hierárquica	coorte	176	Banco de pacientes acompanhados em clínica neuropsicológica que adentraram a hospital reabilitador entre os meses de novembro de 2003 a maio de 2006.
Vickery et al., (2009a)	Estudo transversal, correlacional e regressão hierárquica		120	Programa de reabilitação hospitalar entre os meses de outubro de 2007 a outubro de 2008.
Vickery et al., (2009b)	Estudo transversal, correlacional e regressão hierárquica		120	Programa de reabilitação hospitalar entre os meses de outubro de 2007 a outubro de 2008.
Vickery et al., (2009c)	Estudo transversal, correlacional e regressão múltipla		120	Programa de reabilitação hospitalar entre os meses de outubro de 2007 a outubro de 2008.
Vickery; Sepheri; Evans (2008)	Estudo caso controle, correlacional e regressão múltipla		160; 80 GE/80 GC	Programa de reabilitação hospitalar, período de tempo de desenvolvimento do estudo não foi declarado.

No total, 10 dos 18 estudos incluídos utilizaram um desenho transversal. Os desenhos longitudinais foram realizados com indivíduos pós-AVE em um total de cinco estudos; havia ainda dois estudos de desenhos retrospectivos e um estudo caso-controle.

No total, 17 estudos realizaram análises de regressão, 16 estudos relataram correlações bivariadas, um relatou comparações entre grupos com controles e três realizaram comparações entre grupos.

### **Instrumentos de Medida da Autoestima**

Todos os estudos incluídos adotaram medidas de autorrelato de auto-estima. O instrumento de medida mais usada nos estudos foi a State Self-Esteem Scale (SSES, HEATHERTON; POLIVY, 1991; n = 8), com outros estudos incluindo a Rosenberg's Self-

Esteem Scale (RSES, ROSENBERG; 1965; n = 7) e a Visual Analog Self-Esteem Scale (VASES, BRUMFITT; SHEERAN, 1999; n = 5). Apenas dois estudos (KEPPEL; CROWE, 2000; VICKERY; SEPHERI; EVANS, 2008) utilizaram duas medidas diferentes para mensurar a autoestima. Verifica-se que, os estudos apresentam constructo que podem ser mensurado por instrumentos de medidas por autorrelato verbal (SSES, HEATHERTON; POLIVY, 1991; RSES, ROSENBERG, 1965) ou icnográficas (VASES, BRUMFITT; SHEERAN, 1999).

**Tabela 6** – Caracterização dos instrumentos de mensuração da autoestima utilizado no estudo selecionado. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019 (... Continuação).

<b>Autores</b>	<b>Instrumento de mensuração da Autoestima</b>
Bakheit; Barret; Wood (2004)	Visual Analogue Self Esteem Scale
Chang; Mackenzie (1998)	State Self Esteem Scale
Chau et al., (2009)	State Self Esteem Scale
Chau et al., (2010)	State Self Esteem Scale
Chung et al., (2016)	Rosenberg's Self Esteem Scale
Keppel; Crowe (2000)	Rosenberg's Self Esteem Scale e State Self Esteem Scale
Lapadatu; Morris (2017)	Rosenberg's Self Esteem Scale
Shao et al., (2013)	Rosenberg's Self Esteem Scale
Shida et al., (2014)	Rosenberg's Self Esteem Scale
Teoh, Sims, Milgrom (2009)	Rosenberg's Self Esteem Scale
Thomas; Lincoln (2008)	Visual Analogue Self Esteem Scale
Vickery (2006)	Visual Analogue Self Esteem Scale
Vickery et al., (2008a)	State Self Esteem Scale
Vickery et al., (2008b)	Visual Analogue Self Esteem Scale
Vickery et al., (2009a)	State Self Esteem Scale
Vickery et al., (2009b)	State Self Esteem Scale
Vickery et al., (2009c)	State Self Esteem Scale
Vickery; Sepheri; Evans (2008)	Visual Analogue Self Esteem Scale e Rosenberg's Self Esteem Scale

### **Características sociodemográficas e clínica da amostra participante da revisão sistemática**

Doze estudos incluídos consideraram os exames de neuroimagem, entre eles a ressonância magnética e tomografia computadorizada, como os critérios de confirmação diagnóstica do acidente vascular encefálico (BAKHEIT; BARRET; WOOD, 2004; CHAU et al., 2009; CHAU et al., 2010; KEPPEL; CROWE, 2000; SHAO et al., 2013; SHIDA et al.,

2014; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009a; VICKERY et al., 2009b; VICKERY et al., 2009c). Ainda se verificou que os estudos adotaram outros critérios além dos exames de imagem como os critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS) (BAKHEIT; BARRET; WOOD, 2004) e relatos neuropsiquiátricos (KEPPEL; CROWE, 2000). Dois estudos relataram apenas o uso de registros médicos hospitalares para confirmação do diagnóstico de AVE (TEOH; SIMS; MILGROM, 2009; VICKERY; SEPHERI; EVANS, 2008) e outro estudo utilizou a classificação de Oxford para confirmação diagnóstica do evento cerebrovascular (THOMAS; LINCOLN, 2008). Quatro estudos não relataram critérios de confirmação diagnóstica de AVE (CHANG; MACKENZIE, 1998; CHUNG et al., 2016; LAPADATU; MORRIS, 2017).

No tocante ao gênero dos participantes, a maioria dos estudos incluíram homens. A prevalência de homens variou de 39,3% (KEPPEL; CROWE, 2000) a 68,1% (TEOH; SIMS; MILGROM, 2009). Em relação a esse quesito todos os estudos apresentaram informações quanto ao gênero.

A idade média dos participantes com confirmação diagnóstica de AVE no momento do estudo variou de 36,73 (KEPPEL; CROWE, 2000) a 71,7 anos (CHAU et al., 2009; 2010). Nota-se que apenas o estudo de Lapadatu e Morris (2017) não apresentou a caracterização da idade média dos entrevistados.

No tocante aos anos de estudo, verificou-se que para a maioria dos participantes selecionados a média de escolaridade variou de 6,56 ( $\pm 4,65$ ) (SHAO et al., 2013) a 12,7 ( $\pm 2,8$ ) (CHUNG et al., 2016) anos de estudo. Os estudos de Chau et al., (2009) e Chau et al., (2010) não apresentaram a descrição da escolaridade média. No entanto, salienta-se que esses estudos destacaram a porcentagem dos indivíduos que cursaram o ensino primário. Ainda, observou-se que cinco estudos não relataram a escolaridade dos entrevistados (LAPADATU; MORRIS, 2017; THOMAS; LINCOLN, 2008; SHIDA et al., 2014; CHANG; MACKENZIE, 1998; TEOH, SIMS, MILGROM, 2009).

O estado marital dos participantes foi apresentado em oito estudos (LAPADATU; MORRIS, 2017; KEPPEL; CROWE, 2000; THOMAS; LINCOLN, 2008; TEOH; SIMS; MILGROM, 2009; CHAU et al., 2010; CHAU et al., 2009; CHANG; MACKENZIE, 1998; CHUNG et al., 2016). Observou-se que essa variável independente variou entre 47,6% (LAPADATU; MORRIS, 2017) a 100% (CHUNG et al., 2016). Deve-se destacar que esse estudo; no qual apresentou porcentagem superior baseava-se na díade paciente-esposa (o).

Treze estudos que apresentaram a lateralidade da lesão destacaram que o hemisfério direito foi a região mais atingida (BAKHEIT; BARRET; WOOD, 2004; CHAU et al., 2009; SHIDA et al., 2014; THOMAS; LINCOLN, 2008; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2008b; VICKERY; SEPHERI; EVANS, 2008; VICKERY et al., 2009a; VICKERY et al., 2009b; VICKERY et al., 2009c). A lesão em hemisfério direito variou entre 41,9% (CHAU et al., 2010) a 87% (BAKHEIT; BARRET; WOOD, 2004).

**Tabela 7** – Caracterização dos dados sociodemográficos, clínicos e acompanhamento do estudo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019 (... Continuação).

<b>Autores</b>	<b>Confirmação do acidente vascular encefálico</b>	<b>Gênero (% Masc.)</b>	<b>Média/ mediana e desvio padrão da idade</b>	<b>Estudo (anos)</b>	<b>Estado marital (% casado)</b>	<b>Lateralidade da lesão</b>
Bakheit; Barret; Wood (2004)	Critérios da OMS e TC	45%	69,8*	10,9*	-	87% HD
Chang; Mackenzie (1998)	-	66%	69,44* (±9,33)	-	79,1%	46% HD
Chau et al., (2009)	Neuroimagem (TC e RM)	61,7%	71,7* (±10,2)	74,5% ensino primário	70,2%	74,5% HD
Chau et al., (2010)	Neuroimagem	59%	71,7* (±10,2)	75,2% ensino primário	68,1%	41,9% HD
Chung et al., (2016)	-	66,1%	62,5 (±12,3)*	12,7 (±2,8) *	100%	-
Keppel; Crowe (2000)	Neuroimagem e relato de neuropsiquiátrico	39,3%	36,73 (±12,79) *	11,76 (2,82) *	55%	-
Lapadatu; Morris (2017)	-	44,6%	-	-	47,6%	-
Shao et al., (2013)	Neuroimagem	59,8%	70,29 (±7,64) *	6,56 (±4,65) *	-	-
Shida et al., (2014)	Neuroimagem	63,1%	70,9* (±11,1)	-	-	66% HD
Teoh, Sims, Milgrom (2009)	Registros médicos hospitalares	68,1%	65,00* (25-96)#	-	58,5%	-
Thomas; Lincoln (2008)	Classificação de AVE de Oxford	51%	70,15 (±9,38)*	-	57%	51% HD

Vickery (2006)	Neuroimagem	45%	68,5* (18-92)#	12,4*	-	46% HD
Vickery et al., (2008a)	Neuroimagem	53%	67,6 (±14,0)* (34-91)#	12,6 (±3,3)*	-	52% HD
Vickery et al., (2008b)	Neuroimagem	45% GI	68,1 (±13,3)* GI	12,2 (±3,0)* GI	-	55% HD GI
Vickery et al., (2009a)	Neuroimagem	43%	68,7 (±10,9) * (18-92)#	12,5 (±2,7)*	-	53% HD
Vickery et al., (2009b)	Neuroimagem	43%	68,7 (±10,9) * (18-92)#	12,5 (±2,7)*	-	53% HD
Vickery et al., (2009c)	Neuroimagem	43%	68,7 (±10,9) * (18-92)#	12,5 (±2,7)*	-	53% HD
Vickery; Sepheri; Evans (2008)	Registros médicos hospitalares	43%	68,7* (±10,9) (18-92)#	12,5 (±2,7)*	-	53% HD

**Legenda:** \* - Média e desvio padrão; # - mínimo e máximo; **Siglas:** TC - Tomografia Computadorizada; HD - Hemisfério direito; GI- Grau de Instrução.

## Fatores causais a Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico

### Relação entre autoestima e variáveis demográficas.

Dos sete estudos que exploraram a relação entre idade e autoestima, Vickery et al. (2009b) verificaram que os participantes mais jovens tinham autoestima significativamente maior, enquanto Shida et al. (2014) constataram que participantes com mais de 75 anos relataram maior autoestima. Cinco estudos não encontraram associação significativa entre idade e autoestima (THOMAS; LINCOLN, 2008; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2008c; VICKERY et al., 2009c). Vickery et al. (2009a) descobriram que a autoestima melhorou menos com o aumento da idade.

Ao trabalhar com a mesma amostra, Vickery et al. (2009a) e Vickery et al. (2009b) verificaram que os homens apresentaram maior autoestima, enquanto outros seis artigos não relataram associação significativa com o gênero (KEPPEL; CROWE, 2000; THOMAS; LINCOLN, 2008; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2008c; VICKERY et al., 2009c).

Quatro estudos exploraram a relação entre autoestima e educação. Vickery et al. (2009b) relataram que a autoestima estava associada a níveis mais altos de educação. Ainda,

Vickery et al. (2008b) relataram que escolaridade inferior a oito anos de estudo estava associado a níveis mais altos de instabilidade da autoestima na subescala SSES Appearance. Além disso, Vickery (2006) não encontrou correlação entre o nível de escolaridade e a autoestima, medida pelo VASES.

Apenas dois estudos exploraram a relação entre etnia e autoestima após o AVE. Vickery (2006) não encontrou relação significativa entre etnia e autoestima, medida pelo VASES, embora Vickery et al. (2008b) relataram que os participantes afro-americanos tinham autoestima significativamente mais alta, conforme medido pela SSES.

Thomas e Lincoln (2008) exploraram a relação entre autoestima e estado civil, não encontrando associação significativa.

### **Relação entre autoestima e Variáveis de lesão**

Nessa categoria evidenciou-se as seguintes variáveis de lesão com a autoestima: histórico de AVE, tempo da lesão e lateralidade da lesão.

Vickery et al. (2009b) e Vickery et al. (2009c) identificaram que ter história de AVE estava associado a uma autoestima significativamente menor, porém quatro estudos não encontraram associação significativa com ter um AVE prévio (THOMAS; LINCOLN, 2008; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2008c).

Shida et al. (2014) constataram que os participantes que experimentaram seu AVE há mais de quatro anos tinham maior autoestima, embora nenhuma justificativa tenha sido dada para o motivo pelo qual esse período de tempo foi escolhido. Quatro outros artigos exploraram a relação entre autoestima e tempo desde a lesão, todos relatando nenhuma associação significativa (KEPPEL; CROWE, 2000; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2008c).

Quatro dos oito artigos que exploram a relação da autoestima com a lateralidade (ou seja, se o AVE ocorreu dentro do hemisfério direito ou esquerdo do cérebro) encontraram associações significativas. Nestes estudos, os autores descobriram que participantes com AVE do hemisfério direito apresentaram escores de autoestima significativamente mais baixos no VASES (VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008c; VICKERY et al., 2009a e, com a mesma amostra, VICKERY et al., 2009b). Vickery et al. (2009c) descobriram que a autoestima se correlacionava com a lateralidade do acidente vascular encefálico, mas não relataram a direção desse relacionamento. Por outro lado, quatro artigos não encontraram relação significativa entre a localização da lesão encefálica e a autoestima, medida pelo RSES

(KEPPEL; CROWE, 2000; THOMAS; LINCOLN, 2008), pelo VASES (VICKERY et al., 2008a) e pelo SSES (VICKERY et al., 2008b).

### **Relação entre autoestima e condições crônicas**

Vickery et al. (2009c) descobriram que um maior número de comorbidades estava significativamente associado à menor autoestima.

### **Relação entre autoestima e comportamentos de sono**

Shida et al., (2014) constataram que a autoestima estava associada negativamente a problemas de sono.

### **Relação entre autoestima e funcionamento cognitivo**

Estabeleceu-se nesse bloco embasador as seguintes variáveis: funcionamento cognitivo geral, memória, atenção, funcionamento executivo, comprometimento expressivo, receptivo e fático da linguagem.

Constatou-se que o funcionamento cognitivo geral e a autoestima estão correlacionados positivamente (VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009a; VICKERY et al., 2009c). Vickery et al. (2008b) também identificaram que o funcionamento cognitivo estava positivamente correlacionado com a estabilidade da autoestima.

Achados conflitantes foram relatados por estudos que investigaram domínios específicos das habilidades cognitivas. Não foram observadas relações significativas entre autoestima e memória (VICKERY, 2006) ou atenção (VICKERY, 2006). Um estudo relatou não haver relação significativa entre autoestima e funcionamento executivo (VICKERY, 2006).

Thomas e Lincoln (2008) descobriram que o comprometimento expressivo e receptivo da linguagem estava associado à menor autoestima, embora Vickery (2006) não tenha encontrado relação significativo. Além disso, Bakheit; Barret; Wood (2004) não encontraram relação significativa entre autoestima e o prejuízo na função fática e expressiva da linguagem. Em único estudo para avaliar a integridade visuoperceptiva, Vickery (2006) constatou que maior comprometimento estava significativamente relacionado a níveis mais baixos de autoestima.

### **Relação entre autoestima e percepção, satisfação e qualidade da reabilitação na fase pós-aguda ou crônica**

Nessa categoria, os fatores associados foram: independência funcional, ser institucionalizado, tempo de reabilitação, percepção da recuperação, satisfação com a reabilitação, autocuidado e mobilidade.

A autoestima apresentou correlação positiva com a independência funcional (CHANG; MACKENZIE, 1998; SHIDA et al., 2014; SHIDA et al., 2014; THOMAS; LINCOLN, 2008; VICKERY et al., 2008c; VICKERY et al., 2009a). Vickery et al. (2009c) relataram que a menor autoestima interagia com mais independência funcional. A autoestima também foi significativamente menor nas pessoas que moravam em um lar de idosos ou de reabilitação (THOMAS; LINCOLN, 2008) e esteve negativamente correlacionada ao tempo de permanência na reabilitação (VICKERY et al., 2009c).

A autoestima foi correlacionada positivamente à recuperação percebida (VICKERY et al., 2009b) e satisfação com a reabilitação (SHIDA et al., 2014). Vickery et al. (2009a) sugeriram que aqueles com maior autocuidado, habilidades de mobilidade e recuperação percebida na admissão apresentaram melhor resultado na autoestima ao longo do tempo.

### **Relação entre autoestima e comportamentos inconsistentes em relação aos valores**

Participantes que tenderam a generalizar excessivamente os resultados negativos apresentaram maior probabilidade de ter uma menor autoestima (VICKERY et al., 2009b).

### **Relação entre autoestima e imagem corporal**

A imagem corporal mostrou associação com a autoestima (KEPPEL; CROWE, 2000).

### **Relação entre autoestima e Bem-estar emocional**

Nessa categoria foram classificadas as seguintes variáveis: humor, bem-estar psicológico, sofrimento emocional, ansiedade, depressão e estresse como fatores relacionados ao bem-estar emocional.

Verificou-se que a baixa autoestima após o AVE estava significativamente associada a menores classificações gerais de humor e bem-estar psicológico, além de níveis mais altos de sofrimento emocional (SHIDA et al., 2014; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2009b).

A autoestima mais alta também foi associada a níveis mais baixos de ansiedade em um estudo (VICKERY, 2006).

No total, 10 estudos relataram uma relação significativa entre baixa autoestima e níveis mais altos de depressão após o AVE (CHAU et al., 2009; CHAU et al., 2010; CHUNG et al., 2016; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2008c; VICKERY et al., 2009a e, com a mesma amostra, VICKERY et al., 2009b; VICKERY et al., 2009c).

Vickery et al. (2009b) também relatam que ter histórico de depressão foi associado à baixa autoestima. Vickery et al. (2009c) relatam efeitos principais significativos da autoestima no estado depressivo. Estes permaneceram significativos após o controle do intervalo de admissão-início, lateralidade do AVE e número de comorbidades.

Vickery et al. (2009a) relataram que um humor mais elevado foi associado a escores iniciais mais altos de autoestima, mas o humor não moderou significativamente a mudança na autoestima durante o curso da reabilitação aguda do AVE.

Além disso, verificaram que a baixa autoestima estava relacionada ao maior estresse subjetivo associado à hospitalização (VICKERY et al., 2009b).

### **Medidas de magnitude dos fatores relacionados a Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico**

Entre os fatores relacionados encontrou-se a dificuldade de aceitação do sofrimento (SHAO et al., 2013) e a ansiedade (VICKERY, 2006) como fatores de proteção entre os estudos selecionados para a revisão sistemática.

Os fatores relacionados prejuízo na função fática e expressiva da linguagem (BAKHEIT; BARRET; WOOD, 2004); estado depressivo (CHUNG et al., 2016; VICKERY et al., 2009a); qualidade de vida péssima/ruim (TEOH; SIMS; MILGROM, 2009); insatisfação com a vida (SHIDA et al., 2014); insatisfação com o sono (TEOH; SIMS; MILGROM, 2009); impacto da doença (TEOH; SIMS; MILGROM, 2009); prejuízo na execução das atividades avançadas de vida diária (THOMAS; LINCOLN, 2008); percepção de controle reduzido (CHUNG et al., 2016); alteração na autoimagem corporal (KEPPEL; CROWE, 2000); propósito de vida reduzido (SHAO et al., 2013); controle de vida ineficaz (SHAO et al., 2013); percepção de recuperação ineficaz (VICKERY et al., 2009a); aborrecimento ao longo da reabilitação (VICKERY et al., 2009a); estado de generalizações excessivas (VICKERY et al., 2009a) e cognição prejudicada (VICKERY et al., 2009b) não foram classificados como fator protetor ou de risco para a ocorrência da Baixa autoestima.

Constata-se que, os estudos apresentaram fatores de risco, entre eles destacaram-se: déficit no autocuidado nas atividades básicas de vida diária (CHANG; MACKENZIE, 1998; THOMAS; LINCOLN, 2008; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009a; VICKERY et al., 2009b); participação restritiva (CHAU et al., 2010); estado depressivo (CHAU et al., 2009; CHAU et al., 2010; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2008b; VICKERY; CLEA; EVANS, 2008); prejuízo na linguagem expressiva (THOMAS; LINCOLN, 2008); humor prejudicado (VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2009c); mobilidade física prejudicada (VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009b); baixo nível de otimismo (CHUNG et al., 2016); alteração no autoconceito físico (KEPPEL; CROWE, 2000); alteração no autoconceito pessoal (KEPPEL; CROWE, 2000); alteração no autoconceito geral (KEPPEL; CROWE, 2000); distúrbio na identidade pessoal (LAPADAT; MORRIS, 2017); desejo de viver diminuído (SHAO et al., 2013); vácuo existencial (SHAO et al., 2013); dificuldade de aceitação da morte (SHAO et al., 2013); domínio de si prejudicado (SHAO et al., 2013); bem estar subjetivo ineficaz (SHAO et al., 2013); déficit no autocuidado para uso do sanitário (SHIDA et al., 2014); apoio familiar insuficiente (SHIDA et al., 2014); déficit no autocuidado para preparar os alimentos (SHIDA et al., 2014); tempo de reabilitação (VICKERY et al., 2008b); angústia pela incapacidade (VICKERY et al., 2009a).

**Tabela 8** – Descrição dos fatores causais evidenciados nos estudos com as respectivas medidas de magnitude associada a baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

<b>Autores</b>	<b>Fatores relacionados</b>	<b>R</b>	<b>P</b>	<b>OR/HR/RR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Classificação do fator</b>
Bakheit; Barret; Wood (2004)	Prejuízo na função fática e expressiva da linguagem	-0,05	0,700	0,85*	0,40 – 1,78	Nulo
Chang; Mackenzie (1998)	Déficit no autocuidado das atividades básicas de vida diária	0,26	<0,001	3,05*	1,85 – 5,03	Risco
Chau et al.,	Participação	0,198	0,002	2,51*	1,65 – 3,82	Risco

(2009)	restritiva					
	Estado depressivo	-0,728	<0,001	2,07*	1,41 – 3,04	Risco
Chau et al., (2010)	Estado depressivo	-0,13	<0,001	5,95**	3,84 – 9,23	Risco
Chung et al., (2016)	Baixo nível de otimismo	0,693	<0,01	3,80**	2,16 – 6,66	Risco
	Percepção de controle reduzido	0,503	<0,01	1,57**	0,98 – 2,51	Nulo
	Estado depressivo	-0,498	<0,01	1,18**	0,74 – 1,87	Nulo
Keppel; Crowe (2000)	Alteração na autoimagem corporal	0,53	<0,001	2,00**	0,83 – 4,81	Nulo
	Alteração no autoconceito físico	0,62	<0,001	3,20**	1,21 – 8,40	Risco
	Alteração no autoconceito pessoal	0,45	0,004	3,20**	1,21 – 8,40	Risco
	Alteração no autoconceito geral	0,54	<0,001	4,25**	1,50 – 12,04	Risco
Lapadat; Morris (2017)	Distúrbio na identidade pessoal	0,48	<0,001	3,00**	1,30 – 6,88	Risco
Shao et al., (2013)	Desejo de viver diminuído	0,40	<0,001	1,43**	1,06 – 1,92	Risco
	Vácuo existencial	0,70	<0,001	2,05**	1,50 – 2,79	Risco
	Propósito de vida reduzido	0,61	<0,001	0,87**	0,65 – 1,17	Nulo
	Controle da vida ineficaz	0,66	<0,001	0,95**	0,71 – 1,27	Nulo
	Dificuldade em	0,44	<0,001	0,47**	0,34 – 0,64	Proteção

	aceitar o sofrimento					
	Dificuldade de aceitação da morte	0,22	<0,001	3,18**	2,26 – 4,48	Risco
	Domínio de si prejudicado	0,70	<0,001	4,00**	2,78 – 5,75	Risco
	Bem-estar subjetivo ineficaz	0,73	<0,001	2,10**	1,54 – 2,87	Risco
Shida et al., (2014)	Déficit no autocuidado para uso do sanitário	0,405	<0,001	2,33**	1,20 – 4,53	Risco
	Apoio familiar insuficiente	0,389	<0,001	4,71**	2,12 – 10,43	Risco
	Déficit no autocuidado para preparação dos alimentos	0,292	0,009	2,33**	1,20 – 4,53	Risco
	Insatisfação com o sono	0,237	0,017	1,66**	0,88 – 3,12	Nulo
Teoh, Sims, Milgrom (2009)	Qualidade de vida péssima/ruim	0,20	0,040	1,20*	0,72 – 2,02	Nulo
	Insatisfação com a vida	0,21	0,025	1,65*	0,91 – 2,99	Nulo
	Impacto da doença	0,23	0,012	0,95*	0,67 – 1,34	Nulo
Thomas; Lincoln (2008)	Prejuízo na linguagem expressiva	0,88	<0,001	2,11*	1,20 – 3,72	Risco
	Déficit no autocuidado das atividades básicas de vida diária	0,38	<0,001	6,67*	2,32 – 19,15	Risco

	Prejuízo na execução das atividades avançadas de vida diária	0,16	<0,001	1,21*	0,95 – 1,53	Nulo
Vickery (2006)	Humor prejudicado	-0,66	<0,001	2,81**	1,74 – 4,56	Risco
	Estado depressivo	-0,65	<0,001	2,11**	1,34 – 3,32	Risco
	Ansiedade	- 0,52	<0,001	0,50**	0,31 – 0,78	Proteção
Vickery et al., (2008a)	Estado depressivo	-0,53	<0,001	1,40*	1,00 – 1,97	Risco
	Humor prejudicado	-0,58	<0,001	1,82*	1,24 – 2,67	Risco
Vickery et al., (2008b)	Estado depressivo	-0,72	<0,001	1,36*	1,10 – 1,70	Risco
	Tempo de reabilitação	-0,18	<0,05	1,60*	1,12 – 2,30	Risco
	Déficit no autocuidado para realizar atividades básicas de vida diária	0,23	<0,005	1,64*	1,26 – 2,14	Risco
	Mobilidade física prejudicada	0,29	<0,001	1,57*	1,19 – 2,07	Risco
Vickery et al., (2009a)	Estado depressivo	- 0,72	<0,001	1,13**	0,73 – 1,77	Nulo
	Angústia pela incapacidade	-0,66	<0,001	2,34**	1,44 – 3,80	Risco
	Percepção da recuperação ineficaz	0,61	<0,001	1,40**	0,89 – 2,20	Nulo
	Aborrecimento ao longo da	-0,54	<0,001	1,08**	0,69 – 1,68	Nulo

	reabilitação					
	Estado de generalizações excessivas	0,64	<0,001	1,33**	0,85 – 2,08	Nulo
Vickery et al., (2009b)	Déficit no autocuidado para as atividades básicas de vida diária	0,21	<0,05	2,08**	1,29 – 3,33	Risco
	Mobilidade física prejudicada	0,21	<0,05	3,52**	2,07 – 6,00	Risco
	Cognição prejudicada	0,37	<0,001	1,20**	0,76 – 1,87	Nulo
Vickery et al., (2009c)	Humor prejudicado	-0,34	<0,001	3,27**	1,94 – 5,52	Risco
Vickery; Clea; Evans (2008)	Estado depressivo	-0,75	0,006	4,88** *	1,82 – 13,10	Risco

**Legenda:** \* Risco Relativo; \*\* Razão de Prevalência; \*\*\* Odds ratio; p: p-valor de correlação de Spearman; R: r de Spearman; IC: Intervalo de Confiança.

Ainda, observou-se que entre os fatores causais destacados quatro foram possíveis de serem submetidos a técnica de metanálise, visto que respondem aos critérios de síntese para permitir generalizações específicas para a Baixa autoestima: estado depressivo (CHAU et al., 2009; CHAU et al., 2010; CHUNG et al., 2016; VICKERY, 2006; VICKERY; CLEA; EVANS, 2008; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009a); déficit no autocuidado nas atividades básicas de vida diária (CHANG; MACKENZIE, 1998; THOMAS; LINCOLN, 2008; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009b); humor prejudicado (VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2009c) e mobilidade física prejudicada (VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009b)

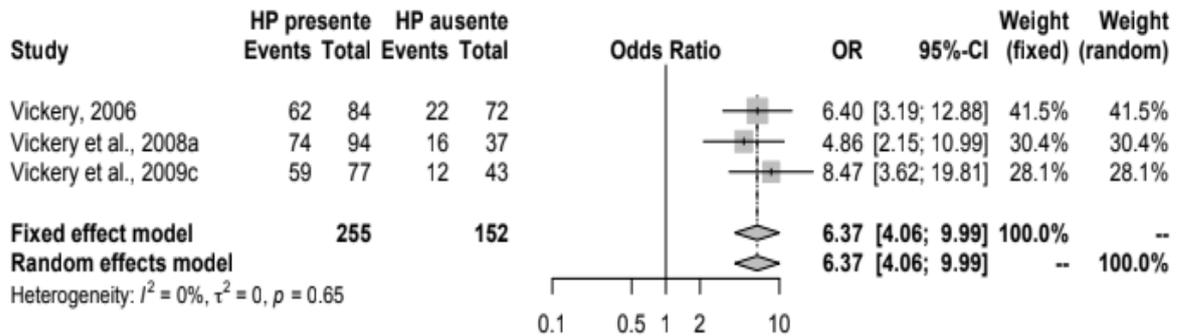
**Tabela 9-** Descrição das *odds ratio* dos fatores causais de Baixa autoestima em indivíduos com AVE passíveis de realizar a metanálise. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

<b>Fatores relacionados</b>	<b>Autores</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Classificação do fator</b>
Déficit no autocuidado das atividades básicas de vida diária	Chang; Mackenzie (1998)	10,39	4,66 – 23,19	Risco
	Thomas; Lincoln (2008)	60,85	14,30 – 258,93	Risco
	Vickery et al., (2008b)	3,05	1,62 – 5,74	Risco
Estado depressivo	Vickery et al., (2009b)	2,39	1,11- 5,14	Risco
	Chau et al., (2009)	8,02	3,78 – 17,00	Risco
	Chau et al., (2010)	1,30	0,56 – 3,04	Nulo
	Chung et al., (2016)	2,45	1,09 – 5,50	Risco
	Vickery (2006)	2,35	1,23 – 4,52	Risco
	Vickery et al., (2008a)	2,47	1,12 – 5,44	Risco
	Vickery et al., (2008b)	2,98	1,53 -5,83	Risco
	Vickery et al., (2009a)	8,65	3,07 – 24,34	Risco
Humor prejudicado	Vickery; Clea; Evans (2008)	4,88	1,82 – 13,10	Risco
	Vickery (2006)	6,14	3,05 – 12,39	Risco
	Vickery et al., (2008a)	4,85	2,14 – 10,99	Risco
Mobilidade física prejudicada	Vickery et al., (2009c)	8,46	3,61 – 19,81	Risco
	Vickery et al., (2008b)	3,05	1,62 – 5,74	Risco
	Vickery et al., (2009b)	9,11	3,87 – 21,47	Risco

**Legenda:** OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança.

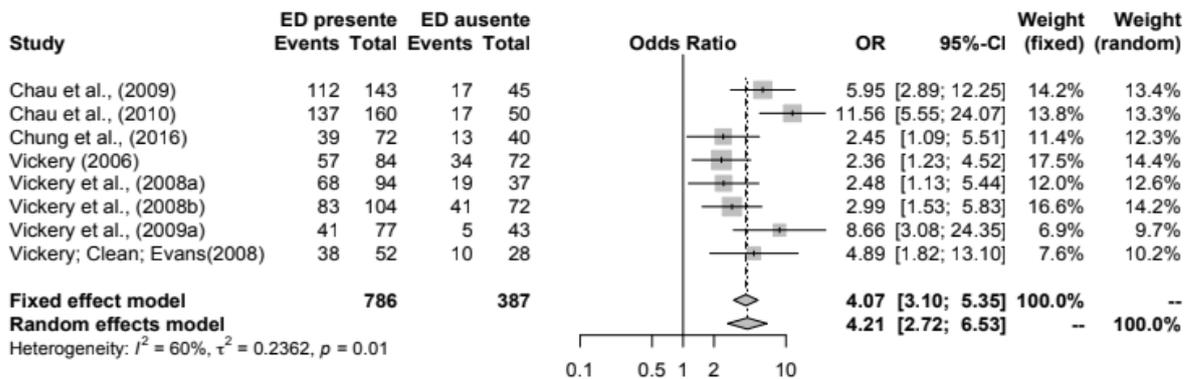
Em seguida, são apresentadas as medidas resumo de quatro fatores causais de Baixa autoestima.

**Figura 2** - Razão de chance de Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico com e sem Humor prejudicado. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.



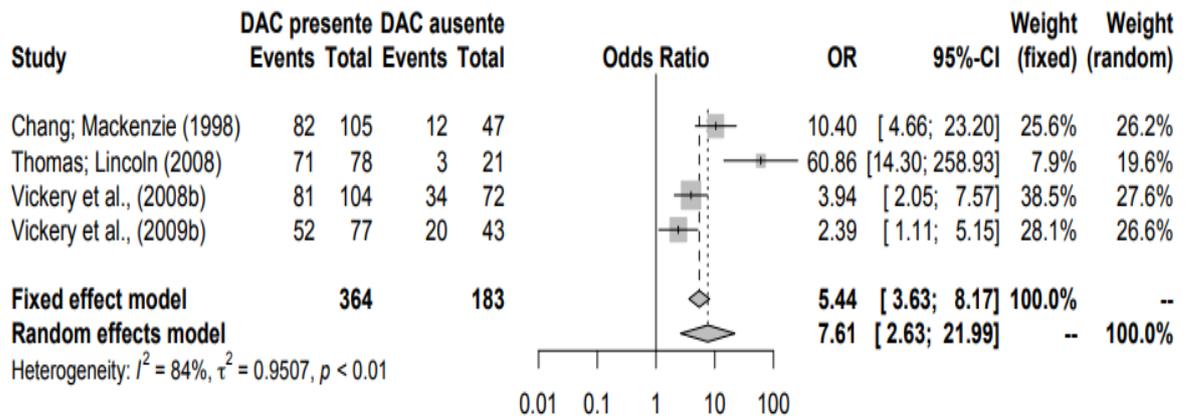
Os estudos inseridos na metanálise apresentaram homogeneidade confirmada pelos valores do  $I^2$  (0%) e do teste de Cochran ( $p=0,45$ ). Identificou-se uma medida resumo que demonstra o aumento do risco de baixa autoestima de pessoas com AVE na presença de humor prejudicado.

**Figura 3** - Razão de chance de Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico com e sem Estado depressivo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.



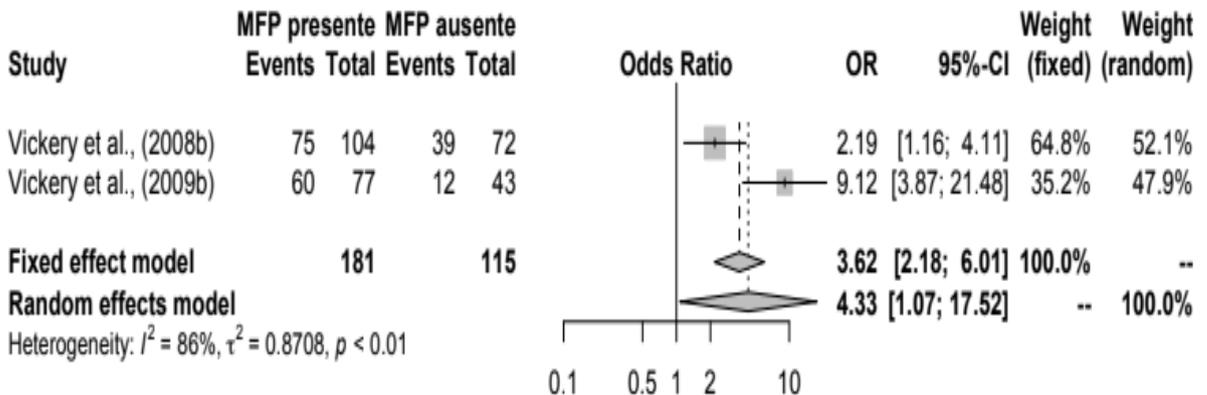
Nota-se que os estudos inseridos na metanálise apresentaram heterogeneidade provável segundo teste  $I^2$  (60%) e teste Q de Cochran ( $p=0,014$ ). A medida resumo expressa uma chance 4,21 vezes maior dos indivíduos com acidente vascular encefálico apresentar baixa autoestima na presença do fator estado depressivo. Ainda, é possível identificar que o estudo de Vickery (2006) contribuiu com maior peso (14,4%) para estabelecer essa medida de risco.

**Figura 4** - Razão de chance de Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico com e sem Déficit no autocuidado das atividades de vida diária. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.



Os estudos apresentaram heterogeneidade provável através do teste  $I^2$  (84%) e teste Q de Cochran ( $p=0,003$ ). A medida resumo expressa uma chance 7,61 vezes maior dos indivíduos com acidente vascular encefálico apresentar baixa autoestima na presença do déficit do autocuidado nas atividades de vida diária. É possível identificar que o estudo de Vickery et al., (2008b) contribuiu com maior peso para estabelecer essa medida síntese (27,6%).

**Figura 5** - Razão de chance de Baixa autoestima em indivíduos com acidente vascular encefálico com e sem Mobilidade física prejudicada. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.



Verifica-se que os estudos apresentaram heterogeneidade provável verificada por meio do teste  $I^2$  (86%) e teste Q de Cochran ( $p=0,0086$ ). Pela medida resumo, é possível identificar uma chance 4,33 vezes maior dos indivíduos com acidente vascular encefálico apresentarem baixa autoestima na presença da mobilidade física prejudicada. O estudo de Vickery et al., (2008b) contribuiu com maior peso para estabelecer essa medida de risco (52,1%).

## 6. DISCUSSÃO

Esta revisão adotou uma abordagem sistemática para busca e seleção de estudos através de bases de dados amplamente utilizadas para a realização desse tipo de estudo visando reunir as publicações e conhecimento acerca dos fatores relacionados a Baixa autoestima em indivíduos acometidos por AVE. Esse método permite identificar lacunas no conhecimento e fragilidades metodológicas, que serão discutidas no contexto de destaque de prioridades de pesquisas futuras. No entanto, reconhece-se que uma revisão sistemática depende do desenho, métodos e resultados da pesquisa original, que introduz inerentemente viés.

Deve-se salientar que não foi possível evidenciar estudos sobre os diagnósticos de enfermagem de Baixa autoestima. Os estudos encontrados e incluídos tratam a Baixa autoestima como um fenômeno clínico qualquer, independente de categoria profissional. Ainda é possível salientar que a abordagem ao fenômeno não seguia um eixo de temporalidade como por exemplo situacional ou crônica. Diante disso, e assim como apresentado nos resultados, utilizar-se-á o termo Baixa autoestima com o intuito de identificar os fatores causais e sua ocorrência em adultos e idosos acometidos por AVE.

Na presente revisão, alguns estudos foram excluídos por encontrarem escritos nas línguas: japonês, coreano e iraniano. Estudos com metodologia semelhante publicado em periódicos de alto impacto foram reportados tanto na literatura nacional quanto internacional em que idiomas como o japonês, coreano, russo, alemão foram excluídos das síntese e análises de dados de revisões sistemáticas realizadas por pesquisadores brasileiros (GIOS et al., 2017; SILVA, 2013; SILVA; FILONI; FITZ, 2014; SILVA et al., 2017).

Além disso, nota-se que como a pesquisa está relacionada à reabilitação neuropsicológica, evento de natureza multidisciplinar, é importante que diferentes tipos de evidência não sejam negligenciadas. Assim, verificou-se uma porcentagem comparativa entre neurologistas e enfermeiras como os principais autores do estudo, seguidos por psicólogos e fisioterapeutas.

É imprescindível destacar que em relação aos estudos produzidos pelas enfermeiras identificou-se que todos os estudos eram oriundos de países asiáticos, com expressão de países como a China e o Japão. Deve-se salientar que, enfermeiras desses países concentram inúmeros estudos no tocante à temáticas como auto eficácia (LI et al., 2016; LO; CHANG; CHAU, 2016; LO; CHANG; CHAU, 2018); automonitoramento (ZHAO et al., 2016; LUO et

al., 2015; JANG; YOO, 2012); bem estar psicológico (DU et al., 2015); qualidade de vida (PANG et al., 2013; HO; LINB; KUOA, 2016); depressão (WEI et al., 2015; WANG et al., 2017); suporte social (DU et al., 2015) e dentre outros desfechos considerados psicossociais ou psicoculturais.

No tocante as características metodológicas, considerando que a maioria dos indivíduos investigados foram considerados idosos, evidências recentes consideram que as populações idosas devem ser investigadas considerando o nível de funcionamento cognitivo mínimo para responder instrumentos de medidas de relato verbal. Desse modo, em um estudo de revisão sistemática, Martins et al., (2019) analisaram 100 estudos, na qual verificou-se que 90% dos estudos aplicaram pelo menos o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para coleta de dados; em que a versão mais utilizada foi a de Brucki e colaboradores (2003) (34,4%); seguido pelo Teste de Fluência verbal (24%), o Teste Span de dígitos (15%), *Cambridge Cognitive Examination-Revised* (CAMCOG-R) (13%), *Clinical Dementia Rating* (CDR) (10%) e Teste de Desenho do relógio (TDR) (10%).

Nesse estudo, em uma análise posterior, identificou-se que os participantes foram incluídos baseados no MEEM em quatro estudos (CHANG; MACKENZIE, 1998; CHAU et al., 2009; CHAU et al., 2010; CHUNG et al., 2016). Chung et al., (2016) utilizaram o instrumento modificado com seis itens, considerando o perfil clínico que visava analisar, pois, tratava-se de indivíduos com seis meses pós AVE em que o prejuízo cognitivo foi considerado quando o indivíduo apresentava score maior que três pontos. Os estudos de Chau et al., (2009) e Chau et al., (2010) utilizaram o MEEM de 13 itens que examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia, e habilidades de linguagem e viso-espaciais. Ainda, a partir da obtenção de 18 a 30 pontos foram incluídos participantes em ambos os estudos.

Salienta-se ainda que, esses estudos foram conduzidos por enfermeiras oriundas de programas de unidades reabilitadoras de Hong Kong na China e Indianápolis nos Estados Unidos da América. Observa-se assim que, essas evidências podem contribuir para a redução de fatores de confusão quando aplicados em estudos com populações de idosos. Ainda, observou-se no estudo de Chang; Mackenzie (1998) que utilizaram outra versão do MEEM definido apenas em quatro pontos para inferir comprometimento mental.

Nessa revisão sistemática observou-se que, a maioria dos estudos selecionados aplicaram critérios de exclusão generalistas reduzindo fatores de confusão no seguimento do estudo. Assim, sete estudos excluíram indivíduos com base na história pré-mórbida de

demência ou outras condições/lesões neurológicas (por exemplo, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, lesão encefálica traumática), presença de afasia global de tal gravidade que impede a capacidade de compreender as instruções do questionário, delírio incessante ou confusão durante a permanência na reabilitação (desorientação consistente em relação ao tempo, local e circunstância não explicada pelo comprometimento da linguagem), história pré-mórbida de transtorno psiquiátrico grave (por exemplo, esquizofrenia, transtorno bipolar), história pré-mórbida de cegueira, impedindo a avaliação em uma das medidas de resultado ou evidência neurorradiológica de infartos agudos bilaterais (VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009a; VICKERY et al., 2009b; VICKERY et al., 2009c; VICKERY; CLEA; EVANS, 2008).

No tocante às técnicas de recrutamento de pacientes acometidos por AVE, uma revisão sistemática observou que sete dos nove estudos selecionados utilizaram locais como associações beneficentes reabilitadoras e programas de reabilitação hospitalar (LIMA et al., 2016).

Percebe-se frente a essa revisão que novas estratégias de recrutamento de participantes em pesquisa clínicas são reportadas e consideradas viáveis, a exemplo do uso das redes sociais como *facebook*, *youtube*, *twitter*, *catho online*, desde 2008 (FERREIRA et al., 2012). Esta utilização sobressai por ser um método gratuito que permite o contato com um número elevado e variado de indivíduos, sendo prático e dinâmico, cada vez mais utilizado na sociedade contemporânea em decorrência da bola de neve que é gerada entre os indivíduos com uma mesma condição clínica.

Corroborando com esse aspecto metodológico, estudo realizado com 179 pessoas de fevereiro a abril de 2011; no qual, os autores construíram recomendações sob o título “*Patient recruitment and the e-patient: a survey analysis*” ofereceu 11 táticas para especialistas em seleção e recrutamento de participantes de estudos clínicos. Deve-se destacar que atingir um tamanho amostral satisfatório em menos de três meses é resultante de um esforço árduo e emprego de táticas diversas na condução do estudo. Assim, entre as orientações principais a serem consideradas em estudos futuros na presente temática destaca-se que os pesquisadores devem envolver uma equipe médica por garantir maior credibilidade aos participantes; desenvolver respostas adiantadas quanto a segurança da condução das etapas dos ensaios clínicos e ser relevante para o público (ADAMS; CAFFREY; MCKEVITT, 2015).

Deve-se apontar que a maioria dos estudos selecionados para essa revisão sistemática eram transversais seguidos de coorte prospectivas/retrospectiva. Assim, os estudos

transversais apresentam como limitação não determinar a relação de causa e efeito, impossível garantir que os efeitos de confusão serão distribuídos igualmente entre os grupos. Entretanto, os estudos longitudinais são vantajosos em relação aos transversais visto que permite estabelecer uma influência do tempo sobre o fenômeno estudado e aumentam a precisão das medidas diagnósticas (HULLEY et al., 2015).

No tocante a qualidade metodológica, estudo de revisão sistemática sobre autoestima em pacientes com lesões cerebrais traumatológicas adquiridas evidenciou resultados semelhantes a este estudo, em que todos as pesquisas selecionadas foram classificados como de alta qualidade com pontuação igual ou superior a 11 indicando forte qualidade em termos de relatos quanto a populações, métodos, análises, resultados e generalização visualizadas sob o Guideline do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (CURVIS; SIMPSON; HAMPSON, 2016).

Considerando o STROBE, todos os estudos incluídos descreveram o cenário e como os participantes foram recrutados. Nesse estudo, contradizendo a referida investigação verificou-se que muitas pesquisas não forneceram detalhes adequados sobre as características demográficas e clínicas dos participantes. Curvis, Simpson e Hampson (2016) observaram que quatro estudos não relataram critérios de inclusão e exclusão, enquanto que, apenas três estudos forneceram detalhes sobre como os tamanhos amostrais foram determinados.

No tocante aos outros aspectos, Curvis, Simpson e Hampson (2016) relataram que apenas quatro dos 11 estudos realizaram múltiplas análises correlacionais e discutiram as correlações feitas. Diante disso, observaram que na revisão empreendida por não corrigir o tamanho do efeito para o número de comparações feitas, os estudos podem estar em risco aumentado de erros do tipo I (ou seja, reportar uma relação significativa entre duas variáveis quando uma não existe realmente). Sendo assim, esses aspectos devem ser considerados com cautela na síntese e generalização das evidências aqui apresentadas.

Apesar das limitações, a revisão destaca uma ampla gama de fatores pré-AVE e pós-AVE relacionados à baixa autoestima. Esta revisão sistemática verifica que a autoestima é cada vez menor em pessoas que sofreram um AVE, embora apenas um pequeno número de estudos incluídos tenha examinado isso usando grupos de controle contendo pessoas sem nenhuma condição de saúde (VICKERY; CLEA; EVANS, 2008).

Evidenciou-se nesse estudo três instrumentos de medida para mensurar a autoestima como a RSES, SSES e VASES. Desse modo, constatou-se que seis dos sete estudos que utilizaram a RSES realizaram medidas de confiabilidade do instrumento de mensuração da

autoestima na referida população clínica, que variou de 0,71 (SHIDA et al., 2014) a 0,90 (SHAO et al., 2013). Ainda, verificou-se que os outros estudos apresentaram alfa de Cronbach maior que 0,83 (VICKERY; SEPHERI; EVANS, 2008; CHAU et al., 2010; CHAU et al., 2009) mostrando boas medidas de confiabilidade. Os outros estudos destacam evidências anteriores com a RSES que embasaram a aplicação do mesmo; mas, não mensuraram a confiabilidade nos respectivos estudos em desenvolvimento (TEOH; SIMS; MILGROM, 2009; KEPPEL; CROWE, 2000).

No tocante a SSES, observou-se que quatro de oito estudos apresentaram as medidas de confiabilidade da aplicação do respectivo instrumento (CHANG; MACKENZIE, 1998; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2009a; VICKERY et al., 2009b; VICKERY et al., 2009c) variando de 0,92 (VICKERY et al., 2008a) a 0,93 (VICKERY et al., 2009a; VICKERY et al., 2009b; VICKERY et al., 2009c). No estudo de Chang e Mackenzie (1998), não se encontra declarado o valor do alfa de Cronbach ou outra medida que justifique a sua aplicabilidade na referida população clínica.

Em relação a VASES, identificou-se que apenas dois de cinco estudos relataram medidas de confiabilidade do respectivo instrumento oriundo de outros estudos anteriores (VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008b). Verificou-se que os estudos citados por ambos os estudos selecionados relataram alfa de Cronbach inferior ao valor considerado adequado na maioria dos estudos de confiabilidade de instrumentos (0,80). Destaca-se que um dos fatores que pode ter influenciado diretamente a confiabilidade desse instrumento é a presença de distúrbios visuais ou baixa acuidade visual, visto que, trata-se de uma escala analógica visual.

A revisão destaca achados conflitantes sobre a relação entre autoestima pós AVE e uma série de fatores demográficos (por exemplo, idade, sexo) e variáveis de lesão (por exemplo, história de AVE, lateralidade, tempo da lesão), dificultando a conclusão definitiva sobre como esses fatores se relacionam com a baixa autoestima.

Em relação aos avanços que essa revisão sistemática poderá empregar se dá em estabelecer os fatores associados a Baixa autoestima. Desse modo, confrontando a presente taxonomia da NANDA-I (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), constata-se que alguns fatores encontrados na presente revisão estão estabelecidos na atual versão, a exemplo da alteração na autoimagem corporal (KEPPEL; CROWE, 2000) e comportamentos inconsistentes em relação aos valores aproximados dos fatores descritos como: aborrecimento ao longo da reabilitação (VICKERY et al., 2009a), participação restritiva (CHAU et al., 2010), baixo nível de otimismo (CHUNG et al., 2016), percepção de controle reduzido (CHUNG et al., 2016);

alteração no autoconceito geral (KEPPEL; CROWE, 2000); distúrbio na identidade pessoal (LAPADAT; MORRIS, 2017); desejo de viver diminuído (SHAO et al., 2013); vácuo existencial (SHAO et al., 2013); propósito de vida reduzido (SHAO et al., 2013); controle de vida ineficaz (SHAO et al., 2013); dificuldade em aceitar o sofrimento (SHAO et al., 2013); domínio de si prejudicado (SHAO et al., 2013); bem estar subjetivo ineficaz (SHAO et al., 2013); insatisfação com o sono (SHIDA et al., 2014); angústia pela incapacidade (VICKERY et al., 2009a) e percepção de recuperação ineficaz (VICKERY et al., 2009a).

Observou-se ainda aproximação do fator causal dificuldade de aceitação da morte (SHAO et al., 2013) com o fator relacionado contido na Taxonomia da NANDA-I, Inc. intitulado enfrentamento ineficaz de perda presente na Baixa autoestima crônica; bem como o ao fator causal apoio familiar insuficiente (SHIDA et al., 2014) com o padrão de desamparo presente na Baixa autoestima situacional (HERDMAN; KAMITSURU, 2018); os fatores causais impacto da doença (TEOH; SIMS; MILGROM, 2009) e tempo de reabilitação (VICKERY et al., 2008) aproximam-se com o prejuízo funcional enquanto condição associada da Baixa autoestima situacional (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Aproximações como essas são identificadas em outros estudos que utilizaram técnicas de mapeamento ou identificação de fatores relacionados e características definidoras em estudos com outros diagnósticos de enfermagem como estilo de vida sedentário (GUEDES, 2011; GUEDES, 2012), sentimento de impotência em indivíduos com AVE (SILVA et al., 2017); Padrão respiratório ineficaz (BELTRÃO, 2015); Risco de aspiração (CAVALCANTE, 2011) e dentre outros.

A presente revisão também encontrou fatores relacionados a Baixa autoestima que não estão estabelecidos na atual taxonomia como: insatisfação com o sono (SHIDA et al., 2014); prejuízo na execução das atividades avançadas de vida diária (THOMAS; LINCOLN, 2008); humor prejudicado (VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2009c); mobilidade física prejudicada (VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009b); prejuízo na função fática e expressiva da linguagem (BAKHEIT; BARRET; WOOD, 2004); alteração no autoconceito pessoal (KEPPEL; CROWE, 2000); alteração no autoconceito geral (KEPPEL; CROWE, 2000); qualidade de vida péssima/ruim (TEOH; SIMS; MILGROM, 2009); déficit no autocuidado nas atividades básicas de vida diária (CHANG; MACKENZIE, 1998; THOMAS; LINCOLN, 2008; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009b) e o estado depressivo (CHAU et al., 2009; CHAU et al., 2010; CHUNG et al., 2016; VICKERY, 2006;

VICKERY et al., 2008a; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009a; VICKERY; CLEA; EVANS, 2008).

As evidências descritas acima apresentam fatores relacionados que acrescentam conhecimento as evidências existentes consideradas e apontadas na presente taxonomia da NANDA-I. É importante que mais estudos sejam realizados com desenhos metodológicos robustos para avaliar a presença desses fatores em grupos populacionais semelhantes ao do presente estudo e em outras populações.

Existem evidências para apoiar uma relação entre Baixa autoestima e funcionamento cognitivo. Os resultados também são variados quanto à Baixa autoestima ou a níveis mais altos ou mais baixos de comprometimento. Isso é particularmente evidente em relação ao funcionamento executivo e à conscientização de problemas cognitivos, com três estudos sugerindo que maior comprometimento está relacionado à menor autoestima (THOMAS; LINCOLN, 2006; VICKERY, 2006; VICKERY et al., 2008b; VICKERY et al., 2009a; VICKERY et al., 2009c), mas dois estudos relatam não haver relação significativa (VICKERY, 2006; BAKHEIT; BARRET; WOOD, 2004).

A baixa autoestima está relacionada à baixa independência funcional (em termos de mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado nas atividades básicas de vida diária), com doze estudos oferecendo suporte para essa relação (CHANG; MACKENZIE, 1998; CHAU et al., 2009; CHAU et al., 2010; CHUNG et al., 2016; SHIDA et al., 2014; THOMAS; LINCOLN, 2008; VICKERY et al., 2008c; VICKERY et al., 2009a).

Estudo realizado com 135 pacientes com AVE encefálico observou-se que o déficit no autocuidado é uma resposta disfuncional vivenciada após a fase aguda, podendo ser categorizado na dificuldade de banhar-se, vestir-se, acesso ao banheiro e alimentar-se, em porcentagens de 23,5%, 18,5%, 13,3% e 7,5%, respectivamente (OLIVEIRA-KUMAKURA et al., 2019).

Ainda, nesse estudo observou-se associação entre os indivíduos com déficit de autocuidado com higiene ( $p=0,045$ ) diagnosticados primariamente com AVE hemorrágico, e os que apresentaram escore 4 da escala Rankin constatou-se associação com o déficit de autocuidado com higiene ( $p=0,045$ ), déficit de autocuidado com vestuário ( $p<0,001$ ) e déficit de autocuidado com banho ( $p<0,001$ ) (OLIVEIRA-KUMAKURA et al., 2019).

Essas evidências atestam que o desecadeamento de déficits de autocuidado após AVE é geralmente devido a sequelas resultantes de baixa perfusão encefálica em determinadas áreas encefálicas, em especial, localizadas no hemisfério direito em virtude de déficits

cognitivos gerais, disfunções executivas, déficits de linguagem, apraxia, problemas de memória e concentração, déficits visuais de campo e negligência unilateral (LIU; LOU, 2019).

No tocante a mobilidade física prejudicada, vislumbra-se que em um estudo com 121 participantes, 90% desses apresentaram o referido diagnóstico de enfermagem. Observou-se que os fatores relacionados foram força muscular diminuída (100%), prejuízos neuromusculares (100%) e prejuízos sensório-perceptivos (47,7%) (COSTA *et al.*, 2010).

Silva *et al.*, (2017) salientam que essa situação desencadeia no indivíduo uma percepção negativa de si própria devido a perda motora e de comunicação, diminuição da sensopercepção e alterações cognitivas, repercutindo negativamente sobre o modo de vida e desencadeando distúrbios psíquicos ou efeitos sobre os comportamentos sociais. Outro estudo atesta que a mobilidade física prejudicada gera uma sensação de incapacidade, sentimentos de isolamento e solidão (TEXEIRA *et al.*, 2016).

A autoestima também parece estar relacionada a resultados psicológicos, com baixa autoestima associada a um menor bem-estar psicológico geral (SHIDA *et al.*, 2014; VICKERY, 2006; VICKERY *et al.*, 2009b). Um estudo descobriu que a Baixa autoestima se correlacionava com níveis mais altos de ansiedade (VICKERY, 2006).

A depressão foi a variável mais frequentemente investigada entre os estudos incluídos e é claro, a partir dos resultados disponíveis, que a autoestima está relacionada e é preditiva de níveis mais altos de depressão após o AVE, com a maioria dos estudos relatando grandes tamanhos de efeito ( $r > 0,50$ ) (CHAU *et al.*, 2009; CHUNG *et al.*, 2016; VICKERY, 2006; VICKERY *et al.*, 2008a; VICKERY *et al.*, 2008b; VICKERY *et al.*, 2009a; VICKERY *et al.*, 2009b; VICKERY; CLEA; EVANS, 2008). Estudo de revisão sistemática corrobora com esses achados em que a depressão atinge entre outras condições crônicas indivíduos acometidos por AVE com efeito moderado (READ *et al.*, 2017).

Verificou-se que a Baixa autoestima se correlaciona com maiores mudanças na identidade percebida e no autoconceito, além de pior ajuste e maiores níveis de perda percebida (CHUNG *et al.*, 2016; KEPPEL; CROWE, 2000; SHAO *et al.*, 2013; SHIDA *et al.*, 2014).

O uso de estilos de enfrentamento negativos, juntamente com a avaliação negativa dos recursos e resultados do enfrentamento, fora associado a menor autoestima em três estudos (KEPPEL; CROWE, 2000; SHAO *et al.*, 2013; SHIDA *et al.*, 2014). As percepções de

comprometimento e carga, juntamente com a satisfação com a reabilitação, parecem estar associadas à autoestima (VICKERY et al., 2009c; CHAU et al., 2010; CHUNG et al., 2016).

A importância dos fatores psicológicos nos artigos incluídos é consistente com o crescente consenso teórico e empírico de que o bem-estar emocional e o funcionamento psicossocial são afetados por uma série de variáveis após o AVE, com fatores psicológicos desempenhando um papel acima e além das variáveis clínicas e demográficas (KHANBOURNE; BROWN, 2003; TATE; BROE, 1999; LAPADATU; MORRIS, 2017).

Em seu modelo para processos de reabilitação após o AVE, Gracey et al. (2009) destacam a importância de fatores psicológicos, defendendo o crescimento de auto representações adaptativas e realistas, juntamente com a consolidação do desenvolvimento da identidade, reduzindo a discrepância entre as representações de si antes e depois da lesão conforme visualizado nos estudos de Keppel e Crowe (2000) e Lapadatu e Morris (2017). Os autores discutem o impacto do estilo de enfrentamento no ajuste, particularmente em termos de respostas cognitivas, emocionais e comportamentais após um evento traumático significativo como o AVE (GRACEY et al., 2009).

Além disso, apesar dessa revisão sistemática identificar a ansiedade como fator de proteção para Baixa autoestima, observa-se divergência em relação a esse fator com outras revisões sistemáticas quanto a essa relação na população em geral (ZEIGLER-HILL, 2011; ORTH; ROBINS, 2013). No entanto, estudo realizado com doenças cardiovasculares analisando a associação entre ansiedade e autoestima por gênero, verificou que o achado desse estudo em tela corrobora com os resultados em discussão, em que mulheres e homens com ansiedade apresentaram maiores escores de autoestima ( $p = 0,003$ ;  $p = 0,024$ ) quando comparados aos participantes sem o sintoma (CARVALHO et al., 2016). Com isso, revela-se que estudos referentes a pessoas em reabilitação neurológica acometidas por AVE necessitam ser melhor conduzidos com o intuito de clarificar tal relação apesar de outros estudos apoiarem a noção de que a autoestima parece ser um recurso pessoal essencial a ser considerado no AVE (KENDALL; TERRY, 1996; SCHÖTTKE; GIABBICONI, 2015; MITCHELL et al., 2017; RAFSTEN; DANIELSSON; SUNNERHAGEN, 2018).

Na metanálise, observou-se que o fator relacionado humor prejudicado demonstrou homogeneidade entre os estudos verificado através do  $I^2$  e do  $\tau^2$ . Tais semelhanças podem estar relacionadas ao cenário do estudo, critérios de inclusão e exclusão, grau de comprometimento clínica dos participantes e metodologia empregada para condução dos estudos; visto que ambos captaram pacientes provenientes de programas de reabilitação

hospitalar, excluíram indivíduos com base na história pré mórbida de demência ou outras condições/lesões neurológicas, presença de afasia global, delírio incessante ou confusão durante a permanência na reabilitação, história pré mórbida de transtorno psiquiátrico grave e cegueira (VICKERY, 2006; VICKERY, 2008a; VICKERY, 2009c).

Heterogeneidade foi encontrada em estudos sobre os fatores relacionados estado depressivo, déficit no autocuidado das atividades básicas de vida diária e mobilidade física prejudicada. A heterogeneidade entre esses estudos pode ser explicadas pelas diferenças de delineamento, idade dos participantes, forma de seleção dos participantes pois foram captados em diversos cenários como unidades clínicas hospitalares, programa de reabilitação hospitalar e acompanhamento clínico; bem como a utilização de instrumentos de medidas diferentes para mensurar o desfecho em estudo.

De acordo com as medidas de *odds ratio* calculadas, indivíduos com AVE tinha maior chance de apresentarem Baixa autoestima na presença de estado depressivo, déficit no autocuidado para as atividades básicas de vida diária e mobilidade física prejudicada. Ainda, verificou-se que o estudo de Vickery et al., (2008b), repetidos nas três metanálises, demonstrou maior peso entre os estudos selecionados de duas metanálises.

Ao se considerar os mecanismos de atuação dos fatores submetidos a metanálise, é possível reconhecer que mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado das atividades básicas de vida diária podem atuar como fatores precipitantes. Estes parecem iniciar a cadeia causal da Baixa autoestima. Pressupõe-se que uma reação em cadeia seja iniciada pela mobilidade física prejudicada; esta pode desencadear nos indivíduos um déficit no autocuidado nas atividades básicas de vida diária, gerando dependência funcional com consequente Baixa autoestima.

O humor prejudicado foi compreendido nesse estudo como uma condição que afeta o período de recuperação ou pode dificultar os comportamentos de promoção da saúde ou a reabilitação do indivíduo, ou seja, atua como um fator incapacitante.

Estudos evidenciam que a dependência funcional potencializa o efeito de mobilidade física prejudicada (ARAÚJO; ASSIS; BELCHIOR, 2018; CARO; COSTA; CRUZ, 2018). Esses condicionantes podem favorecer a manifestação de humor prejudicado (SILVA et al., 2017).

Mitchell et al., (2009) verificaram que a mobilidade física prejudicada foi um fator determinante para o estado depressivo durante os 12 primeiros meses. Ao buscar avaliar o comprometimento da mobilidade com o estado depressivo, Rabin et al., (2012) evidenciaram

que essas limitações atingem tanto membros inferiores quanto superiores, sendo perceptível regiões com espasticidade e contraturas, a exemplo dos cotovelos e dedos dificultando o alcance e manejo dos objetos provocando neles um sentimento de menos valia e inoperabilidade.

Assim, um dos motivos para a mobilização precoce estar na capacidade de reduzir a invalidez física, conseqüentemente o estado depressivo. Em segundo lugar, verifica-se que quanto mais cedo e maior nível de atividade física forem desempenhados mais efeitos fisiológicos podem ser provocados sobre a regulação humoral provenientes da liberação de endorfinas e monoaminas. Em seguida, pode melhorar a auto-eficácia (julgamentos sobre suas próprias capacidades em uma situação específica); particularmente se os ganhos são percebidos pelo paciente (RABIN et al., 2012).

Estudos vislumbram que quando os indivíduos apresentam baixo desempenho em atividades consideradas relevantes tendem a demonstrar humor prejudicado. Assim, sob condições de ameaça à autoestima, os indivíduos podem envolver-se em comportamentos destinados a reparar ou restaurar a autoestima, como descartar a importância da tarefa, descartar a fonte de *feedback* negativo sobre tarefas auto relevantes ou tornar-se antagônico em relação à fonte da tarefa (VICKERY et al., 2009c).

Em relação ao estado depressivo, nota-se que é uma condição que aumenta a suscetibilidade de um indivíduo apresentar Baixa autoestima, ou seja, parece atuar como um fator predisponente. Evidência atesta que quando ocorre um aumento de uma unidade no nível de autoestima, verifica-se uma diminuição de 0,44 unidade no estado depressivo (CHUNG et al., 2016).

No entanto, deve-se pontuar que a classificação hierárquica desse fator está sujeita a mudanças na hierarquização causal a depender do momento que essa condição se instala, considerando o evento cerebrocardiovascular. Assim, caso os indivíduos manifestem o estado depressivo anteriormente ao AVE, essa condição pode ser compreendida como fator reforçador para a Baixa autoestima. Caso essa situação se desenvolva pós AVE, compreende-se que o estado depressivo age como fator predisponente para a manifestação da Baixa autoestima.

Assim, o motivo de tal associação é claro para a literatura, visto que os sentimentos de falta de atratividade e de inferioridade são comuns entre os acometidos por essa condição crônica, principalmente entre aqueles com níveis mais baixos de capacidade funcional, especialmente na mobilidade e na execução das atividades básicas de vida. A perda repentina

de competência foi vista como um trauma grave para os sobreviventes de AVE, e a realização da perda de controle e função resultou em perda de confusão de identificação ou identidade (MUKHERJEE et al. 2006; CHAU et al., 2010).

Diante das discussões apresentadas verifica-se que a Baixa autoestima é resultante de múltiplos fatores, ou seja, um único fator não é suficiente para desencadear o fenômeno em estudo, que pode ser representando também na perspectiva do diagnóstico de enfermagem. Em parte é fruto da interação; mas, para que essa resposta humana ou fenômeno ocorra diversos fatores instalam-se e interagem sob mecanismos diferentes de atuação em momentos oportunos da fase pós aguda e crônica da doença.

As descobertas apontadas por essa metanálise têm implicações para a enfermagem reabilitadora e neurológica na abordagem das necessidades humanas de indivíduos que sofreram AVE. Conforme discutido, os resultados desta revisão indicam que a autoestima é afetada pelo AVE e predita por outros problemas. Destarte, parece haver um valor potencial ao considerar a autoestima na avaliação, formulação e intervenção durante todo o processo de reabilitação após o AVE.

É possível que a Baixa autoestima possa ser uma consequência dos desafios e mudanças psicossociais associadas ao AVE, aumentando assim o risco de problemas emocionais que interfiram em um processo de reabilitação efetivamente.

As intervenções psicológicas podem desempenhar um papel útil aqui no apoio à conscientização e no desenvolvimento de avaliações precisas e positivas do eu, juntamente com o processo de adaptação à vida após uma lesão encefálica.

É notório destacar ainda que o indivíduo pode vivenciar a “recalibração” (KLONOFF, 2010, p. 77) do senso de auto de uma pessoa (de acordo com seus valores e papéis sociais), sendo vital para ajudar as pessoas a obter significado de suas experiências após o AVE, juntamente com a aceitação de limitações ou deficiências para permitir ajuste funcional, adaptação e compensação (GRACEY et al., 2009; KLONOFF, 2010; OWNSWORTH, 2014).

Além disso, a autoestima pode ser uma variável mediadora importante a ser considerada à medida que as pessoas se ajustam à perda (SHAO et al., 2013). A Baixa autoestima pode colocar as pessoas em maior risco de superar resultados psicossociais negativos se forem menos capazes de se concentrarem na competência ou gerenciar as demandas e consequências do AVE devido à falta de estratégias de enfrentamento adaptativas que as ajudem a passar por estágios de ajuste (KENDALL; TERRY, 1996; MOORE; STAMBROOK, 1995). Embora mais pesquisas sejam necessárias, pode ser útil considerar a

autoestima, pois os fatores complexos que cercam o AVE podem ser integrados a programas de reabilitação eficazes que apoiam o bem-estar psicológico.

Outrossim, embora os resultados díspares nos estudos incluídos possam ser esclarecidos por meio de pesquisas adicionais, isso também reflete a complexidade e a heterogeneidade do AVE. Os resultados variados dos estudos incluídos podem sugerir a necessidade de construir programas de atendimento individualizados, adotando uma abordagem holística da reabilitação, dadas as complexas relações entre fatores neurológicos e psicológicos. Ainda se nota que, existem fortes evidências que sugerem que níveis mais altos de problemas de saúde física e níveis mais baixos de independência funcional estão associados a menor autoestima após o AVE. Isso destaca a importância da reabilitação que se concentra em atividades significativas da vida diária, além da capacidade física, com os profissionais fornecendo apoio que melhora a autoestima das pessoas, além de suas habilidades físicas.

Assim, considerando as definições dos termos fatores relacionados, condições associadas e populações em risco nota-se que dois desses fatores causais podem ser reconhecidos como fatores relacionados, a saber: mobilidade física prejudicada e déficits no autocuidado das atividades básicas de vida diária. Estado depressivo e humor prejudicado comportam-se como condições associadas, tidas como importante para o processo de inferência diagnóstica; mas, que o enfermeiro não consegue resolver de forma autônoma necessitando de outros profissionais de forma colaborativa para sua minimização ou eliminação da cadeia causal (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Como limitações desse estudo reconhece a restrição de idiomas. Embora somente estudos em inglês, português e espanhol tenham sido incluídos, foram identificadas pesquisas em idiomas como japonês, coreano e iraniano. Nesta perspectiva, podem ter sido desconsiderados fatores intrinsecamente associados à cultura oriental. Em segundo, apesar da visibilidade das bases de dados escolhidas para a busca de artigos; há a possibilidade de algum estudo relevante ter sido ignorado. Em terceiro lugar, a maioria dos estudos incluídos foram estudos transversais. Tais desenhos limitam o estabelecimento de relações de causa e efeito. Cita-se ainda a ausência de estudos com os diagnósticos de enfermagem de Baixa autoestima na referida população. Neste sentido, foram feitas aproximações entre os fatores de risco e de proteção encontrados na literatura com as definições apresentadas pela NANDA-I para fatores relacionados, populações em risco e condições associadas.

## CONCLUSÃO

A presente revisão teve como objetivo analisar as evidências produzidas sobre os fatores causais de Baixa autoestima em indivíduos adultos e idosos com acidente vascular encefálico por meio de metanálise. No total, 18 estudos foram incluídos na revisão e considerados de elevada qualidade metodológica.

Foram verificadas relações de causalidade entre Baixa autoestima e variáveis demográficas, variáveis de lesão, condições crônicas, comportamentos de sono, funcionamento cognitivo, independência funcional, comportamentos inconsistentes em relação aos valores, imagem corporal e bem-estar emocional.

No presente estudo, quatro fatores foram submetidos à técnica de metanálise: estado depressivo (OR = 4,21; IC = 2,72-6,53); déficit no autocuidado nas atividades básicas de vida diária (OR = 7,61; IC = 2,63-21,99); humor prejudicado (OR = 6,37; IC = 4,06-9,99) e mobilidade física prejudicada (OR = 4,33; IC = 1,07-17,52). De acordo com suas medidas resumo, quando presentes, estes fatores aumentam a chance de ocorrência de Baixa autoestima em adultos e idosos com AVE. Estes dados permitiram comprovar a tese de que há um conjunto de fatores causais de Baixa autoestima que apresentam medidas de magnitude de efeito superior a nulidade em indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico.

Mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado nas atividades básicas de vida diária atuam como fatores precipitantes; humor prejudicado foi compreendido nesse estudo como um fator incapacitante e o estado depressivo atua como fator predisponente de Baixa autoestima.

Mobilidade física prejudicada e déficit no autocuidado nas atividades básicas de vida diária são reconhecidos pela NANDA-I 2018-2020 como a condição associada prejuízo funcional. Entretanto, humor prejudicado e estado depressivo não fazem parte da estrutura atual da taxonomia. É importante que mais estudos sejam realizados com desenhos metodológicos robustos para avaliar a presença desses fatores em grupos populacionais semelhantes ao do presente estudo e em outras populações.

Embora não tenha sido propósito desta pesquisa, verificou-se que os estudos encontrados não abordavam a Baixa autoestima em uma perspectiva de temporalidade como faz a taxonomia da NANDA-I edição 2018-2020 ao apresentar os diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima situacional e Baixa autoestima crônica. Sugere-se que análise de conceito possa ser realizada com intuito de se verificar novas aplicações de conceito e o

quanto estes diagnósticos de enfermagem acompanham a dinâmica de desenvolvimento do conceito Baixa autoestima.

Apesar de não terem sido encontrados estudos de diagnósticos de enfermagem nesta revisão, seus resultados contribuem para o refinamento dos diagnósticos Baixa autoestima situacional e Baixa autoestima crônica. Foram encontrados resultados que confirmam fatores relacionados e condições associadas presentes na taxonomia. Humor prejudicado e estado depressivo devem ser verificados por outros estudos para posterior incorporação à taxonomia da NANDA-I.

Um entendimento de como a autoestima é afetada pós-AVE permitirá o desenvolvimento de intervenções de reabilitação individualizadas que levem em conta fatores biológicos, sociais e psicológicos para apoiar o bem-estar físico, social e psicológico das pessoas que experimentaram o AVE.

## REFERÊNCIAS

- ADAMS, M. J. Youth in crisis: an examination of adverse risk factors effecting children's cognitive and behavioral–emotional development, children ages 10–16. **Dissertation Abstracts International A: Humanities and Social Sciences**, 56 (8-A), 3313, 1996.
- ALBUQUERQUE, N. L. S. **Análise hierarquizada dos fatores associados à readmissão hospitalar por doenças cardiovasculares**. Dissertação (Mestrado). - Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2016, 84f.
- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMENDOEIRA, J. Ensino de enfermagem: perspectivas de desenvolvimento. **Pensar Enferm.** v. 13, n. 1, p. 2-13, 2009.
- ANDRADE, L. Z. C. **Análise dos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem de desobstrução ineficaz de vias aéreas em crianças com doença respiratória**. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018, 110 f.
- ANDRADE, L. Z. C. **Avaliação do espectro e da acurácia dos indicadores clínicos de desobstrução ineficaz de vias aéreas em crianças com infecção respiratória aguda**. 2013. 122 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.
- ARAÚJO, L. S.; ASSIS, S. C.; BELCHIOR, A. C. S. Avaliação da funcionalidade de pacientes com sequelas de acidente vascular cerebral por meio da escala MIF. **Fisioterapia Brasil**. v. 19, n. 5, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/2624/html>
- BAKAS, T.; BURGNER, S. C. Predictors of emotional distress, general health, and caregiving outcomes in family caregivers of stroke survivors. **Top Stroke Rehabil.** v. 9, n. 1, p:34-45, 2002.
- BAKHEIT, A. M.; BARRETT, L.; WOOD, J. The relationship between the severity of post-stroke afasia and state self-esteem. **Aphasiology**. 2004;18(8), 759–764. doi:10.1080/02687030444000372
- BANDURA, A. **Social Foundantions of Thought & Action** – a social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1986.
- BANDURA, A. **Social Learning Theory**. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1977.
- BARROS, R. M.; MOREIRA, A. S. Desemprego, autoestima e satisfação com a vida: estudo exploratório realizado em Portugal com beneficiários do Rendimento Social de Inserção.

**Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 15, n. 2, p. 146-156, 2015. ISSN 1984-6657

BEDNAR, R. L., PETERSON, S. R. Conceptual themes: Overview and analysis. In: BEDNAR, R. L, WELLS, M. G.; PETERSON, S. R. (Eds.) **Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice** (2nd ed.) (pp. 19-63). Washington, DC US: American Psychological Association, 1995. doi:10.1037/10174-013

BELTRÃO, B. A. **Medidas de acurácia das características definidoras do diagnóstico padrão respiratório ineficaz de crianças e adolescentes cardiopatas congênitos**. 2011. 139f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

BELTRÃO, B. A. **Validação conceitual do diagnóstico de enfermagem padrão respiratório ineficaz**. 2015. 101 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

BEZERRA, A. C., et al. Diagnósticos de enfermagem dos domínios autopercepção e enfrentamento/tolerância ao estresse relacionados à infertilidade feminina. **Rev. Eletr. Enf.** v. 18, n. (e11), 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/37659> Acessado em 17 de Junho de 2018

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J. Hum. Growth Dev.** v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016. ISSN 0104-1282. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>.

BLAKE, H.; LINCOLN, N. B. Factors associated with strain in co-resident spouses of patients following stroke. **Clin Rehabil.** v. 14, n. 3, p. 307-14, 2000.

BLOM, I. et al. Prognosis of haemorrhagic stroke in childhood: a long term follow-up study. **Developmental Medicine & Child Neurology.** v. 45, p: 233–239, 2003. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1469-8749.2003.tb00337.x>.

BOAS, D. F. V. **Escala de Felicidade Subjetiva: Validação em Adolescentes Portugueses**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada. Escola de Psicologia. Minho, 2016.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B.F.; KOLLER, S. H. Escala de Positividade (EP): Novas Evidências de Validade no Contexto Brasileiro. **Psico-USF.** v. 21, n. 1, p. 1-12, 2016

BRAMER, W. M.; MILIC, J.; MAST, F. Reviewing retrieved references for inclusion in systematic reviews using EndNote. **J Med Libr Assoc.** v. 105, n.1, p: 84-7, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234463/pdf/jmla-105-84.pdf>

BRITO-BRITO, P. R. et al. Case Study: Community Nursing Care Plan for a Man With Functional and Psychosocial Problems Following a Stroke. **International Journal of Nursing Knowledge.** v. 27, n. 3, p. 170–174, 2015. doi: 10.1111/2047-3095.12084.

BROOMFIELD, N. M. et al., Depression and anxiety symptoms post-stroke/TIA: Prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry. **BioMedCentral Neurology.** 2014;14(1), 198. doi:10.1186/s12883-014-0198-8

BURNS, R. **Self Concept**—Developing and Education. Dorset Press, Dorchester, 1982.

BURTON, S. Self-esteem groups for secondary pupils with dyslexia. **Educational Psychology in Practice**. v. 20, n. 1, p: 55-73, 2004. doi: <https://doi.org/10.1080/0266736042000180410>.

CARO, C. C.; COSTA, J. D.; CRUZ, D. M. C. O uso de dispositivos auxiliares para a mobilidade e a independência funcional em sujeitos com Acidente Vascular Cerebral. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** v. 26, n. 3, p. 558-568, 2018.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribution of standardized languages for knowledge production, clinical reasoning and clinical Nursing practice. **Rev Bras Enferm.** v. 66, n. esp, p. 134-41, 2013.

CARVALHO, I. G. et al. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 24. p. e2836, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836>

CAVALCANTE, J, C. B. et al. Baixa autoestima situacional em gestantes: uma análise de acurácia. **Rev Bras Enferm.** v. 65, n. 6, p. 977-83, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a14v65n6.pdf> Acessado em 17 de Junho de 2018.

CAVALCANTE, T. F. **Validação do diagnóstico de enfermagem risco de aspiração em pacientes com acidente vascular cerebral.** 2011. 190 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

CHANG, A. M.; MACKENZIE, A. E. State self-esteem following stroke. **Stroke.** v. 29, n. 11, p. 2325–2328, 1998. doi:10.1161/01.STR.29.11.2325.

CHANG, K. O. Effects of a self-help management program at public health centers on self-efficacy, self-esteem, knowledge of stroke, and family support in stroke patients. **Journal of Muscle and Joint Health.** v. 20, n. 1, p. 1-9, 2013.

CHANG, K. O.; PARK, J. Y. The effects of self-help management program on knowledge about stroke, self-efficacy and self-esteem in people with stroke. **J Korean Acad Community Health Nurs.** v. 24, n. 4, p. 388-397, 2013.

CHIBA, S. et al. Relationship between self-esteem and factors related to the social life in patients with cerebrovascular disorders living at home. **Yamagata Medical Journal.** v. 19, p: 35–45, 2001 (in Japanese).

CHRISTERSON, S.; STRÖMBERG, B. Stroke in Swedish children II: long-term outcome. **Acta Paediatr.** v. 99, n. 11, p: 1650-6, 2010. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01948.x.

CLARK, S. L.; STEPHENS, M. A. P. Stroke patients' well-being as a function of caregiving spouses' helpful and unhelpful actions. **Personal Relationships.** v. 3, n. 2, p. 171–184, 1996. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1996.tb00110.x>

COOLEY, C. H. **Human nature and social order.** New York: Scribner's, 1902.

COOPER-EVANS, S. et al. Self-esteem as a predictor of psychological distress after severe acquired brain injury: An exploratory study. **Neuropsychological Rehabilitation**. v. 18, n. 5–6, p. 607–626, 2008. doi:10.1080/09602010801948516

COOPERSMITH, S. **Self-esteem inventories**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press Inc, 1981.

COOPERSMITH, S. **The Antecedents of Self Esteem**. Freeman, San Francisco, CA, 1967.

COSTA, A. G. S. et al. Diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Rev Esc Enferm USP**. v. 44, n. 3, p. 753-8, 2010.

CRAIG, J.; SMYTH, R. **Prática baseada na evidência: Manual para Enfermeiros**. Loures: Lusociência, 2004.

CURVIS, W.; SIMPSON, J.; HAMPSON, N. Factors associated with self-esteem following acquired brain injury in adults: a systematic review. **Neuropsychological Rehabilitation**. v. 28, n. 1, p. 142-183, 2016. DOI: 10.1080/09602011.2016.1144515

DORÉ, C. [Self esteem : concept analysis]. **Rech Soins Infirm**. v. 129, p. 18-26, 2017. DOI: 10.3917/rsi.129.0018.

DUTTON, K. A.; BROWN, J. D. Global self-esteem and specific self-views as determinants of people's reactions to success and failure. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 73, n. 1, p. 139-148, 1997.

EXEL, N. J. et al., Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, SCQ and self-rated burden. *Clin Rehabil*. v. 18, n. 2, p: 203-14, 2004.

FERREIRA, E. C. et al. Autoestima e qualidade de vida relacionada à saúde de estomizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 288-295, 2017.

FERREIRA, G. L. **Validação do conteúdo do diagnóstico de enfermagem intolerância à atividade em pacientes com insuficiência cardíaca**. 2017. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

FERREIRA, R. E. Mídias digitais e o processo de recrutamento e seleção de pessoas: um estudo multicascos. **Unicruz**. p. 1-4, 2012. Disponível em: <https://home.unicruz.edu.br/seminario/anais/anais-2012/ccsa/midias%20digitais%20e%20o%20processo%20de%20recrutamento%20e%20selecao%20de%20pessoas%20um%20estudo%20multicascos.pdf>

FILOZOF, E. et al. Relationship of adolescent self esteem to selected academic variables. **Journal of School Health**. v. 68, p. 68–72, 1998.

- FREIRE, T.; TAVARES, D. Influence of self-esteem and emotion regulation in subjective and psychological well-being of adolescents: contributions to clinical psychology. **Rev Psiq Clín.** v. 38, n. 5, p. 184-8, 2011.
- FUJIWARA, M.; ERIKO, N.; KAZUO, A. Relationships of self-esteem among duration of disease, impairments and activity limitation in cerebrovascular accident and parkinson's disease. **Bulletin of Osaka Prefectural College of Health Sciences.** v. 4, 1998.
- FUNG, L. C. L.; LUI, M. H. L.; CHAU, J. P. C. Relationship between self-esteem and the occurrence of depression following a stroke. **Journal of Clinical Nursing**, v. 15, n. 4, p: 505–506, 2006. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01328.x
- FURNHAM, A.; CHENG, H. Lay theories of happiness. **Journal of Happiness Studies.** v. 1, p. 227–246, 2000.
- FURUYA, R. K. et al. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 1, p. 167-75, 2011.
- GASPAR, T.; BALANCHO, L. Fatores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar subjetivo: diferenças ligadas estatuto socioeconômico. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 22, n. 4, p. 1373-1380, 2017.
- GIOS, T. S. et al. A associação entre o uso de Ayahuasca e sintomatologia psicótica: revisão sistemática da literatura. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med.** v. 62, n. 2, p. 92-7, 2017.
- GOMES, M. C. S. et al. Verificação de um modelo teórico entre bem-estar subjetivo e autoestima em idosos brasileiros. **R. Bras. Ci. e Mov.** v. 24, n. 2, p. 35-44, 2016.
- GOMES, N. S.; SILVA, S. R. Evaluation of the self-esteem of women who had undergone breast cancer surgery. **Texto Contexto Enferm.** v. 22, n. 2, p. 509-16, 2013.
- GOMES, N. S.; SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. Self-esteem and quality of life in women undergoing breast cancer surgery. **Rev Min Enferm.** v. 19, n. 2, p. 127-132, 2015.
- GOÑI, E.; FERNÁNDEZ, A. **El autoconcepto.** In: GRANDMONTAGNE, A. G. (Coord.). *El autoconcepto físico.* Madrid: Ediciones Pirámide, 2009.
- GRACEY, F.; EVANS, J. J.; MALLEY, D. Capturing process and outcome in complex rehabilitation interventions: A “Y-shaped” model. **Neuropsychological Rehabilitation.** v. 19, n. 6, p. 867–890, 2009. Doi:10.1080/09602010903027763
- GRANT, J. S. et al. Sociodemographic, physical, and psychosocial characteristics of depressed and non-depressed family caregivers of stroke survivors. **Brain Inj.** v. 14, n. 12, p. 1089-100, 2000.
- GUEDES, N. G. **Revisão do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialidades.** 2011. 253 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

HARTER, S. **The Construction of the Self**. A Developmental Perspective. Guilford Press, New York, 1999.

HAY, I.; ASHMAN, A. F.; VAN KRAAYENOORD, C. E. Educational characteristics of students with high or low self concept. **Psychology in the Schools**, v. 35, p. 391–400, 1998.

HAZIN, I.; FRADE, C.; FALCÃO, J. T. R. Self-esteem and school achievement in mathematics: theoretical contributions to the framing of the relationship between cognition and affection. **Educar**. n. 36, p. 39-54, 2010.

HERDMAN, H. T. The nursing process: a time to remember its purpose. **Rev Rene**. v. 14, n. 3, p. 458-9, 2013. Available from:  
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1396>

HERDMAN, T.H (ed.). NANDA International- **Nursing Diagnosis: Definitions & Classifications**, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

HERDMAN, T.H (ed.). NANDA International- **Nursing Diagnosis: Definitions & Classifications**, 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell, 2015.

HERDMAN, T.H; KAMITSURU, S. (ed.). NANDA International- **Nursing Diagnosis: Definitions & Classifications**, 2018-2020. Oxford: Wiley-Blackwell, 2018.

HIGGINS, J. P.T.; THOMPSON, S. G. **Quantifying heterogeneity in a meta-analysis**. *Stat Med*. v. 21, n. 11, p. 1539-1558, 2002.

HO, S. H; LIN, C. J.; KUO, F. L. The effects of gardening on quality of life in people with stroke. **Work**. v. 54, p. 557–567, 2016. DOI:10.3233/WOR-162338.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.

HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg. **Aval. psicol**. v. 10, n. 1, abr. 2011.

ILBANEZ, L. E.; CACERES, E. L. G.; SILVA, R. A. **Danças para escolares com estilo de vida sedentário**. In: HERDMAN, T. H.; NAPOLEÃO, A. A.; LOPES, C. T.; SILVA, V. M. (Org.). Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem. 1ed.Porto Alegre: Artmed, 2017, v. 5, p. 9-30.

JAMES, W. **The Principles of Psychology**. New York: Holt; v. 1, 1890.

JANG, Y.; YOO, H. Self-management programs based on the social cognitive theory for Koreans with chronic disease: A systematic review. **Contemporary Nurse**. v. 40, n. 2, p. 147-159, 2012. DOI: 10.5172/conu.2012.40.2.147

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JUDGE, T. A.; BONO, J. E.; LOCKE, E. A. (2000) Personality and job satisfaction: the mediating role of job characteristics. **Journal of Applied Psychology**. v. 85, p. 237–249, 2000.

- KATZ, D. I.; ALEXANDER, M. P. Traumatic brain injury: Predicting course of recovery and outcome for patients admitted to rehabilitation. **Archives of Neurology**. v. 51, n. 7, p. 661–670, 1994. doi:10.1001/archneur.1994.00540190041013
- KENDALL, E.; TERRY, D. Psychosocial adjustment following closed head injury: A model for understanding individual differences and predicting outcome. **Neuropsychological Rehabilitation**. v. 6, n. 2, p. 101–132, 1996. doi:10.1080/713755502
- KEPPEL, C. C.; CROWE, S. F. Changes to body image and self-esteem following stroke in Young adults. **Neuropsychological Rehabilitation**. v. 10, n. 1, p. 15–31, 2000. doi:10.1080/096020100389273
- KHAN-BOURNE, N.; BROWN, R. G. Cognitive behaviour therapy for the treatment of depression in individuals with brain injury. **Neuropsychological Rehabilitation**. v. 13, n. 1–2, p. 89–107, 2003. doi:10.1080/09602010244000318.
- KHATIBAN, M. et al. The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregivers of patients with stroke: a randomized controlled trial. **Journal of Mazandaran University of Medical Sciences**. v. 23, n. 110, p. 244-250, 2014.
- KIM, Y. G. The Effect of The Virtual Reality Rehabilitation System on Activities of daily living, cognitive function, self-esteem in Stroke. **Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society**. v. 16, n. 8, p: 5476-5484, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2015.16.8.5476>.
- KIM, Y. G. The effect of the virtual reality rehabilitation system on activities of daily living, cognitive function, self-esteem in stroke. **Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society**. v. 16, n. 8, p. 5476-5484, 2015.
- KLONOFF, P. **Psychotherapy after brain injury: Principles and techniques**. New York, NY: Guilford Press, 2010.
- KORMAN, A. K. Self-esteem as a moderator of the relationship between selfperceived abilities and vocational choice. **Journal of Applied Psychology**. v. 51, n. 1, p. 65-67, 1967. DOI: 10.1037/n0024237
- KRUIHOF, W. J. et al., Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: Determinants and prediction. **Patient Educ Couns**. v. 99, n. 10, p: 1632-40, 2016. doi: 10.1016/j.pec.2016.04.007.
- KRUIHOF, W. J.; VISSER-MEILY, J. M.; POST, M. W. Positive caregiving experiences are associated with life satisfaction in spouses of stroke survivors. **J Stroke Cerebrovasc Dis**. v. 21, n. 8, p: 801-7, 2012. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.04.011.
- KUNZ, R. I. et al. Autoestima e satisfação com a vida na perspectiva de idosas inseridas em um programa de exercícios físicos. **Uningá Review**, v. 17, n. 3, p.11-17, 2014.
- LAI, J. C. et al. Telerehabilitation - a new model for community-based stroke rehabilitation. **J Telemed Telecare**. v. 10, n. 4, p. 199-205, 2004.

LEARY, M. R. et al. Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 68, p. 518-530, 1995.

LEITE, E. S. et al. **Diagnósticos de Enfermagem em Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência (ILP)**. In: II CiEh, 2011, Campina Grande. Realize Editora. Campina Grande: Realize, 2011.

LEITE, M. S., AGUIAR, L. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à colostomia. **Enferm. Foco**. v. 8, n. 2, p. 72-76, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1227> Acessado em 08 de Junho de 2018.

LEMOS, L. **A Validação do diagnóstico de enfermagem Resposta disfuncional ao desmame ventilatório**. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019, 169f.

LI, H. Y. et al. Validity and reliability of the Chinese version of the Daily Living Self-Efficacy Scale among stroke patients. **International Journal of Rehabilitation Research**. v. 39, n. 3, p. 219-25, 2016. doi: 10.1097/MRR.000000000000170.

LIMA, A. C. M. A. C. C. et al. Nursing diagnoses in patients with cerebral vascular accident: an integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. v. 69, n. 4, p. 738-45, 2016;. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690423i>

LIMA, S.; CARVALHO, M. L.; VASCONCELOS, A. G. G. Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p.1910-1916, 2008.

LIU, H.; LOU, V. W. Q. Functional recovery of older stroke patients discharged from hospital to home: The effects of cognitive status and different levels of therapy intensity. **Journal of Clinical Nursing**. v. 28, n. 1-2, p. 47-55, 2019. doi:10.1111/jocn.14617

LO, S. H. S.; CHANG, A. M. CHAU, J. P. C. Stroke Self-Management Support Improves Survivors' Self-Efficacy and Outcome Expectation of Self-Management Behaviors. **Stroke**. v. 49, n. 3, p. 758-760, 2018. doi: 10.1161/STROKEAHA.117.019437.

LO, S. H. S.; CHANG, A. M. CHAU, J. P. C. Translation and validation of a chinese version of the stroke self-efficacy questionnaire in community-dwelling stroke survivors. **Topics in Stroke Rehabilitation**. v. 23, n. 3, p. 163-9, 2016. DOI: 10.1080/10749357.2015.1122265

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: HERDMAN, T. H.; NAPOLEÃO, A. N.; LOPES C. T.; SILVA, V. M. (Org.). **PRONANDA: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2016, v. 4, p. 31-74.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAUJO, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **Int. J. Nurs. Knowledge**. v. 23, n. 3, p.134-139, 2012.

LUIZ, R. R., STRUCHINER, C. J. **Inferência causal em epidemiologia: o modelo de respostas potenciais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

LUO, X. et al. Factors Influencing Self-Management in Chinese Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Int. J. Environ. Res. Public Health**. v. 12, p. 11304-11327, 2015. doi:10.3390/ijerph120911304

MACKENZIE, A.; GREENWOOD, N. Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review. **Disabil Rehabil**. v. 34, n. 17, p. 1413-22, 2012. doi: 10.3109/09638288.2011.650307.

MAÇOLA, L.; VALE, I. N.; CARMONA, E. V. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev Esc Enferm Usp**. v. 44, n. 3, p.570-7, 2010.

MAMEDE, S. P. N. et al. Determinantes psicológicos do desempenho acadêmico em ciências contábeis: evidências do brasil. **BBR Special**. p. 54 – 75, 2015. ISSN 1807-734X. DOI: <http://dx.doi.org/10.15728/bbrconf.2015.3>

MARKUS, H. Self schemata and processing information about the self. **Journal of Personality and Social Psychology**. v. 35, p. 63–78, 1977.

MARSH, H. W.; YEUNG, A. S. Causal effects of academic self-concept on academic achievement: structural equation models of longitudinal data. **Journal of Educational Psychology**, v. 89, p. 41–54, 1997.

MARTINEZ, E. Z. Metanálise de ensaios clínicos controlados aleatorizados: aspectos quantitativos. **Medicina**. v. 40, n. 2, p. 223-35, 2007.

MARTINS, N. I. M et al. Cognitive assessment instruments used in elderly Brazilians in the last five years. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 7, p. 2513-2530, 2019.

MCARTHUR, A. et al., Innovations in the systematic review of text and opinion. **International Journal Of Evidence-Based Healthcare**. v. 13, n. 3, p.188-195, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/xeb.0000000000000060>

MCGUIRE, B. E.; GREENWOOD, R. J. Effects of an intervention aimed at memory on perceived burden and self-esteem after traumatic head injury. **Clinical Rehabilitation**. v. 4, n. 4, p. 319–323, 1990. doi:10.1177/026921559000400412

MELO, G. A. A. et al. Factors related to impaired comfort in chronic kidney disease patients on hemodialysis. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 72, n. 4, p. 889-95, 2019.

MENDES, D. C. A influência da autoestima no desempenho escolar. **Educação em Debate**. v. 39, n. 73, 2017

MEURER, S. T. et al. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**. v. 34, n. 3, p. 683-695, 2012. ISSN 0101-3289. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32892012000300011>.

- MITCHELL, A. J. et al. Prevalence and predictors of post-stroke mood disorders: A meta-analysis and meta-regression of depression, anxiety and adjustment disorder. **General Hospital Psychiatry**. v. 47, p. 48–60, 2017.
- MIZUHO, F.; ERIKO, N.; KAZUO, A. Relationships of Self-Esteem among Duration of Disease, Impairments and Activity Limitation in Cerebrovascular Accident and Parkinson's Disease. **Faculdade de Medicina da Prefeitura de Osaka Boletim** 4, 37-44. Disponível em: <https://ci.nii.ac.jp/naid/110004707756/>
- MONTEIRO, C. A.; SZARFARC, S. C.; MONDINI, L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**. v.34, p. 62-72, 2000.
- MOOLA, S et al., Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+7%3A+Systematic+reviews+of+etiology+and+risk>
- MOORE, A. D.; STAMBROOK, M. Cognitive moderators of outcome following traumatic brain injury: A conceptual model and implications for rehabilitation. **Brain Injury**, v. 9, n. 2, p. 109–130, 1995. doi:10.3109/02699059509008185
- MORRIS, R.; MORRIS, P. Participants' experiences of hospital-based peer support groups for stroke patients and carers. **Disabil Rehabil**. v. 34, n. 4, p. 347-54, 2012. doi: 10.3109/09638288.2011.607215.
- MOSQUERA, J. J. M. et al. Universidade: auto-imagem, auto-estima e auto-realização. **UNIrevista**. v. 1, n. 2, p. 1-13, abr. 2006.
- MOSQUERA, J. J. M. **Vida adulta: personalidade e desenvolvimento**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 1987.
- NAPOLEÃO, A. A.; CALDATO, V. G.; PETRILLI FILHO, J. F. Diagnósticos de enfermagem para o planejamento da alta de homens prostatectomizados: um estudo preliminar. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. V. 11, n. 2, p. 286-94, 2009;. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>.
- NASCIMENTO, M. **Atribuição de causalidade ao desempenho acadêmico e autoestima de estudantes de Ciências Contábeis**. Tese no Programa de Pós Graduação em Controladoria e Contabilidade do Departamento de Contabilidade e Atuária da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016, 156p.
- NEUNER, B. et al. Health-related quality of life in children and adolescents with stroke, selfreports, and parent/proxies reports: cross-sectional investigation. **Ann Neurol**. v. 70, n. 1, p. 70-8, 2011. doi: 10.1002/ana.22381.
- NIR, Z.; ZOLOTOGORSKY, Z.; SUGARMAN, H. Structured nursing intervention versus routine rehabilitation after stroke. **Am J Phys Med Rehabil**. v. 83, n. 7, p. 522-9, 2004.

NUNES, D. L. S.; FONTES, W. S.; LIMA, M. A. Cuidado de Enfermagem ao Paciente Vítima de Acidente Vascular Encefálico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 21, n. 1, p. 87-96, 2017. DOI: 10.4034/RBCS.2017.21.01.11.

NUNES, F.A. et al. Self steem, depression and spirituality in patients beares of chronic kidney disease undergoing hemodialysis. **Revista do Médico Residente**. v.16, n.1, p. 1-11, 2014.

ODENBREIT, M. et al. Classificações de enfermagem: critérios e avaliação. In: HERDMAN, T.H (ed.). **NANDA International- Nursing Diagnosis: Definitions & Classifications**, 2012-2014. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

O'KEEFFE, F. et al. Quality-of-life and psychosocial outcome following childhood arterial ischaemic stroke. **Brain Inj.** v. 26, n. 9, p. 1072-83, 2012. doi: 10.3109/02699052.2012.661117

OLIVEIRA-KUMAKURA, A. R. S. et al. Clinical Validation of Nursing Diagnoses Related to Self-Care Deficits in Patients with Stroke. **Clinical Nursing Research**. 105477381988335, 2019. doi:10.1177/1054773819883352

ORTH, U.; ROBINS, R. W. Understanding the link between low self-esteem and depression. **Current Directions in Psychological Science**, v. 22, n. 6, p. 455–460, 2013. doi:10.1177/0963721413492763

PASCOAL, L. M. **Diagnósticos de enfermagem respiratórios em crianças com infecção respiratória aguda: um estudo longitudinal**. 2011. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

PEREIRA, M. G.; GALVÃO, T. F. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. **Epidemiol Serv Saúde**. v. 23, p: 369-71, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000200019>

PERES, G. A. **Qualidade de vida e autoestima de pessoas com feridas crônicas**. 2018. 68f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018.

POLETTTO, D.; SILVA, D.M.G.V. Viver com estoma intestinal: a construção da autonomia para o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 2, p. 1-8, 2013

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

POMPEO, D. A. et al. Self-esteem of patients with coronary artery disease. *Rev Rene*. v. 18, n. 6, p. 712-9, 2017.

POST, M. W. et al. Reproducibility of the Caregiver Strain Index and the Caregiver Reaction Assessment in partners of stroke patients living in the Dutch community. *Clin Rehabil*. v. 21, n. 11, p: 1050-5, 2007.

- POST, M. W. et al. Reproducibility of the caregiver strain index and the caregiver reaction assessment in partners of stroke patients living in the dutch community. **Clin Rehabil.** v. 21, n. 11, p. 1050-5, 2007.
- PURDIE, H.; BALDWIN, S. Music Therapy: Challenging Low Self-Esteem in People with a Stroke. **Journal of British Music Therapy.** v. 8, n. 2, p. 19–24, 1994. doi:10.1177/135945759400800204.
- RABIN, B. A. et al. Integrative rehabilitation of elderly stroke survivors: the design and evaluation of the BrightArm. **Disabil Rehabil Assist Technol.** v. 7, n. 4, p. 323-35; 2012.
- RAFSTEN, L.; DANIELSSON, A.; SUNNERHAGEN, K. S. Anxiety after stroke: A systematic review and meta- analysis. **J Rehabil Med.** v. 50, n. 9, p: 769-778, 2018. doi: 10.2340/16501977-2384.
- RAMALHO, A. **Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise.** Coimbra: FORMASAU, 2005.
- RAMOS, M. M. **Autoestima, autocompaixão e bem-estar psicológico na adolescência.** Tese de mestrado, Psicologia (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa), Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, 2017, 110p.
- READ, J. R. et al. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord.** v. 15, n. 221, p. 36-46, 2017. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.009. Epub 2017 Jun 14.
- RODRIGUES, P. F. C. Ansiedade, autoestima e qualidade de vida: **estudo comparativo em idosos praticantes e não praticantes de atividade física.** Dissertação. Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Lisboa, 2015, 70p.
- ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image.** Princeton: Princeton University Press; 1965. p. 326.
- ROTHMAN, K. J. Causes. **American Journal of Epidemiology.** v. 104, p. 587-592, 1976.
- ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde.** 7.ed. Rio de Janeiro: 59 Medbook, 2013.
- ROY, T.; LLOYD, C. E. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. **Journal of Affective Disorders.** V. 142, n. Suppl:S8-21, 2012.
- RUMEL, D. "Odds ratio": algumas considerações. **Rev. Saúde Pública.** v. 20, n.3, p.253-258, 1986. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101986000300011>.
- SALOMÉ, G. M.; ALMEIDA, S. A. Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. **J Coloproctol.** v. 34, n. 3, p.159-166, 2014.

SANTOS, A. B. et al. Autoestima e qualidade de vida de uma série de gestantes atendidas em rede pública de saúde. **Cogitare Enfermagem**. v. 20, n. 2, p. 392-400, 2015.

SANTOS, E.; CUNHA, M. Interpretação Crítica dos Resultados Estatísticos de uma Meta-Análise: Estratégias Metodológicas. **Millenium**. v. 44; p. 85-98, 2013.

SANTOS, S. V. M. et al. Work accidents and self-esteem of nursing professional in hospital settings. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 25, p. e2872, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1632.2872>.

SARTORIUS, N. **Health Promotion strategies: Keynote Address**. **Canadian Journal of Public Health**. v. 79, n. Suppl. 2), s3–s5, 1988.

SCHÖTTKE, H.; GIABBICONI, C. M. Post-stroke depression and post-stroke anxiety: prevalence and predictors. **Int Psychogeriatr**. v. 27, n. 11, p: 1805-12, 2015. doi: 10.1017/S1041610215000988. Epub 2015 Jul 16.

SELIGMAN, M.E.P. **Helplessness**. Freeman, San Francisco, CA, 1975.

SHIDA, J. et al. Relationship between self-esteem and living conditions among stroke survivors at home. **Japan Journal of Nursing Science**. v. 11, n. 4, p. 229–240, 2014. doi:10.1111/jjns.12024

SILVA, G. J. V. **Alterações degenerativas da articulação temporomandibular: revisão sistemática**. Trabalho apresentado como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2013, 13p.

SILVA, J. L. et al. Anti-bullying interventions in schools: a systematic literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 22, n. 7, p. 2329-40, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.16242015>.

SILVA, K. R. P. et al. Factors associated with subjective well-being in women participating in a social program in Minas Gerais, Brazil, 2017. **J. Health Biol Sci**. v. 6, n. 4, p. 419-423, 2018.

SILVA, R. A. **Acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem deglutição prejudicada em crianças com disfunções neurológicas**. 2017. 133f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2017.

SILVA, R. A. et al. Accuracy of nursing diagnosis "readiness for enhanced hope" in patients with chronic kidney disease. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 38, n. 2, p. e65768, 2017.

SILVA, R. A. et al. Analysis of the concept of powerlessness in individuals with stroke. **Invest Educ Enferm**. v. 35, n. 3, p. 306-319, 2017. DOI: 10.17533/udea.iee.v35n3a07.

SILVA, R. A.; FARIAS, M. C. A. D. **Identificação de diagnósticos de enfermagem em mulheres climatéricas**. In: I Congresso Nacional de Ciências da Saúde, 2014, Cajazeiras.

Anais do I CONACIS: Avanços, interfaces e práticas integrativas. Campina Grande: Editora Realize, 2014. v. 1. p. 101-105.

SILVA, V. M. **Padrão respiratório ineficaz em crianças portadoras de cardiopatias congênitas: validação de um instrumento de avaliação dos resultados de enfermagem** [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2007.

SILVEIRA, C. et al. Drug users' quality of life, self-esteem and self-image. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2001-2006, 2013.

SMITH, G. C. et al. Reducing depression in stroke survivors and their informal caregivers: a randomized clinical trial of a web-based intervention. **Rehabil Psychol.** v. 57, n. 3, p. 196-206, 2012. doi: 10.1037/a0029587.

SOUZA, N. M. G. **Padrão respiratório ineficaz em crianças com cardiopatias congênitas: construção e validação por juízes de uma teoria de médio alcance.** 2017. 165 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

STOBÄUS, C. D. **Desempenho e auto-estima em jogadores profissionais e amadores de futebol: análise de uma realidade e implicações educacionais.** 1983. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1983.

STROBE: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology. **Checklist for cohort, case-control and cross-sectional studies.** 2011. Retrieved from <http://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>

SZCZEPANIK, A. P. **O impacto do transplante de células-tronco hematopoiéticas na qualidade de vida dos pacientes.** Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2018, 88p.

TATE, R. L.; BROE, G. A. Psychosocial adjustment after traumatic brain injury: What are the important variables? **Psychological Medicine.** v. 29, n. 3, p. 1-13, 1999. Doi:10.1017/S0033291799008466

TAVARES, D. M. S. et al. Quality of life and self-esteem among the elderly in the community. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 21, n. 11, p. 3557-3564, 2016

TEIXEIRA, C. et al. Physical activity, self-esteem and depression in older adults. **Cuadernos de Psicología del Deporte.** v. 16, n. 3, p. 55-65, 2016.

TEJADA, V. F. S. et al. Pre- and postoperative evaluation of the effect of reconstructive surgery on patient quality of life and self-esteem: a prospective study of 52 patients. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v. 33, n. 2, p. 242-250, 2018.

TEOH, V.; SIMS, J.; MILGROM, J. Psychosocial predictors of quality of life in a sample of communitydwelling stroke survivors: A longitudinal study. **Topics in Stroke Rehabilitation.** v. 16, n. 2, p. 157-166, 2009. Doi:10.1310/tsr1602-157

THOMAS, S. A.; LINCOLN, N. B. Predictors of emotional distress after stroke. **Stroke**, v. 39, n. 4, p. 1240–1245, 2008. Doi:10.1161/STROKEAHA.107.498279

TUFANARU, C et al. Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual**. The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em:  
<https://reviewersmanual.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+3%3A+Systematic+reviews+of+effectiveness>

VAN EXEL, N. J. et al. Instruments for assessing the burden of informal caregiving for stroke patients in clinical practice: a comparison of CSI, CRA, SCQ and self-rated burden. **Clin Rehabil.** v. 18, n. 2, p. 203-14, 2004.

VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm.** v. 39, n. 1, 2005.

VICKERY, C. D. Assessment and correlates of self-esteem following stroke using a pictorial measure. **Clinical Rehabilitation.** v. 20, n. 12, p. 1075–1084, 2006.  
doi:10.1177/0269215506071269

VICKERY, C. D. et al. Multilevel modeling of self-esteem change during acute inpatient stroke rehabilitation. **Rehabilitation Psychology.** v. 54, n. 4, p. 372–380, 2009a).  
doi:10.1037/a0017854

VICKERY, C. D. et al. Self-esteem level and stability, admission functional status, and depressive symptoms in acute inpatient stroke rehabilitation. **Rehabilitation Psychology.** v. 54, n. 4, p. 432–439, 2009c. doi:10.1037/a0017752

VICKERY, C. D. et al. Self-esteem stability and depressive symptoms in acute stroke rehabilitation: Methodological and conceptual expansion. **Rehabilitation Psychology.** v. 54, n. 3, p. 332–42, 2009b. doi:10.1037/a0016434

VICKERY, C. D. et al. The association of level and stability of self-esteem and depressive symptoms in the acute inpatient stroke rehabilitation setting. **Rehabilitation Psychology.** v. 53, n. 2, p. 171–79, 2008b. doi:10.1037/0090-5550.53.2.171

VICKERY, C. D. et al. The relationship between self-esteem and functional outcome in the acute stroke-rehabilitation setting. **Rehabilitation Psychology.** v. 53, n. 1, p. 101–9, 2008c. doi:10.1037/0090-5550.53.1.101

VICKERY, C. D.; SEPEHRI, A.; EVANS, C. C. Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: A control group comparison. **Clinical Rehabilitation.** v. 22, n. 2, p. 179–87, 2008a. Doi:10.1177/0269215507080142.

VICTORA, C. G. et al. A. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int. J. Epidemiol.** v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997.

WANG, J. et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**. v. 7, n.e017173, 2017. Doi:10.1136/bmjopen-2017-017173

WEI, N. et al. Post-stroke depression and lesion location: a systematic review. **J Neurol**. v. 262, n. 1, p. 81-90, 2015. Doi: 10.1007/s00415-014-7534-1.

WHO. Discussion document on the concept and principles of health promotion. **Health Promotion**, v. 1, p. 73–76, 1986.

WOO, G. M.; LEE, M. H. An Effect of Beach Ball Play for Depression, Powerlessness, Self-Esteem, Activity of Daily living in Stroke patients. **Korean J Rehabil Nurs**. v. 1, n. 1, p: 15-25, 1998. Disponível em: <https://koreamed.org/article/0116KJRN/1998.1.1.15>

YAMAKAWA, E. K. et al. Comparativo dos softwares de gerenciamento de referências bibliográficas: Mendeley, EndNote e Zotero. **Transinformação**. v. 26, p:167-76, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tinf/v26n2/0103-3786-tinf-26-02-00167.pdf>

YOKOYAMA, J.; MIYAKOSHI, Y. Factors associated with changes in self-esteem after stroke. **Journal of Japan Society of Nursing Research**. v. 31, n. 1, p: 155-165, 2008. doi: <https://doi.org/10.15065/jjsnr.20071220003>

YUKI, T. The building of future self-body image by stroke survivors. **The Japanese Journal of Health Psychology**. v. 21, n. 2, p: 33–48, 2008. doi:10.11560/jahp.21.2\_33

ZEIGLER-HILL, V. The connections between self-esteem and psychopathology. **Journal of Contemporary Psychotherapy**. v. 41, n. 3, p. 157–164, 2011. doi:10.1007/s10879-010-9167-8

ZHAO, F. F. et al. Theory-based self-management educational interventions on patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **J Adv Nurs**. v. 73, n. 4, p. 812-833, 2017. doi: 10.1111/jan.13163.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A REVISÃO SISTEMÁTICA

#### 1) Identificação do estudo

Título do artigo:

Autores:

Periódico, volume, número, páginas e ano:

País/Idioma do estudo:

#### 2) Características Metodológicas

a) Objetivo do estudo:

b) Tipo de estudo: ( ) coorte ( ) caso-controle ( ) transversal

c) População-alvo

Amostra ( ) aleatória ( ) conveniência ( ) randomizada controlada

Características: Faixa etária \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Critérios de inclusão: ( ) Sim ( ) Não

Quais: \_\_\_\_\_

Critérios de exclusão: ( ) Sim ( ) Não

Quais: \_\_\_\_\_

d) Coleta de dados:

Instrumento: ( ) Sim ( ) Não Tipo: \_\_\_\_\_

Foco de análise ou variáveis do estudo

#### 3) Resultados

a) Descrição:

Confirmação do diagnóstico de acidente vascular encefálico:

Idade: \_\_\_\_\_ anos Escolaridade: \_\_\_\_\_ anos

Porcentagem do Estado Marital: \_\_\_\_\_

Lateralidade da lesão: ( ) hemisfério direito ( ) hemisfério esquerdo

#### 4) Conclusão do estudo:

a) Descrição

#### 5) Fatores relacionados para Baixa autoestima situacional/crônica:

\_\_\_\_\_

#### 7) População em risco para Baixa autoestima situacional/crônica:

\_\_\_\_\_

#### 8) Condição associada a Baixa autoestima situacional/crônica:

\_\_\_\_\_

# **ANEXOS**

## ANEXO A

**JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies**

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info 

Comments (including reason for exclusion)

---



---



---

## ANEXO B

## JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort Studies

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info 

Comments (including reason for exclusion)

---



---



---

**ANEXO C**

**JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/ Case Control**

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear
1. Is sample representative of patients in the population as a whole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has bias been minimised in relation to selection of cases and of controls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ANEXO D

### JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:    Include     Exclude     Seek further info

Comments (including reason for exclusion)

---



---



---

## ANEXO 5

Register your review now

Edit your details

You have 1 records

## Records that are being assessed

*These records have been submitted for publication and are being assessed by the editorial team. You cannot make changes to these records while they are going through the editorial process.*

ID	Title	Status	Last edited
164669	Factors related to situational / chronic low self-esteem in stroke	Not yet registered	07/01/2020 

Register your review now

Edit your details

You have 1 records

## My other records

*These are records that have either been published or rejected and are not currently being worked on.*

ID	Title	Status	Last edited
CRD42020164669	Factors related to situational / chronic low self-esteem in stroke To enable PROSPERO to focus on COVID-19 registrations during the 2020 pandemic, this registration record was automatically published exactly as submitted. The PROSPERO team has not checked eligibility.	Registered	28/04/2020 