

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

RAFAELLA PESSOA MOREIRA

**PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:
VALIDAÇÃO DE DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS
CONSTRUÍDAS PARA O RESULTADO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE**

FORTALEZA
2011

RAFAELLA PESSOA MOREIRA

**PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:
VALIDAÇÃO DE DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS
CONSTRUÍDAS PARA O RESULTADO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE**

Tese submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau 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. Thelma Leite de Araujo.

FORTALEZA
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

M889p Moreira, Rafaella Pessoa

Pacientes com acidente vascular cerebral: validação de definições constitutivas e operacionais
construídas para o resultado de enfermagem mobilidade/ Rafaella Pessoa Moreira. – 2011.
207f.: il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Fortaleza, 2011.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientação: Profa. Dra. Thelma Leite de Araujo.

1. Enfermagem. 2. Limitação da mobilidade. 3. Acidente cerebral vascular. I. Título

CDD: 616.81

RAFAELLA PESSOA MOREIRA

**PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:
VALIDAÇÃO DE DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS
CONSTRUÍDAS PARA O RESULTADO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE**

Tese submetida à Coordenação do 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.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

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

Profª. Dra. Emília Soares Chaves
Universidade Federal do Ceará – UNILAB (1º Membro)

Profª. Dra. Lúcia de Fátima da Silva
Universidade Estadual do Ceará – UECE (2º Membro)

Profª. Dra. Francisca Elisângela Teixeira Lima
Universidade Federal do Ceará – UFC (3º Membro)

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará – UFC (4º Membro)

O financiamento para a execução da pesquisa adveio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, sob forma de bolsa concedida pelo edital: 7d 2008.

Aos meus pais, Antônio, Dalva e à minha irmã, Roberta, que sempre me incentivaram na realização dos meus sonhos.

Ao meu marido, Júnior, que entendeu os momentos de ausência.

À minha filha Larissa, tão paciente durante os nove meses em que estava se desenvolvendo e permitiu que a mamãe alcançasse todos os seus objetivos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder inúmeras graças e por todas acontecerem no momento certo da minha vida.

Aos meus pais, por todos os seus esforços para que eu e minha irmã fôssemos vitoriosas.

À minha irmã, pelo exemplo de dedicação aos estudos.

Ao meu marido, pela compreensão quando precisei estar ausente para alcance das minhas conquistas profissionais.

À minha filha, linda, Larissa Moreira Brito. Você foi um presente de Deus. Obrigada por ter sido tão boazinha com a mamãe durante os nove meses em que se desenvolveu no meu ventre. Muitas vezes sacrifiquei momentos em que poderia está curtindo a gestação para concluir os meus planos profissionais. Mas fiz tudo pensando em você.

À professora Thelma Leite de Araujo, orientadora, mãe, amiga. Exemplo profissional. Obrigada por me acompanhar durante estes dez anos. Sempre a terei como modelo.

Ao professor Marcos Venicios de Oliveira Lopes. Obrigada pelos dez anos de paciência analisando as estatísticas das nossas pesquisas.

Aos membros da banca examinadora, pelas importantes contribuições para o aprimoramento deste trabalho.

Às minhas amigas da graduação, Nirla Gomes Guedes, Tahissa Frota Cavalcante, Hérica Cristina Alves de Vasconcelos e Niciane Bandeira Pessoa Marinho Capistrano. Sou muito feliz por saber que vocês são amigas de verdade. Juntas, vivenciamos momentos tristes e felizes, mas conseguimos superar as barreiras. Seremos todas doutoras.

Às amigas que coletaram os dados da validação clínica do instrumento: Regiane, Emanuella, Huanna e Rose. Obrigada pela disponibilidade e prontidão em me ajudar. Em especial agradeço à Rose, cuja contribuição foi imprescindível para o alcance dos meus objetivos.

Às novas amigades conquistadas durante a estada em Ribeirão Preto: Emanuella, Renata, Adriana e Fernanda. Foi muito bom contar com a amizade e o carinho de vocês enquanto estávamos longe dos familiares. Também é muito bom continuar cultivando esta amizade.

A todos os componentes do Projeto Ações Integradas em Saúde Cardiovascular, pelo apoio desde o início da faculdade. Particularmente às amigas Viviane Martins da Silva, Emília Soares Chaves, Allyne Fortes Vitor, Flávia Paula Magalhães Monteiro, Alice Gabriele de Sousa Costa, Ana Railka de Sousa Oliveira e Célida Juliana de Oliveira. Cada uma delas teve considerável participação para efetivação da conquista deste sonho.

A todos os professores e colegas do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A troca de experiência favoreceu o crescimento profissional.

RESUMO

O estudo teve como objetivo construir e validar as definições constitutivas e operacionais do resultado Mobilidade e dos seus indicadores presentes na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, 2010). Estudo do tipo metodológico, realizado em três etapas: análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica do instrumento. Para a seleção das produções utilizou-se o acesso *on-line* a cinco bases de dados: Scopus, Pubmed, Cinahl, Cochrane e Lilacs, com os descritores: Mobility, Stroke, nursing e suas sinônimas nas línguas portuguesa e espanhola. Identificaram-se 1.521 artigos e após seleção criteriosa resultaram 49 artigos. Entre os diferentes países, destacam-se os artigos publicados no Canadá (26,7%), sobretudo das produções a partir de 2001 (95,9%) por fisioterapeutas (34,6%), em unidades de reabilitação (61,5%). Os atributos identificados para Mobilidade foram: andar, ficar em pé, sentar, colocar a perna de um lado para outro, virar-se, iniciar e parar a locomoção, subir escadas, função motora, transferência e habilidade motora. Para Limitação da mobilidade: hemiplegia, hemiparesia, déficit na marcha e habilidade motora diminuída. Também foi construído um caso modelo e um caso contrário e identificados antecedentes e consequentes para Mobilidade e Limitação da mobilidade. Após a análise de conceito nesta etapa foi possível propor um instrumento com as definições constitutivas e operacionais para os indicadores do resultado Mobilidade empregando alguns princípios da psicometria. Este foi submetido à avaliação de 23 enfermeiros especialistas que atenderam aos critérios adaptados de Fehring (1994). Os dados foram compilados no programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados pelo SPSS versão 19.0. A maioria dos especialistas era do sexo feminino (95,7%), trabalhava no Estado do Ceará (76,0%) em instituição de ensino superior e em hospitais (56,5%), era mestre (78,3%) e tinha experiência de trabalhos com mobilidade e/ou AVC. Observou-se que os indicadores Correr, Saltar, Rastejar e Movimentos realizados com facilidade apresentaram para a maioria dos critérios da psicometria proporções estatisticamente inferiores a 85%. Além disso, a maior parte dos enfermeiros sugeriu a retirada destes indicadores por julgá-los não representativos para pacientes que tiveram AVC. Assim, estes indicadores foram excluídos ao se construir o instrumento para ser aplicado na etapa de validação clínica do instrumento. A coleta de dados da terceira etapa ocorreu no ambulatório de neurologia de um hospital de referência para tratamento de pacientes com AVC no Ceará e todos os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas do estudo. Após a confirmação da presença do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada em pacientes que tiveram AVC pela pesquisadora do estudo, uma dupla de enfermeiras aplicou o instrumento com as definições constitutivas e operacionais construídas e validadas nas duas primeiras etapas do estudo enquanto a outra dupla aplicou o mesmo instrumento sem as definições. Ao analisar as avaliações entre as enfermeiras, houve similaridade entre a dupla de avaliadores que utilizou o instrumento com as definições constitutivas e operacionais para todos os indicadores e entre a dupla que utilizou o instrumento sem estas definições ao aplicar os testes estatísticos de Friedman e o Coeficiente de Correlação Intraclasse. Ao aplicar este coeficiente para os indicadores Equilíbrio, Andar, Movimento das articulações e Desempenho no posicionamento do corpo identificou-se maior correlação entre as avaliadoras que empregaram as definições quando comparadas com as que não utilizaram. Já para os indicadores Marcha, Movimento dos músculos, Desempenho na transferência e Coordenação, foi maior a concordância entre as enfermeiras que não adotaram as definições. Mas, de forma geral, observou-se que para a maioria dos indicadores houve maior concordância entre a dupla que usou o instrumento com as definições constitutivas e operacionais. No entanto, recomenda-se a realização de outras pesquisas de validação com o resultado de enfermagem Mobilidade tanto em paciente com AVC como em diversas outras situações clínicas. Esta pesquisa poderá contribuir para o aperfeiçoamento da taxonomia da NOC.

Palavras – chave: Enfermagem; Limitação da Mobilidade; Acidente Cerebral Vascular.

ABSTRACT

The study aimed at identifying and validating the constitutive and operational definitions of the mobility outcome and its indicators present in the Nursing Outcomes Classification (NOC 2010). The study was of methodology type and was performed in three stages: concept analysis, validation by specialists and clinical validation of the instrument. For the selection of productions it was used the online access to five databases: Scopus, PubMed, Cinahl, Lilacs and Cochrane, with the descriptors: mobility, stroke, nursing and their synonyms in both Portuguese and Spanish languages. 1521 articles were identified in all the databases searched and a careful selection resulted in 49 articles. Amongst the fifteen different countries, we highlight the articles published in Canada (26.7%), especially works from 2001 (95.9%) by physiotherapists (34.6%) in rehabilitation units (61.5 %). The attributes identified for Mobility were: walking, standing, sitting, placing the leg side to side, turning around, start and stop walking, climbing stairs, motor function, transfer and motor skill. For Mobility limitation: hemiplegia, hemiparesis, gait deficit and decreased motor skills. It was also created a sample case and an opposite case and were identified antecedents and consequences for both terms Mobility and Mobility limitation. After the concept analysis stage, it was brought forward an instrument with the constitutive and operational definitions for the indicators of the Mobility outcome by using the principles of psychometrics. This instrument was assessed by 23 specialist nurses who met the criteria adapted from Fehring (1994). The data were compiled into a spreadsheet program Microsoft Office Excel 2007 and analyzed by SPSS version 16.0. Most specialists was female (95.7%), worked in the State of Ceará (76.0%) in institution of higher education and hospitals (56.5%), was a master (78.3%) and had experience working with mobility and / or stroke. It was noted that the following indicators: Run, Jump, Crawl and Movements performed with ease showed ratios statistically less than 85% for most of the psychometrics criteria. Moreover, most of the nurses suggested the removal of these indicators by judging they were not representative for patients who had strokes. Thus, these indicators were excluded when defining the instrument to be applied in the clinical validation of the instrument stage. The data collection for the third stage took place in the neurology first-aid room of a referral hospital for treatment of patients with stroke in Ceará State and all ethical aspects have been followed at all stages of the study. After the researcher of the study confirmed the existence of the Impaired physical mobility nursing diagnosis in patients who had stroke, a pair of nurses applied the instrument with the constitutive and operational definitions identified and validated in the first two stages of the study while another pair used the same instrument without the definitions. As for the analysis of the nurses evaluations, there was similarity amongst the pair of evaluators who used the instrument with the constitutive and operational definitions for all indicators and amongst the pair who used the instrument without these definitions in applying the statistical tests from Fridman and the Intraclass Correlation Coefficient. With the use of this coefficient to such indicators: Balance, Walking, Joint movement and Body positioning performance, it was found a higher correlation between the evaluators who used the definitions as compared to those who did not. As for the following indicators: Gait, Muscle movement, Performance in the transfer and coordination, the agreement was higher amongst the nurses who did not adopt the definitions. But overall, it was observed that for most indicators there was greater agreement amongst the pair who used the instrument with the constitutive and operational definitions. However, it is recommended to execute other validation researches with the Mobility nursing outcome in patients with stroke and in several other clinical situations as well. This research may contribute to the improvement of the NOC taxonomy.

Keywords: Nursing; Mobility limitation; Stroke.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Lista de resultados de enfermagem sugeridos para o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada	17
Quadro 2-	Sistema de pontuação de especialistas do modelo de validação por especialistas de Fehring	31
Quadro 3-	Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados Scopus.....	35
Quadro 4-	Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados Pubmed	36
Quadro 5-	Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados Cinahl	37
Quadro 6-	Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados Cochrane.....	38
Quadro 7-	Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados Lilacs.....	39
Quadro 8-	Seleção final dos estudos por base de dados	40
Quadro 9-	Classificação dos níveis de evidência para a avaliação dos estudos proposta por Melnykee, Fineout-Overholt (2005).....	41
Quadro 10-	Definições para o termo Mobilidade identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	46
Quadro 11-	Definições para o termo Limitação da mobilidade identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	47
Quadro 12-	Atributos de Mobilidade identificados na literatura. Fortaleza, 2011.....	48
Quadro 13-	Atributos de Limitação da mobilidade identificados na literatura. Fortaleza, 2011.....	48
Quadro 14-	Antecedente de Mobilidade identificado na literatura. Fortaleza, 2011.....	51
Quadro 15-	Antecedentes de Limitação da mobilidade identificados na literatura. Fortaleza, 2011.....	51
Quadro 16-	Consequentes de Mobilidade identificados na literatura. Fortaleza, 2011..	52
Quadro 17-	Consequentes de Limitação da mobilidade identificados na literatura. Fortaleza, 2011.....	52
Quadro 18-	Definições constitutivas e operacionais correspondentes ao indicador NOC Equilíbrio identificadas na literatura de acordo com autor e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	54
Quadro 19-	Definições constitutivas e operacionais correspondentes ao indicador NOC Coordenação identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	55
Quadro 20-	Definições constitutivas e operacionais correspondentes ao indicador NOC Marcha identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	56
Quadro 21-	Definições constitutivas e operacional correspondentes ao indicador NOC Andar identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	58
Quadro 22-	Definições constitutivas e operacional correspondentes ao indicador NOC Movimento dos músculos identificadas na literatura de acordo com autor e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	59
Quadro 23-	Definições constitutivas e operacional correspondentes ao indicador NOC Movimento das articulações identificadas na literatura de acordo com autor e fonte de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	60

Quadro 24-	Definições constitutivas e operacional correspondentes ao indicador NOC Desempenho no posicionamento do corpo identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	62
Quadro 25-	Definição constitutiva e operacional correspondente ao indicador NOC Desempenho na transferência identificada na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	63
Quadro 26-	Definição constitutiva correspondente ao indicador NOC Correr identificada na literatura de acordo com autor e fonte de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	64
Quadro 27-	Definição constitutiva correspondente ao indicador NOC Saltar identificada na literatura de acordo com autor e fonte de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	64
Quadro 28-	Definição constitutiva correspondente ao indicador NOC Rastejar identificada na literatura de acordo com autor e fonte de pesquisa. Fortaleza, 2011.....	66
Quadro 29-	Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.....	66
Quadro 30-	Critérios e pontos do modelo de validação de conteúdo de Fehring (1994) e os critérios e pontos adaptados. Fortaleza, 2011.....	83
Quadro 31-	Pontuação dos especialistas participantes do estudo, segundo os critérios adaptados do sistema de pontuação proposto por Fehring (1994).	89
Quadro 32-	Fortaleza, 2011.....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos estudos conforme país, ano de publicação, área profissional dos autores, cenário e temática. Fortaleza, 2011.....	43
Tabela 2-	Distribuição dos estudos segundo o delineamento e a força de evidência estabelecidos por Melnykee, Fineout-Overholt (2005). Fortaleza, 2011.....	45
Tabela 3-	Dados referentes ao perfil sociodemográfico e profissional dos especialistas (n=23). Fortaleza, 2011.....	89
Tabela 4-	Avaliação pelos especialistas dos títulos para o resultado Mobilidade. Fortaleza, 2011.....	91
Tabela 5-	Avaliação pelos especialistas dos conceitos para o resultado Mobilidade. Fortaleza, 2011.....	91
Tabela 6-	Proporção de especialistas que indicaram adequação quanto à aderência dos títulos dos indicadores em relação aos critérios comportamental, simplicidade, clareza, relevância, precisão, tipicidade e amplitude. Fortaleza, 2011.....	92
Tabela 7-	Proporção de especialistas que indicaram adequação quanto à aderência das definições constitutivas dos indicadores em relação aos critérios comportamental, simplicidade, clareza, relevância, precisão, tipicidade e amplitude. Fortaleza, 2011.....	93
Tabela 8-	Proporção de especialistas que indicaram adequação quanto à aderência das definições operacionais dos indicadores em relação aos critérios comportamental, simplicidade, clareza, relevância, precisão, tipicidade e amplitude. Fortaleza, 2011.....	95
Tabela 9-	Caracterização dos dados sociodemográficos de pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.....	125
Tabela 10-	Indicadores de risco para doenças cerebrovasculares de pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.....	126
Tabela 11-	Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada identificadas nos pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.....	128
Tabela 12-	Comparação dos postos médios dos indicadores do resultado de enfermagem Mobilidade entre os grupos avaliadores que não utilizaram e os que utilizaram as definições constitutivas e operacionais. Fortaleza, 2011	129
Tabela 13-	Comparação dos postos médios dos indicadores do resultado de enfermagem NOC entre os grupos avaliadores que não utilizaram e os que utilizaram as definições constitutivas e operacionais. Fortaleza, 2011.....	130

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO GERAL	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO	23
3.1	O Modelo de Validação de Hoskins	23
3.1.1	Análise do conceito	23
3.1.2	Psicometria	28
3.1.3	Validação por especialistas	30
3.1.4	Validação clínica do instrumento	31
4	PRIMEIRA ETAPA: ANÁLISE DE CONCEITO	32
4.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DE CONCEITO	32
4.2	MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONCEITO	33
4.2.1	Revisão Integrativa da Literatura	33
4.2.2	Estabelecimento da questão de pesquisa	33
4.2.3	Busca na literatura	34
4.2.4	Categorização dos estudos	40
4.2.5	Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa	41
4.2.6	Interpretação dos resultados e síntese do conhecimento	42
4.2.7	Modelo de Análise do Conceito de Walker e Avant (2005)	42
4.3	RESULTADOS DA ANÁLISE CONCEITUAL	43
4.3.1	Caracterização e avaliação dos artigos	43
4.3.2	Etapas da análise de conceito do resultado Mobilidade mediante modelo proposto por Walker e Avant (2005)	45
4.3.3	Apresentação das definições constitutivas e operacionais.....	54
4.4	DISCUSSÕES DA ANÁLISE CONCEITUAL	74
5	SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS	82
5.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA VALIDAÇÃO DE ESPECIALISTAS	82
5.2	MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS	83
5.2.1	Seleção de especialistas	83
5.2.2	Amostra de especialistas	84
5.2.3	Procedimento e período de coleta de dados	85
5.2.4	Organização e análise dos dados	86

5.2.5	Aspectos éticos	86
5.3	RESULTADOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS	88
5.3.1	Instrumento de coleta de dados	88
5.3.2	Caracterização dos especialistas	88
5.3.3	Avaliação do título e da definição para o resultado Mobilidade	91
5.3.4	Avaliação pelos especialistas dos títulos, definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado Mobilidade	92
5.4	DISCUSSÕES DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS	111
6	TERCEIRA ETAPA: VALIDAÇÃO CLÍNICA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RESULTADO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE	119
6.1	OBJETIVO ESPECÍFICO DA VALIDAÇÃO CLÍNICA DO INSTRUMENTO.....	119
6.2	MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO CLÍNICA DO INSTRUMENTO.....	120
6.2.1	Local do estudo e período da coleta de dados	120
6.2.2	População e amostra do estudo.....	120
6.2.3	Operacionalização da coleta de dados.....	121
6.2.4	Formação e treinamento das duplas avaliadoras	122
6.2.5	Análise dos dados	123
6.2.6	Aspectos éticos	123
6.3	RESULTADOS.....	125
6.4	DISCUSSÃO	132
7	CONCLUSÃO	142
	REFERÊNCIAS	147
	APÊNDICES	162
	ANEXOS	212

CONSENTIMENTO PÓS-ESCARECIMENTO 166

Fortaleza - CE, _____ / _____ / _____..... 166

1 INTRODUÇÃO

Neste estudo teve-se por objeto a validação de definições constitutivas e operacionais construídas para o resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes que sobreviveram ao acidente vascular cerebral (AVC). Mencionado resultado foi estabelecido com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

O interesse pela temática manifestou-se em decorrência de estudos realizados desde a graduação em enfermagem, tendo como tema principal a hipertensão arterial e as complicações advindas desta doença. Durante o Curso de Mestrado em Enfermagem, surgiu a oportunidade de analisar os diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício da NANDA – I (2008). A população estudada na dissertação compôs-se de 121 pacientes que sobreviveram ao acidente vascular cerebral e estavam desenvolvendo atividades de reabilitação em unidades da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR) (MOREIRA, 2008).

Na referida pesquisa, identificou-se a totalidade dos onze diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício da NANDA. Em média, os pacientes apresentaram 6,7 diagnósticos de enfermagem. Identificaram-se sete diagnósticos com frequência superior a 50%: Risco de queda (95,9%); Mobilidade física prejudicada (90,1%); Deambulação prejudicada (85,1%); Estilo de vida sedentário (83,5%); Risco de síndrome do desuso (80,2%); Risco de intolerância à atividade (76,9%) e Capacidade de transferência prejudicada (69,4%) (MOREIRA, 2008).

Ainda na mesma pesquisa, destacou-se o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada como o segundo mais frequente. Este diagnóstico mostrou associação estatística ($P < 0,05$) com todos os demais diagnósticos com frequência acima de 50%, com exceção do Risco de intolerância à atividade. Ademais, esteve também associado estatisticamente com todas as suas características definidoras que apresentaram percentis acima de 75 e foram consideradas para análise do estudo: Dificuldade para virar-se; Tempo de reação diminuído; Movimentos não-coordenados e Capacidade para desempenhar as habilidades motoras finas.

Dos cinco fatores relacionados encontrados na pesquisa com frequência acima do percentil 75, quatro eram específicos do diagnóstico Mobilidade física prejudicada: Força muscular diminuída; Prejuízos neuromusculares; Prejuízos sensório-perceptivos e

Contraturas. Observou-se associação estatística entre este diagnóstico e os fatores relacionados citados, com exceção de Contraturas (MOREIRA, 2008).

Um estudo mais aprofundado sobre a mobilidade em uma população específica justifica-se não apenas pela pesquisa de Moreira (2008), mas, também, pelo fato de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem um AVC morrerem ao longo dos primeiros meses e a maior parte dos sobreviventes exibirem deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas (ANDRÉ, 2006).

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

Em síntese, o interesse em dar continuidade a estudos relacionados a este diagnóstico deve-se: aos resultados obtidos em pesquisa anterior (MOREIRA, 2008); por ser um dos primeiros reconhecidos na classificação proposta pelos enfermeiros em 1973 (ARAÚJO; SANTANA; BACHION, 2002); e por ser um dos mais estudados por enfermeiros pesquisadores (CREASON, 2004). No entanto, há um aspecto novo a ser acrescentado, qual seja, neste momento, o foco da investigação será a validação do resultado de enfermagem que possa ser considerado para as intervenções específicas ao diagnóstico Mobilidade física prejudicada. A delimitação do estudo em pessoas com acidente vascular cerebral encontra respaldo na grande incidência do AVC e de suas consequências, fator de preocupação para o cuidado de enfermagem.

Algumas pesquisas têm sido feitas no intuito de aprofundar o conhecimento sobre Mobilidade física prejudicada. Mehmert, Connie e Delaney (1991) validaram este diagnóstico com pacientes em cuidados críticos. Igualmente, Pereira (1997) identificou este diagnóstico em pacientes hospitalizados, validou o conteúdo do diagnóstico e estabeleceu uma proposta de intervenção de enfermagem baseada na Classificação de Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC) (McCLOSKEY; BULECHECK, 2004).

No Brasil, Bachion *et al.* (2001) desenvolveram um estudo com vistas a proceder à validação clínica do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada em idosos. Em 2002, produziram-se duas publicações relacionadas à temática. A primeira foi a de Araújo, Santana e Bachion (2002), com o objetivo de identificar a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada em idosos institucionalizados. E, em outro

estudo, os autores validaram o conteúdo do mesmo diagnóstico no contexto anterior (BACHION; ARAÚJO; SANTANA, 2002).

Ainda ao buscar publicações sobre o diagnóstico em discussão, distinguiu-se o estudo de Andrade (2007). Este autor produziu uma pesquisa descritiva para validar as intervenções de enfermagem propostas na NIC referentes ao diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada. A população estudada compôs-se de enfermeiros que atuam na reabilitação de adultos com seqüela por lesão medular em uma rede de hospitais de reabilitação.

Como observado, os trabalhos de validação sobre o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada dizem respeito à validação do próprio diagnóstico por meio das suas características definidoras e fatores relacionados ou validação das intervenções propostas pela NIC referentes ao diagnóstico Mobilidade física prejudicada. E a população escolhida para estes estudos constituiu-se de pessoas idosas e portadores de lesões medulares.

Ressalta-se que foi realizada uma busca extensiva em bases de dados no intuito de buscar trabalhos com estas abordagens. No entanto, confirma-se a escassez de pesquisas referentes à validação das definições constitutivas e operacionais construídas para os resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC). Contudo, a escassez não se refere somente aos resultados relativos ao diagnóstico de enfermagem em discussão, mas também a resultados para quaisquer outros diagnósticos.

No Brasil, existem poucos estudos sobre a validação de resultados de enfermagem. Três sobressaem por ter um delineamento metodológico semelhante a esta pesquisa. O primeiro enfocou o padrão respiratório ineficaz em crianças portadoras de cardiopatias congênitas: validação de um instrumento de avaliação dos resultados de enfermagem (SILVA, 2007). O segundo objetivou revisar o resultado de enfermagem Comportamento de prevenção de quedas referente ao diagnóstico de enfermagem Risco de quedas, em pacientes no âmbito hospitalar (VITOR, 2010). O terceiro realizou a construção e investigação da validade de definições conceituais e operacionais do resultado de enfermagem integridade tissular em pacientes com úlcera venosa (SANTOS, 2011).

Também trabalharam-se uma pesquisa sobre validação dos indicadores da classificação dos resultados de enfermagem Autocuidado: atividades da vida diária, Autocuidado: banho, Autocuidado: higiene e Autocuidado: higiene oral para pacientes com problemas ortopédicos (ALMEIDA; SEGANFREDO; UNICOVSKY, 2010) e outra sobre a validação de conteúdo dos resultados de enfermagem mais frequentes relacionados aos

diagnósticos de enfermagem Risco de infecção e Déficit no autocuidado banho/higiene em pacientes clínicos, cirúrgicos e críticos (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011).

E, ainda, determinada pesquisa identificou quinze artigos variados ao realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o conhecimento publicado até 2008 da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) utilizada para avaliar os cuidados de enfermagem. Destes artigos, 40% pesquisaram a adoção da taxonomia na prática assistencial, 40% a validação dos elementos (resultados, indicadores e escalas) da taxonomia, 13,4% o emprego da utilização da NOC em sistemas informatizados e 6,6% a tradução e a validação da NOC (GARBIN *et al.*, 2009).

Até o momento não se encontrou nenhum estudo de validação de resultados inerente ao diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada. Assim, a presente pesquisa é pertinente e relevante para o enriquecimento da literatura e o aprimoramento da profissão. Além disso, ao trabalhar com resultados de enfermagem na prática assistencial, observa-se um problema: a falta de definições constitutivas e operacionais para cada resultado e para seus indicadores pode interferir na uniformidade da avaliação do enfermeiro que atua na reabilitação do paciente com dificuldade na mobilidade.

Ao consultar a Classificação dos Resultados de Enfermagem, foram evidenciados como resultados sugeridos para o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada os expostos no Quadro 1 (MOORHEAD *et al.*, 2010). No entanto, estes resultados sugeridos são prescritivos e não substituem o julgamento clínico do enfermeiro. Baseiam-se em opiniões de especialistas e, em alguns casos, estão registrados na literatura de enfermagem. Dessa forma, necessitam de testes em ambiente clínico, porquanto nem sempre são originários de pesquisas ou da prática clínica (NÓBREGA *et al.*, 2010).

Quadro 1 - Lista de resultados de enfermagem sugeridos para o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	
Definição: limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.	
Resultados sugeridos	Definição
Desempenho da Mecânica Corporal	Ações pessoais para manter o alinhamento correto do corpo e prevenir tensão musculoesquelética.
Desempenho na Transferência	Capacidade de trocar o corpo de lugar de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar.
Equilíbrio	Capacidade para manter o equilíbrio do corpo.
Locomoção: Cadeira de Rodas	Capacidade de ir de um lugar a outro em cadeira

	de rodas.
Locomoção: Caminhar	Capacidade de caminhar de um lugar a outro, de modo independente, com ou sem dispositivo auxiliar.
Mobilidade	Capacidade de movimentar-se propositadamente pelo próprio ambiente, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar.
Movimento Coordenado	Capacidade dos músculos para trabalhar em conjunto e de forma voluntária para o movimento pretendido.
Posicionamento do Corpo: autoiniciado	Capacidade de mudar a posição do próprio corpo de forma independente, com ou sem acessório auxiliar.

Após a leitura das definições dos resultados de enfermagem sugeridos para o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, optou-se por validar o resultado Mobilidade. Para a realização desta pesquisa era inviável a validação de todos os resultados apresentados no Quadro 1 em virtude do tempo limitado para sua conclusão. Desta forma, a pesquisadora e a orientadora deste estudo escolheram o resultado Mobilidade por considerá-lo com definição e indicadores mais amplos que os demais resultados e por acreditarem que ele realmente estaria bem relacionado ao diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada.

O resultado de enfermagem Mobilidade pertence ao domínio Saúde Funcional referente a resultados que descrevem a capacidade para o desempenho de tarefas básicas da vida. A classe que o contém também é denominada de Mobilidade e é caracterizada por resultados que descrevem a mobilidade física e as sequelas de movimentação restrita de um indivíduo. Entre as doze escalas de medidas únicas adotadas na quarta edição da taxonomia NOC, o resultado Mobilidade é avaliado pela *escala a*, que fornece uma medida para o grau de comprometimento observado em um resultado com parâmetros: “Gravemente comprometido”, “Substancialmente comprometido”, “Moderadamente comprometido”; “Pouco comprometido” e “Não comprometido” (MOORHEAD *et al.*, 2010).

Este resultado de enfermagem compôs-se de doze indicadores: Equilíbrio; Coordenação; Marcha; Movimento dos músculos; Movimento das articulações; Desempenho no posicionamento do corpo; Desempenho na transferência; Correr; Saltar; Rastejar; Andar; e Movimentos realizados com facilidade.

Para a utilização destes indicadores na prática clínica, ressalta-se a importância da construção de definições constitutivas e operacionais de cada indicador do resultado Mobilidade. Segundo Burns e Grove (1995), as definições constitutivas oferecem uma variável ou conceito com significado conotativo estabelecido por intermédio de análise de

conceito. Já a definição operacional, de acordo com Grant e Kinney (1991), descreve o que será medido e como será feito. Com o presente estudo espera-se obter melhor compreensão dos fenômenos envolvidos na avaliação da mobilidade do paciente que sobreviveu ao acidente vascular cerebral.

Assim, ao considerar a necessidade de tornar a avaliação dos resultados de enfermagem mais acurada; permitir uma medida do resultado de enfermagem mais estável e confiável entre os enfermeiros; comunicar com eficiência o resultado de enfermagem medido, a tese está descrita em duas hipóteses. A primeira é esta: o resultado de enfermagem Mobilidade como proposto pela NOC precisa ser ajustado para se adequar a pacientes que sobreviveram ao acidente vascular cerebral. A segunda é esta: as definições constitutivas e operacionais construídas e submetidas ao processo de validação poderão proporcionar maior acurácia na avaliação do estado de saúde do paciente que sobreviveu ao acidente vascular cerebral.

Para investigar a primeira hipótese, os indicadores sugeridos pela NOC foram confrontados com a literatura. Após a revisão e validação por especialistas, foram reformulados e identificados novos aspectos referentes ao estado de saúde do paciente, a serem avaliados, os quais poderão contribuir para a incorporação de especificidades deste ambiente no cuidado ao indivíduo.

Já a segunda hipótese foi testada por enfermeiros que aplicaram o instrumento construído e validado contendo as definições constitutivas e operacionais do resultado de enfermagem Mobilidade e dos seus indicadores em pacientes que sobreviveram ao acidente vascular cerebral e apresentarem o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada. Foi feita a comparação entre os enfermeiros que aplicaram o instrumento contendo estas definições e enfermeiros que aplicaram o mesmo instrumento sem a presença das definições

Destaca-se, porém: resultados confiáveis e válidos são necessários para a eficácia da enfermagem e para a pesquisa de efetividade, com vistas a promover maior desenvolvimento da prática com base em evidências e influenciar a política de saúde (MOORHEAD *et al.*, 2010).

Consoante afirmam Garcia e Nóbrega (2004), as classificações dos diagnósticos de enfermagem, das intervenções e dos resultados contêm conceitos que precisam ser mais estudados, analisados e validados, motivo pelo qual o processo de validação é imprescindível no intuito de aperfeiçoá-los e legitimá-los.

Como relata Fehring (1987), um objeto só é válido quando se baseia em princípios de evidências e resiste a contestações. Para a validação dos resultados de enfermagem,

estudos são essenciais para legitimá-los. Torna-os, desse modo, cada vez mais precisos e representativos das ações da enfermagem.

A palavra “válido” tem vários sentidos, mas todos sugerem força ou correção. Validar é declarar válido alguma coisa. Na pesquisa, quando um instrumento é avaliado e considerado “válido”, significa que mede o que deveria medir. Possibilita, então, inferir o quanto os resultados obtidos representam a verdade (CREASON, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Na literatura são descritos diversos modelos metodológicos que podem ser utilizados para a geração, análise e/ou validação de diagnósticos de enfermagem. Entre eles: o modelo de Walker e Avant para análise de conceito; o modelo de Gordon e Sweeney, subsidiado pelo método retrospectivo, clínico e de validação de diagnóstico diferencial; o modelo de Hoskins, composto por análise de conceito, validação por especialistas e validação clínica, e o modelo de Fehring, no qual se observam a validação de conteúdo, a validação clínica, a correlação etiológica e a validação de definição diagnóstica (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

No entanto, não há descrições de modelos metodológicos para o processo de validação de resultados de enfermagem, embora se precise avaliar continuamente a confiabilidade e validade dos resultados de enfermagem da NOC em uma amostra mais abrangente de locais e tipos de pacientes (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

Assim, a presente pesquisa se fundamentará nas propostas metodológica discutidas por Hoskins (1989). Este autor divide o processo de validação em três etapas: análise do conceito; validação por especialistas e validação clínica. Para a etapa de análise de conceito trabalhou-se com Walker e Avant (2005) e Revisão Integrativa da Literatura proposta por Whitemore e Knafl (2005).

Ressalta-se: a busca dos estudos foi realizada em populações específicas de pacientes com acidente vascular cerebral. Como identificado no estudo de Moreira (2008), grande parte destes pacientes apresentam o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada. Dessa forma, na etapa de análise de conceito, os antecedentes, atributos e consequentes identificados não foram apenas para o termo Mobilidade, mas também para Limitação da mobilidade.

Em alguns pontos da pesquisa, e quando houve necessidade, foram empregados também os detalhamentos metodológicos apropriados pertencentes às proposições de Fehring (1994).

Estes modelos abordam a validação de características definidoras dos diagnósticos de enfermagem e não os resultados de enfermagem. Contudo, optou-se por utilizá-los de forma adaptada em virtude dos seus detalhamentos metodológicos e por serem usados na maior parte das pesquisas de validação (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Como divulgado, atualmente, o uso conjugado dessas referências tem sido verificado em pesquisas brasileiras sobre validação dos diagnósticos de enfermagem (MELO, 2004; PILEGGI, 2007; CHAVES, 2008) e validação do resultado de enfermagem (VITOR, 2010).

Além disso, por se tratar de um estudo de revisão de um resultado de enfermagem da NOC, o qual é apresentado mediante uma escala, optou-se por adotar também os conceitos de psicometria propostos por Pasquali (1999), como fundamento para a construção e avaliação por parte de especialistas do material ora desenvolvido. Sobre este aspecto, a psicometria, de maneira especial, se propõe a fundamentar a construção e a validação de escalas, porquanto a própria medida escalar constitui uma das várias formas que a medida psicométrica pode assumir (PASQUALI, 1999).

Para alcance do objetivo, o presente estudo foi do tipo metodológico, considerando ser este o delineamento mais adequado. Para Polit, Beck e Hungler (2004), este tipo de pesquisa refere-se às investigações dos métodos para obter, organizar e analisar os dados, com a finalidade de elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa.

Dessa maneira, o estudo se efetuou em três etapas:

- Primeira etapa: identificação e construção de definições constitutivas e operacionais para o resultado de enfermagem Mobilidade e para os seus indicadores a partir da análise de conceito;
- Segunda etapa: validação do conteúdo das definições constitutivas e operacionais identificadas e formuladas na primeira etapa, por enfermeiros especialistas;
- Terceira etapa: validação clínica das definições constitutivas e operacionais construídas para o resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes que sobreviveram ao acidente vascular cerebral e apresentaram o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada.

2 OBJETIVO GERAL

- Construir e validar as definições constitutivas e operacionais do resultado de enfermagem Mobilidade e dos seus indicadores, em pacientes que sobreviveram ao acidente vascular cerebral.

3 REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

A seguir serão apresentados o Modelo de validação de Hoskins, o Modelo de Análise do Conceito de Walker e Avant (2005), a Revisão Integrativa da Literatura proposta Whittemore e Knafl (2005), a Psicometria na perspectiva de Pasquali (1999) e o sistema de pontuação de especialistas proposto por Fehring (1994). O objetivo é que facilite a compreensão do desenvolvimento das três etapas da pesquisa.

3.1 O MODELO DE VALIDAÇÃO DE HOSKINS

O modelo de Hoskins é composto por três etapas: a) Análise do conceito; b) Validação por especialistas; c) Validação clínica.

3.1.1 Análise do conceito

Para identificação e construção de definições constitutivas e operacionais procedeu-se à análise de conceito. Um conceito é uma ideia ou construção mental elaborada acerca de um fenômeno, sendo essencial no desenvolvimento de pesquisas. Como afirma Meleis (2007), os conceitos compreendem atributos abstratos da realidade.

O propósito da análise de conceito é examinar a estrutura e a função do conceito. Segundo acordado, o conceito contém atributos ou características que o fazem único em relação a outros. Eles são construções mentais que não podem ser vistas como produtos acabados, sobretudo porque podem mudar ao longo do tempo (WALKER; AVANT, 2005).

A definição constitutiva oferece uma variável ou conceito com significado conotativo (abstrato, compreensivo, teórico), estabelecido mediante análise de conceito, derivação de conceito ou síntese de conceito (BURNS; GROVE, 1995). De acordo com Grant e Kinney (1991), a definição operacional descreve o que será medido e como será feito, aumenta a fidedignidade e validade dos dados, facilita a reprodução da pesquisa e proporciona

ao pesquisador relatar novos achados. Ademais, o procedimento explicita de forma mais objetiva o que vai ser medido ou observado.

Na ótica de Walker e Avant (2005), os resultados de uma análise de conceito (definição operacional, lista de atributos definidores e antecedentes) são muito úteis na construção ou revisão de instrumentos de pesquisa ou guias de entrevista. Proporcionam o desenvolvimento de uma linguagem padronizada.

Para estudar um conceito é necessária a utilização de um Modelo de Análise de Conceito. Conforme recomenda Hoskins (1989), a análise de conceito deve ser efetivada para identificar seus atributos particulares e característicos e indica, para tanto, os procedimentos descritos por Walker e Avant (2005). Estes autores propõem uma análise modificada e simplificada com base em um modelo clássico de análise de conceito anteriormente sugerido por Wilson (2005). Para a realização do referido estudo, adotou-se o referencial de Walker e Avant (2005), porquanto, segundo as autoras, o seu modelo tem referência direta com a enfermagem e mais especificamente com os sistemas de classificação da linguagem da enfermagem.

Para desenvolver as etapas da análise de conceito propostas por Walker e Avant (2005) é indispensável ampliar busca na literatura. LoBiondo-Wood e Haber (2001) afirmam a necessidade de uma revisão de literatura sólida, específica, com vistas a identificar as teorias que subjazem ao construto e embasar a formulação de cada item da ferramenta em construção.

Como método para a revisão de literatura do presente estudo, seguiram-se os passos da revisão integrativa proposta por Whitemore e Knafl (2005), a qual sintetiza resultados de pesquisas relevantes e reconhecidos mundialmente. Desse modo, facilita a incorporação de evidências, ou seja, agilizando a transferência de conhecimento novo para a prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Algumas etapas da revisão integrativa indicada por Whitemore e Knafl (2005) são equivalentes às etapas da análise de conceito de Walker e Avant (2005). Assim, serão expostas de maneira separada apenas para fins didáticos.

Ao final desta etapa construiu-se um instrumento que contém o resultado Mobilidade e todos os indicadores propostos por Moorhead *et al.* (2010) com as respectivas definições constitutivas e operacionais criadas a partir da Revisão Integrativa da Literatura e da análise do conceito de Walker e Avant. Como mencionado, para a construção das definições finais utilizaram os princípios da psicometria (PASQUALI, 1999) e sete dos seus critérios: comportamental; simplicidade; clareza; relevância; precisão; tipicidade; e amplitude.

A seguir serão descritos o modelo proposto por Walker e Avant (2005), a Revisão Integrativa da Literatura e a psicometria.

- **Modelo de Análise do Conceito de Walker e Avant**

Realizar uma análise de conceito para qualquer resultado de enfermagem poderá facilitar o trabalho do enfermeiro, pois poderá proporcionar aos profissionais a padronização da linguagem durante a avaliação de um resultado esperado do paciente. Nesse caso, cada resultado deve ser tratado como conceito separado e ser analisado de forma independente (WALKER; AVANT, 2005).

O modelo de Walker e Avant é constituído de oito etapas:

1. Seleção do conceito - a seleção do conceito deve ser feita com cuidado. O ideal é a escolha de um conceito no qual os pesquisadores estejam interessados e que reflita a área de maior interesse de pesquisa. Deve ser viável, e evitar termos primitivos (WALKER; AVANT, 2005).

2. Determinação dos objetivos e propostas para a análise conceitual - deve ser selecionada pelo próprio pesquisador com antecedência para orientá-lo durante toda a análise. Em sua essência deve responder à pergunta: "Por que esta análise será executada?". Ou seja, refere-se à finalidade da análise conceitual, conforme mencionado.

3. Identificação dos possíveis usos do conceito - para identificar o uso do conceito, na terceira etapa, é importante considerar todo o uso do termo e não limitar a busca da literatura à enfermagem ou à literatura médica, mas buscar o conceito de forma ampla. Também deve-se proceder à busca em dicionários, "Thesauruses" (<http://thesaurus.com>). Enfim, recorrer a toda literatura disponível. Não se limitar a apenas um aspecto do conceito, e, sim, considerar todos os seus usos.

4. Determinação dos atributos definidores - o atributo é o que mais está associado ao conceito. São as palavras ou expressões utilizadas pelos autores para descrever as características do conceito. Permite ao analista ampla visão sobre o conceito. Os atributos podem modificar a compreensão do conceito ou melhorá-la. Este pode mudar ao longo do tempo ou quando usado em um contexto diferente do pesquisado.

5. Identificação de um caso-modelo - o caso-modelo é uma ocorrência exemplar, paradigmática de uma situação. Wilson (2005) refere que o analista pode dizer: "Bem, se isso não é um bom exemplo deste fenômeno, então nada mais será". Casos-modelos podem ser exemplos concretos da vida real, encontrados na literatura, ou mesmo construídos pelos

analistas. Um caso-modelo pode ser um exemplo de enfermagem ou não. Demonstra todos os atributos definidores do conceito. Pode vir em primeiro lugar na sua análise (quando o conceito lhe é familiar), pode ser desenvolvido simultaneamente com os atributos ou surgir após os atributos serem determinados.

6. Identificação de casos *boderline*, contrários, inventados e ilegítimos - existem outros tipos de casos adicionais ao caso-modelo. Como os autores esclarecem, destes, o essencial para a análise é o caso-contrário enquanto os demais somente são requeridos se o conceito ainda não estiver claro. Wilson (2005) reporta a pergunta para orientar o caso-contrário: “Bem, seja lá qual for, tal conceito sei que não é”. Examinar os casos que não são exatamente o conceito de interesse, mas são semelhantes a ele ou contrários de alguma forma, ajuda a fazer julgamento sobre o que melhor define os atributos.

7. Identificação dos antecedentes e consequentes do conceito - os antecedentes são os acontecimentos ou incidentes que devem aparecer antes da ocorrência do conceito. Já os consequentes são os fatos que acontecem como resultado da ocorrência do conceito.

8. Definição de referentes empíricos - são classes ou categorias de fenômenos reais que, pela sua existência, demonstram a ocorrência do próprio conceito. Uma vez identificados, são extremamente úteis no desenvolvimento do instrumento, porque estão claramente relacionados com a base teórica do conceito, contribuindo assim para o conteúdo e a validade de construto de um novo instrumento.

- **Revisão Integrativa da Literatura**

De acordo com Whitemore e Knafl (2005), a revisão integrativa é composta pelas seguintes etapas:

1. Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa - consiste na escolha do tema e na elaboração da questão norteadora da pesquisa, a qual deve ser clara, específica e relacionada ao raciocínio clínico e teórico do pesquisador, com o escopo de facilitar as etapas subsequentes.

2. Amostragem ou busca na literatura - é a busca exaustiva nas bases de dados para a obtenção dos estudos a serem incluídos e analisados. A seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental com vistas a se obter a validade interna da revisão. É um indicador para atestar a confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões da revisão. Todas as decisões tomadas em face dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos devem ser documentadas e justificadas na descrição da metodologia da revisão. Segundo Pompeo, Rossi

e Galvão (2009), essa fase deve ser claramente documentada, incluindo os descritores utilizados, as bases de dados consultadas, as estratégias de busca e os critérios de inclusão e exclusão delimitados para determinar pesquisas primárias relevantes.

3. Categorização dos estudos - há necessidade de uma avaliação criteriosa dos estudos levantados, pois existe uma diversidade metodológica. Por isso, os autores sugerem o emprego de escalas ou critérios de avaliação da qualidade metodológica dos estudos levantados, assim como o uso de modelos de análise de conceito, incluindo o de Walker e Avant.

4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão – é o momento no qual as pesquisas selecionadas passam por uma análise detalhada e, portanto, deve-se levar em conta a experiência do pesquisador. A competência clínica do revisor contribui na avaliação crítica dos estudos e auxilia na tomada de decisão para a utilização dos resultados de pesquisas na prática clínica. Nesse caso, a conclusão desta etapa pode gerar mudanças nas recomendações para a prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5. Interpretação dos resultados e síntese do conhecimento ou apresentação da revisão - consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados na análise dos estudos incluídos. É um trabalho de extrema importância porquanto produz impacto em virtude do acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Os dados da pesquisa primária devem ser ordenados, codificados, categorizados e sumarizados no intuito de unificar e integrar as conclusões acerca do problema. Nesta etapa é possível aprofundar a discussão das informações, levantar lacunas de conhecimentos e sugerir caminhos para novos estudos. Esta síntese de conhecimento pode ser dividida em três etapas de acordo com Whitemore e Knafl (2005):

a) Divisão – inclui a divisão em subgrupos de acordo com um sistema lógico para facilitar a análise, podendo ser fundamentada no nível de evidência, nas bases de dados, na cronologia, no cenário, nas características da amostra ou por uma classificação conceitual predeterminada;

b) Exposição dos dados - os resultados poderão ser apresentados em forma de gráficos, diagramas, matrizes, tabelas ou quadros. O importante é a visualização para facilitar a etapa seguinte;

c) Comparação – processo interativo com vistas ao exame dos dados para confrontar os padrões e as relações estabelecidos na sua interpretação. Criatividade, análise crítica dos

dados e exposição destes são elementos fundamentais na comparação e na identificação de expressivos e acurados padrões e temas.

3.1.2 Psicometria

A psicometria é o ramo da estatística composto por um conjunto de técnicas empregadas para mensurar, de forma adequada e comprovada experimentalmente, comportamentos ou conceitos. Para tanto, a psicometria lida com a teoria e o desenvolvimento de instrumentos de mensuração (questionários) ou técnicas de medição (ferramentas de observação) (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Um aspecto a ser considerado pela psicometria na formulação de instrumentos de medida é a sua validade, conceituada como: o grau com que um instrumento de medição mede exatamente o que deve medir, e confiabilidade: precisão em que o instrumento produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas.

Um grande estudioso da psicometria é Pasquali (1999), detentor de ampla produção metodológica na área da saúde (psicologia, enfermagem e medicina), com resultados significativos. Ele a divide em polos: teórico; empírico (experimental) e analítico (estatístico).

Do polo teórico constam várias etapas:

1. Sistema psicológico: estabelece a teoria sobre o construto.
2. Propriedade: define os atributos do construto.
3. Dimensionalidade: explora a estrutura interna e semântica do construto.
4. Definição: conceitua o construto. O problema desta etapa é, portanto, a conceituação clara e precisa dos fatores para os quais se quer construir o instrumento de medida. Aqui a tarefa é dupla, e tem como resultado dois produtos, a saber: as definições constitutivas e as definições operacionais dos construtos. Um construto definido por meio de outros construtos representa uma definição constitutiva. Nesse caso, o construto é concebido em termos de conceitos próprios da teoria na qual se insere. Definição constitutiva é a que tipicamente aparece como definição de termos em dicionários e enciclopédias: os conceitos são ali definidos em termos de outros conceitos; isto é, os conceitos, que são realidades abstratas, são definidos em termos de realidades abstratas. As definições constitutivas estão, ainda, no terreno da teoria, do abstrato. Já um instrumento de medida é uma operação

concreta, empírica. A passagem do terreno abstrato para o concreto é precisamente viabilizada pelas definições operacionais dos construtos. Este é, talvez, o momento mais crítico na construção de medidas psicológicas, pois é aqui que se fundamenta a validade desses instrumentos, e nele se baseia a legitimidade da representação empírica, comportamental, dos traços latentes (os construtos). Duas preocupações são relevantes e decisivas neste momento: 1. as definições operacionais dos construtos devem ser realmente operacionais e 2. devem ser as mais abrangentes possíveis.

5. Outro critério do polo teórico é a operacionalização: definição operacional do construto e criação dos itens do instrumento. Há doze critérios: critério comportamental, de objetividade ou de desejabilidade, de simplicidade, de clareza, de relevância, da precisão, de variedade, de modalidade, de tipicidade, de credibilidade, de amplitude e de equilíbrio. No entanto, para o presente estudo, foram utilizados apenas sete destes critérios descritos a seguir:

- Critério comportamental: o item deve permitir à pessoa uma ação clara e precisa; que se possa dizer a ele vá e faça.
- Critério de simplicidade: cada item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
- Critério de clareza: as frases devem ser curtas; utilizar expressões simples; inteligíveis; inequívocas; não usar gírias; o linguajar típico da população-meta deve ser empregado na formulação dos itens; é melhor afirmar a negatividade do que negar uma afirmação. É melhor dizer “sinto-me infeliz” do que “não me sinto feliz”.
- Critério de relevância: a expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido.
- Critério da precisão: o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.
- Critério de tipicidade: formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo. Exemplo: a beleza não é pesada, nem grossa, nem nojenta.
- Critério de credibilidade: também chamado de validade aparente (*face validity*), não se relaciona com a validade objetiva do teste, mas pode afetar negativamente a resposta a este, ao afetar o indivíduo respondente e, assim, indiretamente, afetar a própria validade psicométrica do teste.

- Critério de amplitude: este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo.

6. Análise teórica dos itens: juízes - análise semântica dos itens e análise de validade de conteúdo dos itens.

Além do polo teórico, há os polos empírico e analítico. O polo empírico é o planejamento da aplicação do instrumento piloto e a devida coleta de dados empíricos, os quais, à validade de conteúdo, compõem o início da validação do instrumento. O polo analítico diz respeito à fidedignidade do instrumento (confiabilidade), leva em conta os aspectos de estabilidade, equivalência e homogeneidade. Se necessário, estabelece sua normatização.

3.1.3 Validação por especialistas

É a segunda fase do processo de validação do resultado de enfermagem. Ocorre após a elaboração do instrumento criado na análise do conceito composto por definições constitutivas e operacionais de cada indicador do resultado Mobilidade. Caracteriza-se pela obtenção das opiniões de especialistas sobre o instrumento elaborado na fase anterior (HOSKINS, 1989). Neste estudo, o enfermeiro especialista avaliou o instrumento contendo as definições constitutivas e operacionais do resultado Mobilidade de acordo com sete dos critérios adotados pela psicometria de Pasquali (1999): comportamental; simplicidade; clareza; relevância; precisão; tipicidade; e amplitude.

Consoante o recomendado por Fehring (1994), um enfermeiro para ser considerado especialista deve ter no mínimo o grau de mestre em enfermagem com uma área definida de experiência clínica. Além da titulação acadêmica de mestre, conforme o autor ressalta, o especialista precisa demonstrar conhecimento específico sobre o fenômeno do estudo por meio de pesquisas apresentadas e publicadas, artigos científicos, prática clínica e especialização sobre a temática do estudo. No Quadro 2, a seguir, constam os critérios para seleção de especialistas recomendados por Fehring (1994):

Quadro 2- Sistema de pontuação de especialistas do modelo de validação por especialistas de Fehring (FEHRING,1994).

Crítérios	Pontuação
1. Ser mestre em enfermagem	4 pontos
2. Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de diagnóstico	1 ponto
3. Ter pesquisas publicadas sobre diagnóstico ou conteúdo relevante	2 pontos
4. Ter artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado	2 pontos
5. Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse de diagnóstico	2 pontos
6. Ter prática clínica recente, de no mínimo 1 ano na temática abordada	1 ponto
7. Ter capacitação (especialização) em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse	2 pontos

Observa-se, no entanto: não basta o perito possuir titulação; é necessário também o conhecimento sobre a taxonomia de enfermagem em estudo, obtido por meio de experiência clínica, produções científicas, formação acadêmica e participação em organizações relacionadas à taxonomia de enfermagem. Assim, para ser especialista, o indivíduo deverá obter uma pontuação mínima de cinco pontos (FEHRING, 1994).

Ressalta-se que para esta pesquisa foram utilizados os critérios de Fehring (1994) com adaptações expostas na segunda etapa.

3.1.4 Validação clínica do instrumento

Segundo definição de Hoskins (1989), a validação clínica objetiva testar se a lista desenvolvida na análise de conceito e validada pelo grupo de especialistas é sustentada por dados clínicos.

Para a operacionalização da coleta de dados, consoante o recomendado por Fehring (1987), exige-se um ambiente clínico real e a presença de dois enfermeiros especialistas na temática em discussão. Para esta pesquisa quatro enfermeiros participaram da coleta de dados. Dois aplicaram o instrumento contendo definições constitutivas e operacionais construídas e validadas nas etapas anteriores e dois aplicaram o mesmo instrumento sem a presença destas definições.

4 PRIMEIRA ETAPA: ANÁLISE DE CONCEITO

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA ANÁLISE DE CONCEITO

- Apresentar o conhecimento produzido sobre Mobilidade em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral.
- Determinar os atributos, antecedentes e consequentes de Mobilidade e Limitação da mobilidade.
- Construir um caso-modelo e um caso-contrário para o conceito Mobilidade e Limitação da mobilidade.

4.2 MATERIAIS E MÉTODOS DA ANÁLISE DE CONCEITO

No intuito de auxiliar a execução desta etapa foram adotados o Modelo de Análise de Conceito proposto por Walker e Avant (2005) e a Revisão Integrativa da Literatura de Whittemore e Knafl (2005). Apesar de terem itens semelhantes, eles estão descritos separados para maior clareza.

4.2.1 Revisão Integrativa da Literatura

Antes da execução propriamente dita da revisão integrativa, executou-se seu planejamento sob a forma de construção de um protocolo de revisão contendo os seguintes itens: tema da revisão, problema de pesquisa da revisão, objetivo, questões norteadoras, estratégias de busca, bases de dados selecionadas, descritores adotados na busca, critérios de inclusão e de exclusão, estratégia para avaliação crítica dos estudos e estratégia para síntese dos dados (Apêndice A).

Enquanto a etapa de busca na base de dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2010 e a de análise dos artigos identificados nas bases de dados aconteceu de julho de 2010 a janeiro de 2011.

4.2.2 Estabelecimento da questão de pesquisa

Com vistas a guiar a primeira etapa da revisão integrativa foram formuladas estas questões: qual a definição constitutiva e operacional de Mobilidade e dos seus indicadores? Quais os antecedentes, atributos e consequentes de Mobilidade e de Limitação da mobilidade?

Como referido, os artigos identificados foram buscados em uma população específica de pacientes com acidente vascular cerebral. Estes pacientes normalmente apresentam limitação da mobilidade em decorrência das sequelas ocasionadas pela patologia. Dessa forma, buscaram-se os antecedentes, atributos e consequentes não apenas da Mobilidade, mas também da Limitação da mobilidade no intuito de ajudar na construção das

definições constitutivas e operacionais e principalmente na estratificação das magnitudes operacionais que varia de 1 referente a gravemente comprometido, até o 5 referente a não comprometido.

4.2.3 Busca na literatura

Para a seleção das produções adotou-se o acesso *on-line* a cinco bases de dados: Scopus, National Library of Medicine and National Institutes of Health (Pubmed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), Cochrane e Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (Lilacs). Mediante essas diversas bases de dados tentou-se ampliar o âmbito da pesquisa e dessa forma minimizar possíveis vieses.

Na busca às bases de dados Pubmed e Cinahl, usou-se a terminologia preconizada, conforme o vocabulário Medical Subject Headings of U.S (MeSH). National Library of Medicine em língua inglesa. Os descritores controlados utilizados foram: Mobility; Stroke; nursing.

Para as demais bases de dados, adotou-se o vocabulário estruturado DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. O DeCS é um vocabulário controlado da área de ciências da saúde, apropriado para representar os assuntos dos documentos e recuperá-los. Considerado uma adaptação e ampliação do MeSH, o DeCS está disponível em três idiomas, português, espanhol e inglês, e contém descritores distribuídos e organizados em categorias. Contudo na base de dados Lilacs, o termo utilizado para a busca dos estudos é o próprio descritor e nas outras bases de dados (Scopus e Cochrane) os descritores são conhecidos como palavras-chave ou termos (BVS, 2007).

Assim, os descritores empregados para a busca nas bases de dados Lilacs, Scopus e Cochrane foram estes: na língua portuguesa (Mobilidade; Acidente Cerebral Vascular; enfermagem), na inglesa (Mobility; Stroke; nursing); e na espanhola (Movilidad; Accidente Cerebrovascular; enfermería). Ressalta-se que na base de dados Scopus foram utilizados descritores não controlados.

Quanto aos critérios de inclusão, foram: ser artigos; estar disponíveis eletronicamente nos idiomas português, inglês ou espanhol; abordar a temática mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral; ser realizado com pessoas com idade mínima de 18

anos; responder à questão norteadora deste estudo. Excluíram-se, porém, os editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, relatos de experiência, projetos e publicações duplicadas.

Cabe mencionar: os artigos que não estavam disponíveis, inicialmente, nas bases de dados no período da coleta de dados foram buscados no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) conforme recomendações (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). O acesso ao portal de periódicos da CAPES ocorreu na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Nesta escola há uma disponibilidade maior de artigos na formação eletrônica comparativamente ao acesso pela Universidade Federal do Ceará.

Ressalta-se que a busca nas bases de dados aconteceu ao mesmo tempo, mas de forma individual, pela pesquisadora e por uma bolsista de apoio técnico, treinada para esta atividade. Esta estratégia foi seguida com vistas a garantir que os artigos selecionados atendessem aos critérios de inclusão. No tocante ao treinamento da bolsista pela pesquisadora, incluiu-se o acesso às bases de dados, a utilização dos descritores adotados e a forma de limitação dos resultados na base de dados Pubmed e Cinahl. As bases de dados foram consultadas na seguinte ordem: Scopus, Pubmed, Cinahl, Cochrane e Lilacs.

Ademais, o acesso em cada base de dados foi efetuado em um único dia. Após identificação dos artigos encontrados, foram salvos os títulos e os resumos no documento do Word para evitar que ao acessar em outro dia ocorresse mudança na quantidade de artigos. Em seguida, foram lidos todos os títulos e resumos para saber quais artigos atendiam aos critérios de inclusão. Dessa forma, fez-se comparação entre os resultados da pesquisadora e da bolsista. Em caso de diferenças, tentava-se definir se o artigo seria incluído ou não, mediante uma análise mais profunda do material. Em seguida, apenas a pesquisadora procedeu à busca na íntegra dos demais artigos, excluindo aqueles que não estavam disponíveis eletronicamente.

Ilustrativamente, o percurso metodológico final para cada base de dados está apresentado nos Quadros 3 a 7, a seguir:

Quadro 3 - Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados Scopus

BASE	SCOPUS	
CRUZAMENTO	<i>Key:</i> Mobility AND <i>Indexterms:</i>	<i>Key:</i> Mobility AND <i>Indexterms:</i> Stroke

	Stroke	AND <i>Indexterms:</i> nursing
PRODUÇÕES ENCONTRADAS (leitura de títulos e resumos)	443	19
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Não disponíveis eletronicamente: 32 Não abordavam a temática: 222 Não estavam nos idiomas português, inglês ou espanhol: 2	Não disponíveis eletronicamente: 8 Não abordavam a temática: 5 Repetidos: 3
PRODUÇÕES SELECIONADAS (primeira leitura do artigo na íntegra)	187	3
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Não abordavam a temática ao alcance do objetivo da revisão: 148	0
PRODUÇÕES SELECIONADAS (segunda leitura do artigo na íntegra)	39	3
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Estudos sem conceitos relevantes: 18	Estudo sem conceito relevante: 1
PRODUÇÕES SELECIONADAS (terceira leitura do artigo na íntegra)	21	2
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Estudos sem conceitos relevantes: 8	Estudo sem conceito relevante: 1
TOTAL DE ARTIGOS SELECIONADOS	13	1

Quadro 4 - Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados Pubmed

BASE	PUBMED	
CRUZAMENTO	<i>Text Word:</i> Mobility AND <i>MeSH Terms:</i> Stroke Limitar resultados: <i>Species:</i> (humans) <i>Language:</i> (English, Spanish, Portuguese) <i>Age:</i> (all adult)	<i>Text Word:</i> Mobility AND <i>MeSH Terms:</i> Stroke AND <i>MH Term:</i> nursing
PRODUÇÕES ENCONTRADAS (leitura de títulos e resumos)	383	7
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Não disponíveis eletronicamente: 36 Não abordavam a temática: 148 Repetidos: 84	Não disponíveis eletronicamente: 2 Repetidos: 4

PRODUÇÕES SELECIONADAS (primeira leitura do artigo na íntegra)	115	1
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Não abordavam a temática ao alcance do objetivo da revisão: 89	Não abordavam a temática ao alcance do objetivo da revisão: 1
PRODUÇÕES SELECIONADAS (segunda leitura do artigo na íntegra)	26	0
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Estudos sem conceitos relevantes: 9	0
PRODUÇÕES SELECIONADAS (terceira leitura do artigo na íntegra)	17	0
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Estudos sem conceitos relevantes: 2	0
TOTAL DE ARTIGOS SELECIONADOS	15	0

Quadro 5 - Percorso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados Cinahl

BASE	CINAHL	
CRUZAMENTO	<i>Tex All Text:</i> Mobility AND <i>MH Exact Subject Heading:</i> Stroke Limitar resultados: Human <i>Faixas etárias:</i> All Adult	<i>Tex All Text:</i> Mobility AND <i>MH Exact Subject Heading:</i> Stroke AND <i>MH Exact Subject Heading:</i> nursing
PRODUÇÕES ENCONTRADAS (leitura de títulos e resumos)	435	102
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Não disponíveis eletronicamente: 31 Não abordavam a temática: 239 Repetidos: 114	Não disponíveis eletronicamente: 6 Não abordavam a temática: 65 Repetidos: 21
PRODUÇÕES SELECIONADAS (primeira leitura do artigo na íntegra)	51	10
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Não abordavam a temática ao alcance do objetivo da revisão: 33	Não abordavam a temática ao alcance do objetivo da revisão: 5
PRODUÇÕES SELECIONADAS (segunda leitura do artigo na íntegra)	18	5
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Estudos sem conceitos relevantes: 7	Estudo sem conceito relevante: 1
PRODUÇÕES SELECIONADAS (terceira leitura do artigo na íntegra)	11	4

íntegra)		
TOTAL DE ARTIGOS SELECIONADOS	11	4

Quadro 6 - Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados Cochrane

BASE	COCHRANE	
CRUZAMENTO	<i>Search All Text:</i> Mobility AND <i>Keywords:</i> Stroke	<i>Search All Text:</i> Mobility AND <i>Keywords:</i> Stroke AND <i>Keywords:</i> Nursing
PRODUÇÕES ENCONTRADAS (leitura de títulos e resumos)	Reviews: 23 Other reviews: 4 Technology assessments: 1 Economic evaluation: 3 Clinical trials: 85	Reviews: 1 Economic evaluation: 2 Clinical trials: 4
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Reviews: Não disponíveis eletronicamente: 8 Não abordavam a temática: 9 Other reviews: Repetidos: 1 Technology assessments: Projeto: 1 Economic evaluation: Não abordavam a temática: 3 Clinical trials: Não abordavam a temática: 18 Repetidos: 59	Reviews: Não abordavam a temática: 1 Economic evaluation: Não disponíveis eletronicamente: 1 Não abordavam a temática: 1 Clinical trials: Não disponíveis eletronicamente: 2 Não abordavam a temática: 2
PRODUÇÕES SELECIONADAS (primeira leitura do artigo na íntegra)	Reviews: 6 Other reviews: 3 Clinical trials: 8	0
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Reviews: Não abordavam a temática ao alcance do objetivo da revisão: 4 Other reviews: Não abordavam a temática ao alcance do objetivo da revisão: 1 Clinical trials: Não abordavam a temática ao alcance do objetivo da revisão: 3	0
PRODUÇÕES SELECIONADAS (segunda leitura do artigo na íntegra)	Reviews: 2 Other reviews: 2 Clinical trials: 5	0
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Other reviews: Não abordavam a temática ao alcance do objetivo da revisão: 1 Clinical trials:	0

	Não abordavam a temática ao alcance do objetivo da revisão: 3	
PRODUÇÕES SELECIONADAS (terceira leitura do artigo na íntegra)	Reviews: 2 Other reviews: 1 Clinical trials: 2	0
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Reviews: Estudo sem conceito relevante: 1	0
TOTAL DE ARTIGOS SELECIONADOS	Reviews: 1 Other reviews: 1 Clinical trials: 2	0

Quadro 7 - Percurso metodológico para seleção das produções analisadas na base de dados Lilacs.

BASE	LILACS			
CRUZAMENTO	<i>Palavras:</i> Mobilidade and <i>Descriptor de assunto:</i> Acidente Cerebral Vascular	<i>Palavras:</i> Movilidad and <i>Descriptor de assunto:</i> Accidente cerebrovascular	<i>Palavras:</i> Mobilidade and <i>Descriptor de assunto:</i> Acidente Cerebral Vascular and <i>Descriptor de assunto:</i> enfermagem	<i>Palavras:</i> Movilidad and <i>Descriptor de assunto:</i> Accidente cerebrovascular And <i>Descriptor de assunto:</i> enfermería
PRODUÇÕES ENCONTRADAS	9	0	0	0
PRODUÇÕES EXCLUÍDAS	Não abordavam a temática: 8 Dissertação: 1	0	0	0
PRODUÇÃO SELECIONADA (primeira leitura do artigo na íntegra)	1	0	0	0
PRODUÇÃO SELECIONADA (segunda leitura do artigo na íntegra)	1	0	0	0
PRODUÇÃO SELECIONADA (terceira leitura do artigo na íntegra)	1	0	0	0
TOTAL DE ARTIGOS SELECIONADOS	1	0	0	0

Consoante mencionado, foram identificados 1.521 artigos em todas as bases de dados pesquisadas e, após a seleção por meio de título e resumo, restaram 388. Estes foram impressos para uma primeira leitura. A partir de então, excluíram-se aqueles que não

abordavam a temática de modo a alcançar o objetivo do estudo, os quais não tinham sido excluídos apenas pela leitura do título e do resumo.

Assim, 103 artigos foram analisados mais profundamente na segunda leitura. Dessa vez, excluíram-se os que não trouxeram conceitos importantes para construção do trabalho. Procedeu-se, a seguir, à terceira leitura detalhada de 61 artigos. Desses, doze foram excluídos por não trazerem conceitos relevantes. Ao final, totalizaram 49 artigos de todas as bases de dados, como mostra o Quadro 8.

Quadro 8- Seleção final dos estudos por base de dados

BASE DE DADOS	SCOPUS	PUBMED	CINAHL	COCHRANE	LILACS	TOTAL
TOTAL	14	15	15	4	1	49

Como a busca sistemática não conseguiu dar respostas para todas as definições constitutivas e operacionais, foi preciso completar o estudo com consulta a dicionários, entre ele, da língua portuguesa (FERREIRA, 2005) e o de termos técnicos em saúde (KATO, 2005); em livros da área da saúde (SMELTZER; BARE, 2008; SWARTZ, 2006; CAMPBELL, 2007;) e em dissertações (MASTANDREA, 2008; MOREIRA, 2008; SCHIAVETO, 2008; SILVA, 2008). Não se observou nenhum critério para a seleção deste material. À medida que surgia a necessidade de definir um conceito, procuravam-se na literatura da área da saúde definições significativas para a construção do instrumento.

4.2.4 Categorização dos estudos

Durante a leitura foram selecionados os trechos relevantes que respondiam às perguntas da revisão integrativa. Estes trechos foram grifados, fichados e depois expostos em quadros, a serem apresentados na etapa de interpretação dos resultados e síntese do conhecimento.

4.2.5 Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Para a avaliação dos estudos selecionados adotou-se a proposta de Melnykee, Fineout-Overholt (2005), os quais classificam os estudos segundo as forças de evidências, como mostra o Quadro 9.

Quadro 9- Classificação dos níveis de evidência para a avaliação dos estudos proposta por Melnykee, Fineout-Overholt (2005)

Nível de evidência	Força de evidência
Nível 1: as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise, de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;	<p data-bbox="1134 819 1286 853">Mais fortes</p> 
Nível 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;	
Nível 3: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;	
Nível 4: evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;	
Nível 5: evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;	
Nível 6: evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;	
Nível 7: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.	
	<p data-bbox="1094 1809 1262 1843">Menos fortes</p>

4.2.6 Interpretação dos resultados e síntese do conhecimento

Todas as publicações identificadas e analisadas foram expostas em forma de tabelas e quadros de acordo com o país, o ano de publicação, a área profissional, o cenário, a temática do estudo e o nível de evidência, como mostram as Tabelas 1 e 2. Além disso, foram apresentadas as definições constitutivas, operacionais e as magnitudes das definições operacionais do resultado de enfermagem Mobilidade e de todos os seus indicadores, sintetizadas no Quadro 29.

4.2.7 Modelo de Análise do Conceito de Walker e Avant (2005)

Como citado, algumas etapas do Modelo de Análise do Conceito de Walker e Avant (2005) são equivalentes e ocorrem de forma simultânea às etapas da Revisão Integrativa da Literatura, tais como: seleção do conceito, determinação dos objetivos da análise conceitual e identificação dos possíveis usos do conceito.

Após a leitura dos 49 artigos, identificaram-se os atributos críticos do conceito de Mobilidade e Limitação da mobilidade, assim como os seus antecedentes e consequentes. Também foram criados casos-modelos e casos-contrários de acordo com recomendações de Walker e Avant (2005).

Na seção 4.3, após a caracterização e avaliação dos artigos, primeiro será apresentada a análise de conceito proposto por Walker e Avant (2005) e em seguida as definições constitutivas e operacionais para o resultado Mobilidade e seus indicadores. Dessa forma, após a análise do conceito e a Revisão Integrativa da Literatura, construiu-se um instrumento que contém o título do resultado, a definição do resultado de enfermagem Mobilidade e os indicadores deste resultado com as respectivas definições constitutivas, operacionais e as magnitudes das definições operacionais. Ressalta-se que toda esta construção foi direcionada para o paciente com AVC.

4.3 RESULTADOS DA ANÁLISE CONCEITUAL

4.3.1 Caracterização e avaliação dos artigos

Nas Tabelas 1 e 2 constam dados referentes à caracterização dos 49 artigos selecionados.

Tabela 1- Distribuição dos estudos conforme país, ano de publicação, área profissional dos autores, cenário e temática. Fortaleza, 2011

Variáveis	Frequência	%
País do estudo		
Canadá	13	26,7
Estados Unidos da América	8	16,4
Holanda	5	10,2
Reino Unido	5	10,2
Suécia	4	8,2
Austrália	3	6,1
China	2	4,1
Noruega	2	4,1
Nigéria	1	2,0
Itália	1	2,0
Germânia	1	2,0
Alemanha	1	2,0
Coreia	1	2,0
Hong Kong	1	2,0
Brasil	1	2,0
Total	49	100
Ano de publicação		
2009	8	16,4
2008	5	10,2
2007	3	6,1
2006	8	16,4
2005	4	8,2
2004	3	6,2
2003	6	12,0
2002	5	10,2
2001	5	10,2
1999	2	4,1
Total	49	100
Área profissional dos autores		
Fisioterapia	17	34,6
Medicina	16	32,6

Multiprofissional	11	22,5
Terapia ocupacional	3	6,2
Enfermagem	2	4,1
Total	49	100
Cenário do estudo		
Unidade de reabilitação	30	61,5
Não referido	7	14,5
Domicílio	6	12,0
Hospital	6	12,0
Total	49	100
Temática do estudo		
Programas de exercício/ terapias para melhorar a mobilidade	20	40,8
Consequências de pacientes com AVC	14	28,6
Mobilidade	11	22,4
Uso de escalas em pacientes com AVC	4	8,2
Total	49	100

De acordo com a Tabela 1, observa-se a diversidade de locais onde foram publicados artigos com a temática do estudo. Entre os quinze diferentes países, destacam-se o Canadá e os Estados Unidos da América com 26,7% e 16,4% das produções, respectivamente. No Brasil, encontrou-se apenas uma publicação.

No tocante ao ano de publicação, com exceção de dois artigos datados de 1999, os demais foram publicados a partir do ano de 2001. Em 2009, obteve-se o maior número (16,4%).

Os profissionais responsáveis pelos artigos eram na sua maioria fisioterapeutas (34,6%), seguidos pelos médicos (32,6%). Também houve um considerável número de publicações de equipes multiprofissionais (22,5%). Entre estas equipes estavam mais presentes os fisioterapeutas, médicos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais. Apenas dois artigos eram de autoria exclusiva de enfermeiros.

Na maior parte dos artigos os dados foram coletados em unidades de reabilitação (61,5%). O domicílio e os hospitais também foram cenários de coleta de dados referidos, respectivamente, em 12,0% dos artigos analisados. Em 14,5% não se definiu o cenário do estudo por se tratar de pesquisas de revisão, incluindo estudos desenvolvidos em diferentes locais.

Prevaleceu nos artigos a temática relacionada a programas de exercícios para melhorar a mobilidade (40,8%), seguida pelas consequências decorrentes do AVC (28,6%),

tais como: problemas urinários, escaras, dor, problemas ósseos, alteração de equilíbrio e queda da própria mobilidade em pacientes com AVC.

Tabela 2 – Distribuição dos estudos segundo o delineamento e a força de evidência estabelecidos por Melnyk, Fineout-Overholt (2005). Fortaleza, 2011

Tipo de estudo	Nível de evidência	Frequência	%
Revisão sistemática/Metanálise	I	3	6,1
Ensaio clínico randomizado bem delineado	II	5	10,2
Estudos de coorte ou caso-controle bem delineados	IV	5	10,2
Revisão de estudos descritivos ou qualitativos	V	1	2,0
Estudo descritivo ou qualitativo	VI	34	69,5
Opinião de autoridades/Relatório de Comitê de Especialistas	VII	1	2,0

Conforme a Tabela 2, entre os estudos avaliados, destacaram-se as pesquisas descritivas ou qualitativas (69,5%) relativas ao nível VI de evidência. Também estiveram presentes os ensaios clínicos randomizados bem delineados, nível de evidência II (10,2%), assim como os estudos de coorte ou caso-controle bem delineados, com nível de evidência IV (10,2%). E, apesar de em menor quantidade, é relevante o fato do presente estudo incluir artigos de revisão sistemática/metanálise (6,1%). No entanto, não foi identificado nenhum estudo de ensaio clínico bem delineado sem randomização correspondente ao nível de evidência III.

4.3.2 Etapas da análise de conceito do resultado Mobilidade mediante modelo proposto por Walker e Avant (2005)

A partir das informações obtidas nos 49 artigos selecionados elaborou-se a análise do conceito Mobilidade e Limitação da mobilidade em pacientes com AVC, de acordo com o modelo proposto por Walker e Avant (2005). Cada etapa da análise de conceito está explicitada a seguir. Apesar de discutidas como sequenciais, na verdade as etapas são interativas, consoante Walker e Avant (2005), e ocorreram concomitantemente à revisão integrativa.

• **Seleção dos conceitos; determinação dos objetivos ou fins da análise do conceito; identificação de usos dos conceitos Mobilidade e Limitação da mobilidade**

Selecionaram-se dois conceitos: Mobilidade e Limitação da mobilidade. Nesta etapa, os objetivos foram: realizar a análise de conceito do termo Mobilidade para identificar os usos (definições), os atributos críticos, os possíveis antecedentes e os consequentes de Mobilidade. Além disso, como os pacientes estudados tinham AVC, também foi objetivo identificar os atributos críticos, os possíveis antecedentes e os consequentes do termo Limitação da mobilidade.

Embora o termo Limitação da mobilidade corresponda praticamente ao oposto de Mobilidade, como a escala da NOC tem uma variação de 1 a 5, variável do gravemente comprometido ao não comprometido, acredita-se que um paciente com AVC que tenha limitação da mobilidade apresente um valor na escala inferior a 5. Então, surgiu a necessidade de buscar este termo no intuito também de ajudar na construção das definições das magnitudes operacionais de cada indicador.

Nos Quadros 10 e 11 expõem-se as definições identificadas na literatura para o uso do termo Mobilidade e Limitação da mobilidade, respectivamente.

Quadro 10 - Definições para o termo Mobilidade identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÕES	AUTORES	FONTES DE PESQUISA
Um meio viável de locomoção.	(CANNING; SANCHEZ, 2004)	SCOPUS
Capacidade do indivíduo de se mover de forma eficaz no seu ambiente.	(STANKO; GOLDIE; NAYLER, 2001)	PUBMED
Capacidade de se movimentar de um local para outro e exige tanto a função motora como a capacidade de passar de uma posição para outra ou de um local para outro.	(JUTAI <i>et al.</i> , 2007)	PUBMED
Movimento da pessoa de uma posição postural para outra ou de um local para outro.	(ENG; ROWE; MCLAREN, 2002)	PUBMED
Movimento físico independente	(INGRID <i>et al.</i> ,	PUBMED

dentro do ambiente.	2006)	
---------------------	-------	--

Quadro 11 - Definições para o termo Limitação de mobilidade identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÕES	AUTORES	FONTES DE PESQUISA
Limitação do equilíbrio para sentar, ficar em pé e andar.	(TYSON <i>et al.</i> , 2009)	CINAHL
Utilização de um andador que não seja uma bengala ou velocidade de marcha lenta relacionada à idade ou não ser independente para subir e descer ladeiras, escadarias ou terrenos desiguais ou ter tido uma queda nos últimos três meses.	(GREEN; FORSTER; YOUNG, 2001)	SCOPUS
Usar um apoio para caminhar diferente de uma bengala; ter tido uma queda nos últimos três meses, sendo incapaz de ser independente para subir escadas, declives ou superfícies irregulares, tendo uma velocidade de marcha lenta de acordo com a idade.	(GREEN <i>et al.</i> , 2004)	PUBMED
Utilização de uma ajuda para caminhar (com exceção de uma bengala), uma queda nos últimos três meses; incapacidade de subir escadas, rampas, ou superfícies irregulares, de forma independente, ou uma velocidade mais lenta da marcha em 10 m do que o esperado para a idade do grupo.	(GREEN <i>et al.</i> , 2002). (GREEN; FOSTRE; YOUNG, 2002).	PUBMED PUBMED

- **Determinação dos atributos definidores de Mobilidade e de Limitação da mobilidade**

Para a identificação dos atributos críticos concernentes à Mobilidade e à Limitação da mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral, utilizaram-se as seguintes questões: Como os autores definem o conceito? Quais as características ou atributos apontados? Que ideias os autores discutem quanto à Mobilidade e à Limitação da mobilidade em pacientes com AVC?

Nos Quadros 12 e 13, constam os atributos de Mobilidade e de Limitação da mobilidade identificados na literatura.

Quadro 12 - Atributos de Mobilidade identificados na literatura. Fortaleza, 2011

ATRIBUTOS	AUTORES	BASES
Andar, ficar em pé, sentar, colocar a perna de um lado para outro, virar-se, iniciar e parar a locomoção, subir escadas.	(MAURITZ, 2004)	SCOPUS
Função motora	(INGRID <i>et al.</i> , 2006)	PUBMED
Transferência e habilidade motora.	(JETTE <i>et al.</i> , 2005)	CINAHL

Quadro 13 - Atributos de Limitação da mobilidade identificados na literatura. Fortaleza, 2011

ATRIBUTOS	AUTORES	BASES
Hemiplegia	(SHIN; LIM; LEE, 2007)	SCOPUS
	(OLAWALW; OGUNMAKIN, 2006)	CINAHL
	(BEAN <i>et al.</i> , 2003)	SCOPUS NURSING
Hemiparesia	(SMITH <i>et al.</i> , 2010)	CINAHL
	(SOARES <i>et al.</i> , 2009)	LILACS
Hemiplegia e hemiparesia	(CANNIG; SANCHEZ, 2004)	SCOPUS
Déficit na marcha	(WEERDESTeyN <i>et al.</i> , 2008)	SCOPUS
Habilidade motora diminuída	(JETTE <i>et al.</i> , 2005)	CINAHL

- **Identificação de um caso-modelo e de um caso-contrário para Mobilidade e Limitação da mobilidade**

O caso-modelo de Mobilidade é praticamente o caso-contrário de Limitação da mobilidade, assim como o caso-contrário de Mobilidade é semelhante ao caso-modelo de Limitação da mobilidade. No entanto, foram apresentados de forma separada apenas para fins didáticos.

- Caso-modelo Mobilidade

Sra. Lúcia, 60 anos, aposentada. Todos os dias ao acordar, espreguiça-se, mexe as pernas de um lado para outro, em alongamentos. Em seguida, levanta-se da cama e vai até o banheiro para escovar os dentes. Depois, inicia as tarefas domésticas: varre a casa, passa o pano, cozinha e lava as louças. Ao final do dia sai de casa sozinha, sobe as escadas da igreja, senta nos bancos em frente ao altar e passa vinte minutos em orações. Depois, desce as escadas e vai para a praça onde caminha durante trinta minutos. A Sra. Lúcia está com a saúde muito boa.

Ressalta-se: este caso-modelo é fictício e contempla os atributos identificados na literatura para o termo Mobilidade, tais como: andar, ficar em pé, sentar, colocar a perna de um lado para outro, virar-se, iniciar e parar a locomoção, subir escadas, transferir e habilidade motora.

- Caso-modelo Limitação da mobilidade

Sr. João, 48 anos, está em sua casa, deitado na cama. De repente queixa-se de dor intensa na cabeça. Quando tenta se levantar, não consegue movimentar o hemicorpo direito. Pede auxílio à sua filha, que o apoia, segurando no seu braço esquerdo, e o ajuda a se sentar. Em seguida, procura ajudá-lo a sair da cama. No entanto, verifica que o pai não consegue ficar em pé sozinho. Tem perda do equilíbrio e precisa que a filha o segure. Ele demonstra dificuldade para caminhar. Ao ser levado de carro para o hospital só consegue entrar e sair do veículo com o apoio de outras pessoas.

Este caso-modelo também é fictício. Ele contempla os atributos identificados para Limitação da mobilidade: hemiplegia, hemiparesia, diminuição do equilíbrio, déficit da marcha, déficit do controle postural e habilidade motora diminuída.

- Caso-contrário de Mobilidade

Sr. Carlos, 28 anos, era uma pessoa muito ativa. Praticava esportes radicais, até sofrer um acidente vascular cerebral quando é levado inconsciente para o hospital. Após submeter-se a vários exames, os médicos referem que ele perdeu os movimentos do lado direito do corpo. Meses depois da cirurgia, o paciente não consegue ficar em pé sozinho,

caminhar e subir escadas. Torna-se, então, dependente de outras pessoas e de dispositivos auxiliares.

Este caso-contrário fictício contradiz os atributos críticos essenciais identificados para o termo Mobilidade. O paciente Carlos após um acidente vascular cerebral não mais recupera a mobilidade. Ele não consegue mais ficar em pé, caminhar e subir escadas.

- Caso-contrário de Limitação da mobilidade

Sra. Marta, 36 anos, em um dia de chuva, acorda atrasada. No entanto, terá ainda bem cedo uma reunião em seu trabalho. Ela levanta-se rapidamente da cama, toma um banho, bebe um suco. Quando chega à garagem da sua casa, lembra-se de que esqueceu uma pasta. Sobe as escadas correndo, até chegar ao escritório e pegar a pasta. Em seguida, desce as escadas correndo, entra em seu carro e segue para o trabalho.

Este caso-contrário fictício não contempla os atributos críticos de Limitação da mobilidade. Neste caso, a Sra. Marta desempenha muito bem suas atividades. Portanto, não apresenta nenhuma Limitação da mobilidade.

Após a análise dos conceitos, identificação dos atributos críticos e construção dos casos modelo e contrário relacionados ao conceito de Mobilidade e de Limitação da mobilidade, construiu-se uma definição que contempla os resultados da análise conceitual.

A definição construída para Mobilidade foi esta: capacidade da pessoa movimentar-se de uma posição postural para outra ou de um local para outro, subir e descer escadas, de forma independente, com utilização ou não de dispositivo auxiliar, como a bengala.

Enfatiza-se: esta definição difere em parte da proposta pela NOC (2010) para o resultado Mobilidade: capacidade de movimentar-se propositadamente pelo ambiente, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar.

Assim, estas duas definições foram encaminhadas para os especialistas no intuito de obter um consenso de qual melhor contemplaria o conceito de Mobilidade. Os resultados desta análise serão expostos na etapa de validação dos especialistas.

Para Limitação da mobilidade, a definição construída foi: limitação do equilíbrio para sentar, ficar em pé e andar com presença ou não de hemiplegia ou hemiparesia. Utilização de ajuda para caminhar (com exceção de uma bengala); uma queda nos últimos três meses; incapacidade de subir escadas, rampas, ou superfícies irregulares, de forma independente, ou velocidade mais lenta da marcha em 10 metros do que o esperado para a idade cronológica.

- **Identificação dos antecedentes do conceito**

Os eventos antecedentes do conceito foram identificados por meio da resposta à pergunta: que eventos, situações e/ou fenômeno contribuem para a evidência do conceito de Mobilidade e de Limitação da mobilidade em pacientes com AVC?

Nos Quadros 14 e 15 expõem-se estes antecedentes.

Quadro 14 – Antecedente de Mobilidade identificado na literatura. Fortaleza, 2011

ANTECEDENTE	AUTORES	BASES
Controle postural e equilíbrio	(CANNING; SANCHEZ, 2004)	SCOPUS
	(SOARES <i>et al.</i> , 2009).	LILACS
	(ENGBERG <i>et al.</i> , 2008).	CINHAL

Quadro 15 – Antecedentes de Limitação da mobilidade identificados na literatura. Fortaleza, 2011

ANTECEDENTES	AUTORES	BASES
Déficit sensório – motor e alterações cognitivas	(STANKO; GOLDIE; NAYLER, 2001)	PUBMED
Déficit cognitivo	(TANG <i>et al.</i> , 2005)	PUBMED
Diminuição do equilíbrio	(WEERDESTEYN <i>et al.</i> , 2008)	SCOPUS
Déficit no controle postural	(SOARES <i>et al.</i> , 2009)	LILACS
Diminuição da força muscular, espasticidade, tecidos moles ou restrições articulares, equilíbrio prejudicado, deficiência visual, dor, diminuição sensorial ou perceptível, disfunção vestibular e disfunção cognitiva	(ENG; ROWE; MCLAREN, 2002)	PUBMED
Déficit proprioceptivo	(SOARES <i>et al.</i> , 2009)	LILACS
Lesão cerebral	(TYSON; KENT, 2009)	COCHRANE REVIEW
Dor	(WIDAR; AHLSTROM, 2002)	CINAHL NURSING
Envelhecimento e transtornos cognitivos (afasia global, negligência unilateral)	(PAOLUCCI <i>et al.</i> , 2001)	PUBMED

- **Identificação dos consequentes do conceito**

Para identificação dos consequentes do conceito indagou-se: quais são os eventos ou situações resultantes da Mobilidade e da Limitação da mobilidade em pacientes com AVC? No Quadro 16 estão apresentadas as respostas identificadas na literatura para os consequentes da mobilidade.

Quadro 16 – Consequentes de Mobilidade identificados na literatura. Fortaleza, 2011

CONSEQUENTES	AUTORES	BASE
Realiza tarefas no interior e exterior da casa	(STANKO; GOLDIE; NAYLER, 2001)	PUBMED
Deambula sem dificuldade		

Embora sejam reduzidos os consequentes de Mobilidade identificados na literatura, os consequentes à Limitação da mobilidade são bem amplos, como mostra o Quadro 17.

Quadro 17 – Consequentes de Limitação da mobilidade identificados na literatura. Fortaleza, 2011

CONSEQUENTES	AUTORES	BASES
Declínio da independência	(GEIGER <i>et al.</i> , 2001)	SCOPUS
	(WIJK <i>et al.</i> , 2006)	SCOPUS
	(KAIRY; PANQUET; FUNG, 2003)	PUBMED
Diminuição das atividades de vida diária	(SCHMID; RITTMAN, 2009)	SCOPUS
	(SMITH <i>et al.</i> , 1999)	PUBMED
	(JUTAI <i>et al.</i> , 2007)	PUBMED
	(CHEN <i>et al.</i> , 2007)	PUBMED
	(MERCIER <i>et al.</i> , 1999)	CINAHL
	(SMITH <i>et al.</i> , 2010)	CINAHL
Aumento das incapacidades	(MAURITZ, 2004)	SCOPUS
Estilo de vida sedentário, com descondicionamento concomitante, atrofia por desuso e sarcopenia	(SMITH <i>et al.</i> , 1999)	PUBMED
	(SMITH <i>et al.</i> , 2010)	CINAHL
	(WEERDESTeyN <i>et al.</i> , 2008)	SCOPUS
Aumento de problemas ósseos	(BAINBRIDGE; DAVIE; HADDAWAY, 2006)	PUBMED

	(WEERDESTEYN <i>et al.</i> , 2008)	SCOPUS
	(HADDAWAY <i>et al.</i> , 2009)	SCOPUS
Dor	(PAPPEN <i>et al.</i> , 2004)	COCHRANE (OTHER REVIEWS)
Queda	(DEAN <i>et al.</i> , 2009)	COCHRANE (CLINICAL TRIALS)
	(TYSON <i>et al.</i> , 2006)	CINHAL
	(ENGBERG <i>et al.</i> , 2008)	CINHAL
	(BEAUCHAMP <i>et al.</i> , 2009)	CINAHL
	(OLAWALW; OGUNMAKIN, 2006)	CINAHL
	(MARIGOLD <i>et al.</i> , 2005)	PUBMED
	(ENG; ROWE; MCLAREN, 2002)	PUBMED
	(PANG; ENG, 2008)	SCOPUS
	(MAURITZ, 2004)	SCOPUS
	(GEIGER <i>et al.</i> , 2001)	SCOPUS
	(KAIRY; PANQUET; FUNG, 2003)	PUBMED
	(SCHMID; RITTMAN, 2009)	SCOPUS
	(PAPPEN <i>et al.</i> , 2004)	COCHRANE (OTHER REVIEWS)
	(SMITH <i>et al.</i> , 2010)	CINAHL
	(WEERDESTEYN <i>et al.</i> , 2008)	SCOPUS
Marcha prejudicada	(OLAWALW; OGUNMAKIN, 2006)	CINAHL
Ansiedade; depressão; isolamento social	(GARBER <i>et al.</i> , 2002)	CINAHL
	(WIJK <i>et al.</i> , 2006)	SCOPUS
Diminuição da qualidade de vida	(GARBER <i>et al.</i> , 2002)	CINAHL
	(SCHMID; RITTMAN, 2009)	SCOPUS
Imobilidade e dificuldade para caminhar	(WIDAR; AHLSTROM, 2002)	CINAHL NURSING
Dificuldade para comer e úlcera por pressão	(WESTERGREN <i>et al.</i> , 2001)	CINAHL NURSING
Problemas urinários	(PETTERSEN; WYLLER, 2006)	CINAHL NURSING
	(BEAN <i>et al.</i> , 2003)	SCOPUS NURSING

- **Definição das referências empíricas**

As referências empíricas serão apresentadas ao longo da revisão integrativa presente na seção 4.3.3 e também foram apresentadas em etapas anteriores à análise de conceito. Ela foi finalizada com a construção do Quadro 29.

4.3.3 Apresentação das definições constitutivas e operacionais

As definições constitutivas e operacionais foram construídas baseadas nos 49 artigos selecionados e nas demais literaturas buscadas: dicionários, livros científicos e dissertações. Chama-se atenção o fato de não ter sido identificado na literatura nenhum novo indicador que não estivesse presente na NOC. A seguir, do Quadro 18 ao 28 serão apresentadas as definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Mobilidade identificadas na literatura.

Quadro 18- Definições constitutivas e operacionais correspondentes ao indicador NOC Equilíbrio identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	AUTORES	FONTES DE PESQUISA
Capacidade de manter o centro projetado da massa do corpo dentro dos limites de estabilidade de apoio.	(LEROUX; PINET; NADEAU, 2006)	SCOPUS
Manter uma posição ereta, dentro dos limites de estabilidade ou base de suporte.	(TYSON <i>et al.</i> , 2006)	CINAHL
Segundo Berg (1989), é a capacidade de uma pessoa de não cair.	(ENGBERG <i>et al.</i> , 2008)	CINAHL
Complexo processo de regulamentação da manutenção da posição, ajustes posturais para o trabalho voluntário e a resposta às perturbações externas (Berg <i>et al.</i> , 1992).	(ROSÉN ; SUNNERHAGEN; KREUTER, 2005)	CINAHL
Processo pelo qual o corpo é controlado por um determinado propósito. Carr e Shepherd (1998) definem como a habilidade de controlar a massa corporal ou o centro de gravidade em relação à base de apoio. Também foi definido como a condição na	(OLAWALE; OGUNMAKIN, 2006)	CINAHL

qual todas as forças que atuam sobre o corpo são equilibradas de tal forma que o centro de massa está dentro dos limites de estabilidade, os limites da base de apoio (O'Sullivan, 2001).		
DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	AUTORES	FONTES DE PESQUISA
<p>- Ao aplicar Berg Balance Scale (BERG <i>et al.</i>, 1989) o paciente deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mudar da posição sentada para a posição em pé; • ficar em pé sem apoio; • sentar sem apoio; • mudar da posição em pé para sentada; • realizar transferências; • ficar em pé com os olhos fechados; • ficar em pé com os pés juntos; • reclinar à frente com os braços estendidos; • apanhar objeto no chão; • virar-se para olhar para trás; • girar 360°; • colocar os pés alternadamente sobre um banco; • ficar em pé com um pé em frente ao outro; • ficar em pé apoiado em um pé só 	(BLUM; BITENSKY, 2008)	SCOPUS
	(LEROUX; PINET; NADEAU, 2006)	SCOPUS
	(AU – YEUNG <i>et al.</i> , 2003)	SCOPUS
	(ENG <i>et al.</i> , 2003)	SCOPUS
	(GEIGER <i>et al.</i> , 2001)	SCOPUS
	(LINDER <i>et al.</i> , 2006)	SCOPUS
	(KAIRY; PANQUET; FUNG, 2003)	PUBMED
	(MARIGOLD <i>et al.</i> , 2005)	PUBMED
	- (ROSÉN; SUNNERHAGEN; KREUTER, 2005)	CINAHL
	(PANG; ENG; MILLER, 2007)	CINAHL NURSING

Quadro 19- Definições constitutivas e operacionais correspondentes ao indicador NOC Coordenação identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	AUTORES	FONTES DE PESQUISA
Relação entre elementos que funcionam de modo articulado dentro de uma totalidade	(FERREIRA, 2005)	DICIONÁRIO AURÉLIO

ordenada.		
A coordenação de movimentos é decorrente da integração entre comando central (cérebro) e unidades motoras dos músculos e articulações.	(SWARTZ, 2006)	LIVRO: TRATADO DE SEMIOLOGIA MÉDICA
DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	AUTOR	FONTE DE PESQUISA
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o teste do dedo-nariz com o paciente de olhos fechado e braços estendidos. Observar se ele toca a ponta do próprio nariz em cada dedo indicador, alternando as mãos e aumentando a velocidade. • Solicitar para o paciente realizar movimentos alternados rápidos. Observar se o paciente alternadamente prona e supina suas mãos, como ao bater alternadamente com a palma e o dorso da mão sobre a coxa ou sobre a palma ou o dorso da outra mão ou imitar trocar uma lâmpada ou girar uma maçaneta. Observar se estes movimentos foram executados o mais rápido possível. 	(CAMPBELL, 2007)	LIVRO: O EXAME NEUROLÓGICO

Quadro 20- Definições constitutivas e operacionais correspondentes ao indicador NOC Marcha identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	AUTORES	FONTES DE PESQUISA
Ato ou efeito de marchar. Jornada a pé. Modo de andar, andadura, passo. Passo cadenciado. Sequência, sucessão. Progresso, andamento.	(FERREIRA, 2005)	DICIONÁRIO AURÉLIO
Modo de andar, andadura, passo.	(KATO, 2005)	DICIONÁRIO TERMOS TÉCNICOS DE SAÚDE

Atividades enfocando as competências necessárias para a deambulação sobre o nível de superfícies e escadas.	(JETTE <i>et al.</i> , 2005)	CINAHL
Habilidade motora extremamente complexa, composta por uma sequência de movimentos cíclicos dos membros inferiores que geram deslocamento do corpo. Durante sua execução, há sucessivos movimentos intrínsecos ocasionados pela transferência de peso de um pé para outro, mas é possível obter um deslocamento estável, mantendo-se a proporção do centro de gravidade continuamente entre os dois pés.	(SCHIAVETO, 2008)	DISSERTAÇÃO (SCHIAVETO, 2008)
A marcha inicia-se quando o calcanhar de um membro toca o solo e termina quando o calcanhar do mesmo membro toca novamente o solo.	(SULLIVAN; SMITHZ, 1993; PERRY, 2005; MARSICO <i>et al.</i> , 2002)	DISSERTAÇÃO (MASTANDREA, 2008)
	(PAIXÃO JÚNIOR; HELCKMAN, 2006)	DISSERTAÇÃO (SILVA, 2008)
DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	AUTORES	FONTE DE PESQUISA
Aplicar o teste de marcha de Tinetti: <ul style="list-style-type: none"> • Observar se o início da marcha é após comando (0) ou se é imediato (1). • Observar comprimento e altura dos passos. <i>Perna direita em balanceio:</i> não passa o membro esquerdo (0); passa o membro esquerdo (1); o pé direito não se afasta completamente do solo com o passo (0); o pé direito se afasta completamente do solo (1). <i>Perna esquerda em balanceio:</i> não passa o	(BRAINBRIDGE; DAVIE; HADDAWA, 2006)	PUBMED

<p>membro direito (0); passa o membro direito (1); o pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo (0); o pé esquerdo se afasta completamente do solo (1).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar simetria dos passos: passos do pé direito e esquerdo desiguais (0); passos do pé direito e esquerdo parecem iguais (1). • Observar continuidade dos passos: parada ou descontinuidade entre os passos (0); passos parecem contínuos (1). • Observar desvio em linha reta (distância aproximada de 3m x 30cm): desvio marcado (0); desvio leve e moderado (1) ou usa dispositivo de auxílio à marcha (2). • Observar tronco: oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha (0); sem oscilação, mas com flexão de joelhos ou dor lombar ou afasta os braços enquanto anda (1); sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha (2). • Observar base de apoio: calcanhares afastados (0); calcanhares quase se tocando durante a marcha (1). 		
--	--	--

Quadro 21- Definições constitutivas e operacionais correspondentes ao indicador NOC Andar identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	AUTORES	FONTES DE PESQUISA
--------------------------	---------	--------------------

Movimentar-se, dando passos. Movimentar-se por impulso próprio ou não. Mover-se. Continuar, prosseguir.	(FERREIRA, 2005)	DICIONÁRIO AURÉLIO
Envolvem regiões corticais, subcorticais e espinhais.	(LUFT <i>et al.</i> , 2008)	PUBMED
É a capacidade de executar a marcha e atividades que envolvem a mobilidade, tais como andar de escada, virar, fazer transferências, andar de forma rápida e curta as distâncias especificadas.	(PORT <i>et al.</i> , 2009)	COCHRANE (CLINICAL TRIALS)
DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	AUTOR	FONTE DE PESQUISA
<ul style="list-style-type: none"> • O paciente caminha de 3 a 6 metros: independente; precisa de ajuda de pessoas; precisa de mecanismos auxiliares; não consegue. • O paciente anda em aclive: independente; consegue andar com auxílio; não consegue. • O paciente anda em declive: independente; consegue andar com auxílio; não consegue. • O paciente sobe escadas: incapaz; precisa de ajuda: verbal, física, suporte; independente (escala de Barthel). 	(MOREIRA, 2008)	DISSERTAÇÃO (MOREIRA, 2008)

Quadro 22- Definições constitutivas e operacional correspondentes ao indicador NOC Movimento dos músculos identificadas na literatura de acordo com autores e fonte de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	AUTORES	FONTE DE PESQUISA
Por meio da coordenação dos grupos musculares, o corpo é capaz de realizar	(SMELTZER; BARE, 2008)	LIVRO: TRATADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

<p>uma grande variedade de movimentos.</p> <p>A contração muscular produz uma gama de movimentos:</p> <p>Flexão: curvatura de uma articulação</p> <p>Extensão: estiramento em uma articulação</p> <p>Abdução: movimento de afastamento a partir da linha média</p> <p>Adução: movimento no sentido da linha média</p> <p>Rotação: girar em torno de um eixo específico</p> <p>Circundação: movimento semelhante ao cone</p> <p>Supinação: virar para cima</p> <p>Pronação: virar para baixo</p> <p>Inversão: virar para dentro</p> <p>Eversão: virar para fora</p> <p>Protração: empurrar para diante</p> <p>Retração: puxar para trás</p>		
<p>DEFINIÇÃO OPERACIONAL</p>	<p>AUTORES</p>	<p>FONTE DE PESQUISA</p>
<p>- Pedir para o paciente realizar os movimentos de flexão; extensão; abdução; adução; rotação; circundação; supinação; pronação; inversão; eversão; protração e retração dos músculos do corpo. Incapaz de se realizar; realiza com facilidade.</p>	<p>(SMELTZER; BARE, 2008)</p>	<p>LIVRO: TRATADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA</p>

Quadro 23- Definições constitutivas e operacional correspondentes ao indicador NOC Movimento das articulações identificadas na literatura de acordo com autor e fonte de pesquisa. Fortaleza, 2011

<p>DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS</p>	<p>AUTOR</p>	<p>FONTE DE</p>
--	---------------------	------------------------

		PESQUISA
<p>As articulações possuem os seguintes movimentos:</p> <p>Abdução: movimento distanciando-se da linha média do corpo</p> <p>Adução: movimento em direção à linha média do corpo</p> <p>Flexão: inclinação de uma articulação tal que o ângulo da articulação diminui</p> <p>Extensão: o retorno do movimento decorrente da flexão; o ângulo da articulação é aumentado</p> <p>Rotação: ato de virar ou movimentar uma parte em torno de seu próprio eixo. Interna: vira para dentro, em direção ao centro. Externa: vira para fora distante do centro</p> <p>Dorsiflexão: movimento que flexiona ou inclina a mão para trás, em direção ao corpo, ou o pé em direção à perna</p> <p>Flexão palmar: movimento que flexiona ou inclina a mão em direção à palma</p> <p>Flexão plantar: movimento que flexiona ou inclina o pé em direção à sola</p> <p>Pronação: rotação do antebraço de forma que a palma da mão fica para baixo</p> <p>Supinação: rotação do antebraço de modo que a palma da mão fica para cima</p> <p>Oposição: toque do polegar em cada ponta do dedo da mesma mão</p> <p>Inversão: movimento que vira a sola do pé para dentro</p> <p>Eversão: movimento que vira a sola do pé para fora.</p>	(SWARTZ, 2006)	LIVRO: TRATADO DE SEMIOLOGIA MÉDICA
DEFINIÇÃO OPERACIONAL	AUTOR	FONTE DE PESQUISA

<p>Pedir para o paciente realizar os movimentos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • flexão, extensão; flexão lateral e rotação da cabeça e pescoço; • flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa dos ombros; • flexão e extensão dos cotovelos; • flexão, extensão, supinação, pronação e hiperextensão dos punhos e mãos; • flexão, extensão, abdução, adução e oposição do polegar aos dedos das mãos; • flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa do quadril; • flexão e extensão dos joelhos; • dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão dos tornozelos e pés; • flexão, extensão, abdução e adução dos dedos dos pés. • Incapaz de realizar; realiza com facilidade. 	<p>(SWARTZ, 2006)</p>	<p>LIVRO: TRATADO DE SEMIOLOGIA MÉDICA</p>
--	-----------------------	--

Quadro 24- Definições constitutivas e operacional correspondentes ao indicador NOC Desempenho no posicionamento do corpo identificadas na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	AUTORES	FONTES DE PESQUISA
Alinhamento e posição do corpo em relação à gravidade, centro de massa e base de apoio.	(JETTE <i>et al.</i> , 2005)	CINAHL
O sentido de posição é a percepção da posição do corpo ou de suas partes no espaço.	(CAMPBELL, 2007)	LIVRO: O EXAME NEUROLÓGICO
DEFINIÇÃO OPERACIONAL	AUTOR	FUNTE DE PESQUISA

<p>Realizar o teste de cinestesia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedir para o paciente ficar de olhos fechados e segurar o dedo lateralmente da mão ou o primeiro dedo do pé e mover para cima e para baixo, exercendo tão pouca pressão quanto possível para eliminar indicações de variações na pressão. O paciente consegue detectar movimentos de alguns milímetros ou se tem perda do sentido posicional. Paciente indica a posição do movimento. 	(CAMPBELL, 2007)	LIVRO: O EXAME NEUROLÓGICO
--	------------------	----------------------------

Quadro 25- Definição constitutiva e operacional correspondente ao indicador NOC Desempenho na transferência identificada na literatura de acordo com autores e fontes de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA	AUTOR	FONTE DE PESQUISA
Atividade centrada em deslocar o corpo de uma superfície para outra.	(JETTE <i>et al.</i> , 2005)	CINAHL
DEFINIÇÃO OPERACIONAL	AUTORES	FONTES DE PESQUISA
<ul style="list-style-type: none"> • O paciente tem capacidade de transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama: incapaz, não tem equilíbrio para sentar; precisa de grande ajuda física (uma ou duas pessoas), pode sentar; precisa de pequena ajuda (verbal ou física); independente. 	ESCALA DE BARTHEL	DISSERTAÇÃO MOREIRA (2008)
<ul style="list-style-type: none"> • O paciente consegue transferir-se: <ul style="list-style-type: none"> • Para ou do vaso sanitário • Para ou da cadeira higiênica • Para dentro ou para fora do chuveiro 	(NANDA, 2010)	LIVRO: (NANDA, 2010)

<ul style="list-style-type: none"> • Para dentro ou para fora da banheira • Entre superfícies de níveis diferentes • Da cadeira para o carro • Do carro para a cadeira • Da cadeira para o chão • Do chão para a cadeira • Da posição em pé para o chão • Do chão para a posição em pé • Da cadeira para a posição em pé • Da posição em pé para a cadeira • Da cama para a posição em pé • Da posição em pé para a cama 		
--	--	--

Quadro 26- Definição constitutiva correspondente ao indicador NOC Correr identificada na literatura de acordo com autor e fonte de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA	AUTOR	FONTE DE PESQUISA
Deslocar-se em um andamento mais veloz que a marcha.	(FERREIRA, 2005)	DICIONÁRIO AURÉLIO

Quadro 27- Definição constitutiva correspondente ao indicador NOC Saltar identificada na literatura de acordo com autor e fonte de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA	AUTOR	FONTE DE PESQUISA
Dar saltos; atirar-se ou lançar-se em pulo.	(FERREIRA, 2005)	DICIONÁRIO AURÉLIO

Quadro 28- Definição constitutiva correspondente ao indicador NOC Rastejar identificada na literatura de acordo com autor e fonte de pesquisa. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA	AUTOR	FONTE DE PESQUISA
Andar arrastando-se, ou deslocar-se com todo o corpo junto ao solo.	(FERREIRA, 2005)	DICIONÁRIO AURÉLIO

Chama-se atenção ao fato de algumas definições constitutivas e operacionais para alguns indicadores da NOC (2010) não terem sido encontradas na literatura analisada. Dessa forma, estas definições foram criadas com base na experiência da pesquisadora e da orientadora na temática estudada. São elas:

A definição operacional correspondente ao indicador Correr construída foi: pedir para o paciente andar com passos mais rápidos que a marcha (correr) de 3 a 6 metros. Já a definição operacional correspondente ao indicador Saltar foi: pedir para o paciente saltar o mais alto possível. Para definição operacional correspondente ao indicador Rastejar criou-se o seguinte: pedir para o paciente andar na distância de 3 a 6 metros. Observar se ele rasteja.

A definição constitutiva correspondente ao indicador Movimentos realizados com facilidade construída foi: realização dos movimentos dos músculos, das articulações, de transferência, de marcha com equilíbrio e coordenação, com facilidade e sem ajuda e apoio. Para este mesmo indicador também criou-se a seguinte definição operacional: pedir para o paciente realizar:

- Marcha.
- Movimentos musculares.
- Movimentos articulares.
- Transferências de um local para outro.

Além disso, as magnitudes das definições operacionais apresentadas no Quadro 29 foram construídas com base na definição operacional de cada indicador e a estratificação de 1 a 5 correspondente à escala proposta pela Moorhead et al. (2010) que vai de gravemente comprometido até o não comprometido foi feita também com base na experiência da pesquisadora e da orientadora, após toda a análise do conceito.

Ao final desta etapa elaborou-se um instrumento que contém o resultado Mobilidade e todos os indicadores propostos por Moorhead *et al.* (2010) com as respectivas definições constitutivas e operacionais criadas com base na Revisão Integrativa da Literatura e da análise do conceito. Conforme mencionado, para a construção das definições finais utilizaram-se os princípios da psicometria (PASQUALI, 1999) e sete dos seus critérios: comportamental; simplicidade; clareza; relevância; precisão; tipicidade e amplitude.

No Quadro 29 tem-se a disposição dos indicadores e das suas respectivas definições constitutivas e operacionais construídas, que foram, em seguida, submetidos à avaliação dos especialistas.

Quadro 29 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011

DEFINIÇÃO MOBILIDADE (NOC, 2010)		DEFINIÇÃO CONSTRUÍDA		
Capacidade de movimentar-se propositadamente pelo ambiente, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar.		Capacidade da pessoa movimentar-se de uma posição postural para outra ou de um local para outro, de forma independente, com utilização ou não de dispositivo auxiliar, como a bengala.		
INDICADORES	DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
Equilíbrio	O equilíbrio é a condição na qual todas as forças que atuam sobre o corpo são equilibradas. É a capacidade de manter o centro projetado da massa do corpo, posição ereta, dentro dos limites de estabilidade de apoio ou base de suporte. É a capacidade de uma pessoa de não cair.	Ao aplicar Berg Balance Scale (BERG <i>et al.</i> , 1989), pedir para o paciente realizar as seguintes atividades: - mudar da posição sentada para a posição em pé; - ficar em pé sem apoio; - sentar sem apoio; - mudar da posição em pé para sentada; - realizar transferências; - ficar em pé com os olhos fechados; - ficar em pé com os pés juntos; - reclinar à frente com os braços estendidos; - apanhar objeto no chão; - virar-se para olhar para trás; - girar 360°; - colocar os pés alternadamente sobre um banco; - ficar em pé com um pé em frente ao outro; - ficar em pé apoiado em um pé só.	1	Incapaz de realizar uma das atividades de equilíbrio.
			2	Capaz de realizar, no máximo, quatro atividades de equilíbrio.
			3	Capaz de realizar, no máximo, oito atividades de equilíbrio.
			4	Capaz de realizar, no máximo, doze atividades de equilíbrio.
			5	Capaz de realizar todas as atividades de equilíbrio.
Coordenação	Coordenação é a relação entre elementos que funcionam de modo articulado dentro de uma totalidade ordenada. A	- Pedir para o paciente com os olhos fechados e braços estendidos realizar o teste do dedo-nariz. Observar se ele toca a	1	Incapaz de realizar qualquer um dos testes.
			2	Capaz de realizar no máximo um dos testes com

	<p>coordenação de movimentos é decorrente da integração entre comando central (cérebro) e unidades motoras dos músculos e articulações.</p>	<p>ponta do próprio nariz em cada dedo indicador, alternando as mãos e aumentando a velocidade.</p> <p>- Pedir para o paciente realizar o teste de movimentos alternados rápidos. Observar se o paciente alternadamente prona e supina suas mãos, como ao bater alternadamente com a palma e o dorso da mão sobre a coxa ou sobre a palma ou o dorso da outra mão ou imitar trocar uma lâmpada ou girar uma maçaneta. Observar se estes movimentos foram executados o mais rápido possível.</p>	<p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>	<p>muita dificuldade e com movimentos lentos.</p> <p>Capaz de realizar os dois testes com muita dificuldade e com movimentos lentos</p> <p>Capaz de realizar os dois testes sem dificuldades, mas com movimentos lentos.</p> <p>Capaz de realizar os dois testes sem dificuldades e com movimentos rápidos.</p>
<p>Marcha</p>	<p>Ato ou efeito de marchar. Jornada a pé. Modo de andar. Passo cadenciado. Habilidade motora extremamente complexa, composta por uma sequência de movimentos cíclicos dos membros inferiores que geram deslocamento do corpo. Durante sua execução, há sucessivos movimentos intrínsecos ocasionados pela transferência de peso de um pé para outro, mas é possível obter um deslocamento estável, mantendo-se a proporção do centro de gravidade continuamente entre os dois pés. A marcha inicia-se quando o calcanhar de um membro toca o solo e termina quando o calcanhar do mesmo membro toca novamente o solo.</p>	<p>Aplicar o teste de marcha de Tinetti (BRAINBRIDGE; DAVIE; HADDAWA, 2006):</p> <p>- Observar se o início da marcha é após comando (0) ou se é imediato (1).</p> <p>- Observar comprimento e altura dos passos.</p> <p><i>Perna direita em balanceio:</i> não passa o membro esquerdo (0); passa o membro esquerdo (1); o pé direito não se afasta completamente do solo com o passo (0); o pé direito se afasta completamente do solo (1).</p> <p><i>Perna esquerda em balanceio:</i> não passa o membro direito (0); passa o membro direito (1); o pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo (0); o pé esquerdo se afasta completamente</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>	<p>Não obtém pontuação na escala de marcha de Tinetti.</p> <p>Obtém no máximo 3 pontos na escala de marcha de Tinetti.</p> <p>Obtém no máximo 6 pontos na escala de marcha de Tinetti.</p> <p>Obtém no máximo 9 pontos na escala de marcha de Tinetti.</p> <p>Obtém 12 pontos na escala de marcha de Tinetti.</p>

		<p>do solo (1).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar simetria dos passos: passos do pé direito e esquerdo desiguais (0); passos do pé direito e esquerdo parecem iguais (1). - Observar continuidade dos passos: parada ou descontinuidade entre os passos (0); passos parecem contínuos (1). - Observar desvio em linha reta (distância aproximada de 3m x 30cm): desvio marcado (0); desvio leve e moderado (1) ou usa dispositivo de auxílio à marcha (2). - Observar tronco: oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha (0); sem oscilação, mas com flexão de joelhos ou dor lombar ou afasta os braços enquanto anda (1); sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha (2). - Observar base de apoio: calcanhares afastados (0); calcanhares quase se tocando durante a marcha (1). 		
Andar	<p>Movimentar-se, dando passos. Movimentar-se por impulso próprio ou não. Mover-se. Envolve regiões corticais, subcorticais e espinhais. É a capacidade de executar a marcha e atividades que envolvem a mobilidade, tais como andar de escada, virar, fazer transferências, andar de forma rápida e curta as distâncias especificadas.</p>	<p>Pedir para o paciente realizar as seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - caminhar de 3 a 6 metros. - andar em aclave - andar em declive - subir escadas 	1	Incapaz de executar alguma destas atividades.
			2	Capaz de executar no máximo uma das atividades com ou sem ajuda de pessoas ou mecanismos auxiliares.
			3	Capaz de executar no máximo duas destas atividades com ou sem ajuda de pessoas

				ou mecanismos auxiliares.
			4	Capaz de executar no máximo três destas atividades com ou sem ajuda de pessoas ou mecanismos auxiliares.
			5	Capaz de executar de forma independente todas estas atividades.
Movimento dos músculos	<p>Por meio da coordenação dos grupos musculares, o corpo é capaz de realizar uma grande variedade de movimentos. A contração muscular produz vários movimentos. São eles:</p> <p>Flexão: curvatura de uma articulação.</p> <p>Extensão: estiramento em uma articulação.</p> <p>Abdução: movimento de afastamento a partir da linha média.</p> <p>Adução: movimento no sentido da linha média.</p> <p>Rotação: girar em torno de um eixo específico.</p> <p>Circundação: movimento semelhante ao cone.</p> <p>Supinação: virar para cima.</p> <p>Pronação: virar para baixo.</p> <p>Inversão: virar para dentro.</p> <p>Eversão: virar para fora.</p> <p>Protração: empurrar para diante.</p> <p>Retração: puxar para trás.</p>	<p>Pedir para o paciente realizar os movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação, circundação, supinação, pronação, inversão, eversão, protração e retração dos músculos do corpo.</p>	1	Incapaz de realizar algum destes movimentos dos músculos.
			2	Capaz de realizar, no máximo, três movimentos dos músculos.
			3	Capaz de realizar, no máximo, seis movimentos dos músculos.
			4	Capaz de realizar, no máximo, nove movimentos dos músculos.
			5	Capaz de realizar os doze movimentos dos músculos.
Movimento das articulações	<p>As articulações possuem os seguintes movimentos:</p> <p>Abdução: movimento distanciando-se da linha média do corpo.</p> <p>Adução: movimento em direção à linha média do corpo.</p> <p>Flexão: inclinação de uma articulação tal que o ângulo da articulação diminui.</p> <p>Extensão: o retorno do movimento decorrente da flexão; o ângulo da articulação é aumentado.</p> <p>Rotação: ato de virar ou movimentar uma parte em torno de seu próprio eixo. Interna: vira para dentro, em direção ao centro. Externa: vira para fora, distante</p>	<p>Pedir para o paciente realizar os movimentos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - flexão, extensão, flexão lateral e rotação da cabeça e pescoço; - flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa dos ombros; - flexão e extensão dos cotovelos; - flexão, extensão, supinação, pronação e hiperextensão dos punhos e mãos; - flexão, extensão, abdução, adução e 	1	Incapaz de realizar algum destes movimentos das articulações.
			2	Capaz de realizar, no máximo, três movimentos das articulações.
			3	Capaz de realizar, no máximo, cinco movimentos das articulações.
			4	Capaz de realizar, no máximo, sete movimentos das articulações.
			5	Capaz de realizar

	<p>do centro.</p> <p>Dorsiflexão: movimento que flexiona ou inclina a mão para trás, em direção ao corpo, ou o pé em direção à perna.</p> <p>Flexão palmar: movimento que flete ou inclina a mão em direção à palma.</p> <p>Flexão plantar: movimento que flete ou inclina o pé em direção à sola.</p> <p>Pronação: rotação do antebraço de forma que a palma da mão fica para baixo.</p> <p>Supinação: rotação do antebraço de modo que a palma da mão fica para cima.</p> <p>Oposição: toque do polegar em cada ponta do dedo da mesma mão.</p> <p>Inversão: movimento que vira a sola do pé para dentro.</p> <p>Eversão: movimento que vira a sola do pé para fora.</p>	<p>oposição do polegar aos dedos das mãos;</p> <p>- flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa do quadril;</p> <p>- flexão e extensão dos joelhos;</p> <p>- dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão dos tornozelos e pés;</p> <p>- flexão, extensão, abdução e adução dos dedos dos pés.</p>		<p>os nove movimentos das articulações.</p>
Desempenho no posicionamento do corpo	<p>Alinhamento e posição do corpo em relação à gravidade, centro de massa e base de apoio. O sentido de posição é a percepção da posição do corpo ou de suas partes no espaço.</p>	<p>Realizar o teste de cinestesia:</p> <p>Pedir para o paciente ficar de olhos fechados e segurar o seu dedo lateralmente da mão ou o primeiro dedo do pé e mover para cima e para baixo, exercendo tão pouca pressão quanto possível para eliminar indicações de variações na pressão. Pedir para o paciente indicar a posição do movimento. Observar se o paciente consegue detectar movimentos de alguns milímetros e se tem perda do sentido posicional.</p>	1	Incapaz de detectar movimentos e tem perda do sentido posicional.
			2	Capaz de detectar no máximo grandes movimentos e tem perda do sentido posicional.
			3	Capaz de detectar no máximo grandes movimentos e mantém a noção do sentido posicional por no máximo 10 segundos.
			4	Capaz de detectar grandes movimentos e pequenos movimentos e mantém a noção do sentido posicional por no máximo 30 segundos.
			5	Capaz de detectar movimentos de alguns milímetros

				e indicar a posição correta dos movimentos por tempo indeterminado.
Desempenho na transferência	Atividade centrada em deslocar o corpo de uma superfície para outra.	Pedir para o paciente transferir-se: - Para ou do vaso sanitário - Para ou da cadeira higiênica - Para dentro ou para fora do chuveiro - Para dentro ou para fora da banheira - Entre superfícies de níveis diferentes - Da cadeira para o carro - Do carro para a cadeira - Da cadeira para o chão - Do chão para a cadeira - Da posição em pé para o chão - Do chão para a posição em pé - Da cadeira para a posição em pé - Da posição em pé para a cadeira - Da cama para a posição em pé - Da posição em pé para a cama - Da cama para a cadeira - Da cadeira para a cama	1	Incapaz de realizar alguma das transferências.
			2	Capaz de realizar, no máximo, quatro transferências.
			3	Capaz de realizar, no máximo, oito transferências.
			4	Capaz de realizar, no máximo, doze transferências.
			5	Capaz de realizar todas as transferências.
Correr	Deslocar-se em um andamento mais veloz que a marcha em uma distância de 3 a 6 metros.	Pedir para o paciente andar com passos mais rápidos que a marcha (correr) de 3 a 6 metros.	1	Incapaz de andar com passos mais rápidos que a marcha.
			2	Capaz de andar com passos mais rápidos que a marcha no máximo um terço do percurso.
			3	Capaz de andar com passos mais rápidos que a marcha no máximo metade do percurso.
			4	Capaz de andar com passos mais rápidos que a

				marcha no máximo dois terços do percurso.
			5	Capaz de andar com passos mais rápidos que a marcha todo o percurso.
Saltar	Dar saltos; atirar-se ou lançar-se em pulo.	Pedir para o paciente saltar o mais alto possível.	1	Incapaz de saltar.
			2	Capaz de saltar com as duas mãos apoiadas em objeto (barra de apoio) fixo ao chão.
			3	Capaz de saltar com uma mão apoiada em objeto (barra de apoio) fixo ao chão.
			4	Capaz de saltar sem apoio, mas tem desequilíbrio ao tocar os pés ao chão.
			5	Capaz de saltar sem apoio e não tem desequilíbrio ao tocar os pés ao chão.
Rastejar	Andar arrastando-se, ou deslocar-se com todo o corpo junto ao solo em uma distância de 3 a 6 metros.	Pedir para o paciente andar na distância de 3 a 6 metros. Observar se ele rasteja.	1	Capaz de se deslocar no máximo com as duas mãos e os dois pés apoiados ao chão, arrastando todo o corpo ao chão.
			2	Capaz de se deslocar no máximo com as duas mãos e os dois joelhos apoiados ao chão.
			3	Capaz de se deslocar apoiando as duas mãos em uma pessoa ou em mecanismos auxiliares e arrastando os pés.
			4	Capaz de se deslocar sem apoiar as mãos, mas arrastando os pés.
			5	Desloca-se sem

				rastejar.
Movimentos realizados com facilidade.	Realização dos movimentos dos músculos, das articulações, de transferência, de marcha com equilíbrio e coordenação, com facilidade e sem ajuda e apoio.	- Pedir para o paciente realizar: - Marcha. - Movimentos musculares. - Movimentos articulares. - Transferências de um local para outro.	1	Incapaz de realizar os movimentos.
			2	Capaz de realizar no máximo dois movimentos com dificuldade.
			3	Capaz de realizar no máximo três movimentos com dificuldade.
			4	Capaz de realizar todos os movimentos, mas apresenta dificuldade.
			5	Capaz de realizar todos os movimentos com facilidade.

1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3 - Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido; 5 - Não comprometido.

4.4 DISCUSSÕES DA ANÁLISE CONCEITUAL

Ao examinar os 49 artigos selecionados utilizados como base para a análise do conceito de pacientes com acidente vascular cerebral, observou-se a diversidade de locais das publicações com a temática do estudo, destacando-se os países da América do Norte. No Brasil identificou-se apenas uma publicação. Diante deste fato, urge alertar os profissionais brasileiros da área da saúde para a produção de trabalhos relacionados à mobilidade de pacientes com acidente vascular cerebral, tendo em vista o elevado número de pessoas acometidas por esta doença no país (ANDRÉ, 2006).

No tocante ao ano de publicação, quase todos os artigos são da década de 2000, com crescente aumento após o ano 2001. O ensino de pós-graduação foi um dos fatores determinantes do desenvolvimento da área da saúde, contribuindo para a construção do conhecimento (ALMEIDA *et al.*, 2002; SILVEIRA; ZAGO, 2006).

Consoante evidenciado, os autores eram na sua maioria fisioterapeutas e médicos. Em alguns artigos estes eram de diversas áreas da saúde. Apenas dois foram publicados exclusivamente por enfermeiros.

Muitos dos resultados sensíveis à enfermagem não são específicos apenas para intervenções de enfermagem e, portanto, podem ser usados para avaliar o cuidado oferecido por outras disciplinas na área da saúde. Por exemplo, os fisioterapeutas podem exercer profunda influência sobre o nível de Mobilidade de determinados pacientes. Nesse caso, esse resultado mede os resultados colaborativos do cuidado de enfermagem e da fisioterapia. Embora os resultados possam ser empregados por outras disciplinas, os indicadores listados para avaliar a condição do paciente em relação ao resultado podem variar de disciplina para disciplina. Assim, os fisioterapeutas podem usar indicadores que mensurem o progresso com o uso de equipamentos não adotados rotineiramente por enfermeiros (MOORHEAD *et al.*, 2010).

Dessa forma, a parceria entre o enfermeiro e outros profissionais é válida, pois este executa seu trabalho em equipe, e a troca de experiência na área da saúde é marcante. Neste âmbito, cada um pode intervir no que compete à sua área e o resultado do conjunto de atividades desenvolvidas por todos os profissionais pode contribuir para a melhoria da qualidade da assistência. Assim, os pacientes com AVC que têm dificuldade de mobilidade poderão ser beneficiados se houver uma equipe multiprofissional cuidando da sua reabilitação.

Na maior parte dos artigos os dados foram coletados em unidades de reabilitação, com temática prevalente acerca dos programas de exercícios para melhorar a mobilidade, os quais normalmente são desenvolvidos nessas unidades. Nas últimas décadas houve um declínio dos registros do risco de óbito por AVC, o qual se dá de forma diferenciada entre as populações. Isto, porém, pode colaborar para o aumento da sua prevalência, porquanto não houve declínio de mesma proporção em sua incidência em todo o mundo (MELLO; COUTINHO; COELI, 2006). Diante disso, os pacientes sobreviventes ao AVC precisam participar da reabilitação e iniciar programas de exercícios para melhorar a mobilidade logo após a doença, sobretudo porque a maior parte exhibe deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas.

Alguns artigos abordaram as consequências do AVC, destacando-se entre elas as quedas. Estas representam um problema para o paciente, pois quem sofre tal episódio passa a enfrentar insegurança em diversos níveis quanto à capacidade de desempenhar atividades de maneira autônoma (SHARAF; IBRAHIM, 2008).

Como se percebe, a alteração do equilíbrio de pacientes com AVC também foi uma consequência destacada nos artigos. Segundo Berg *et al.* (1989), o equilíbrio pode ser visto como um pré-requisito para a realização de atividades de vida diária. As exigências sobre o controle do equilíbrio são determinadas pela tarefa em si e o ambiente no qual a atividade é executada. Inegavelmente, o equilíbrio é uma habilidade básica necessária para as mais complexas atividades como caminhar. Alterações no equilíbrio e no desempenho da marcha têm demonstrado relação em indivíduos com AVC (ROSÉN; SUNNERHAGEN; KREUTER, 2005).

De acordo com a Tabela 2, entre os estudos avaliados, destacaram-se as pesquisas descritivas ou qualitativas inerentes ao nível VI de evidência. Estas pesquisas não representam evidências clínicas fortes, no entanto, são importantes por fornecerem elementos conceituais para a análise da Mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral e, por tal motivo, foram adotadas.

Também foram identificados estudos de ensaios clínicos randomizados bem delineados, nível de evidência II. Estes estudos têm como aspecto principal a manipulação da variável independente: o experimentador faz alguma coisa aos participantes do estudo; grupo de controle: o experimentador introduz controles sobre a situação experimental, incluindo o uso do grupo de controle; e randomização: o experimentador designa aleatoriamente os participantes para os grupos de controle experimental (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Estudos de coorte ou caso-controle bem delineados, com nível de evidência IV, também estiveram presentes na pesquisa. Nos estudos de coorte, a coleta de dados ocorre durante um período de tempo extenso. Têm capacidade para demonstrar as mudanças ao longo do tempo e a sequência temporal dos fenômenos. Já nos estudos de caso-controle, dois grupos são escolhidos com base na presença ou ausência do desfecho (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Chama-se atenção ao fato do estudo incluir artigos de revisão sistemática/metanálise, apesar de em menor quantidade. Pesquisas de revisão sistemática da literatura servem para identificar, selecionar e avaliar criticamente estudos relevantes sobre uma questão claramente formulada. O objetivo da sistematização é reduzir vieses. Por metanálise entende-se o método estatístico utilizado na revisão sistemática para integrar os resultados dos estudos incluídos e aumentar o poder estatístico da pesquisa primária (SOUSA; RIBEIRO, 2009).

Foram identificadas várias definições de Mobilidade e Limitação da mobilidade na literatura. Após análise, construíram-se definições posteriormente analisadas pelos especialistas na etapa seguinte do estudo. A mobilidade é um conceito complexo que consiste de atributos que nem sempre são diretamente evidentes (STANKO; GOLDIE; NAYLER, 2001). Recuperar a mobilidade é talvez o principal objetivo do paciente após o AVC. Seu grau de mobilidade depende de quais movimentos são possíveis após uma sequência de acidentes vasculares cerebrais e das barreiras ambientais (PAOLUCCI *et al.*, 2001; INGRID *et al.*, 2006).

Como afirmam Stanko, Goldie e Nayler (2001), a mobilidade é a capacidade do indivíduo de se mover no seu ambiente. O paciente se movimenta ao andar, levantar, sentar, transferir-se (MAURITZ, 2004). Estes foram alguns dos atributos identificados para mobilidade no presente estudo.

Além destes, destaca-se a função motora considerada um determinante da mobilidade em pacientes com AVC (INGRID *et al.*, 2006). Muitas vezes, a função motora é descrita em termos de movimento sinérgico. No entanto, em situações da vida real, o sujeito precisa de uma função motora complexa, com vistas a executar uma atividade de mobilidade (SUNNERHAGEN; BROWN; KASPER, 2003).

Ao analisar os antecedentes para Mobilidade, identificaram-se o controle postural e o equilíbrio. Consoante autores, os termos "equilíbrio", "reações de equilíbrio", "reações posturais", "controle postural" e "postura" são usados indistintamente; não há definições

comumente aceitas para estes termos nem coerência na forma com que eles são usados (TYSON *et al.*, 2006).

De acordo, porém, com outros autores, estratégias motoras posturais são as organizações de movimentos adequados para controlar a posição do corpo no espaço, levando o indivíduo a desenvolver estratégias de equilíbrio antes mesmo da ocorrência de um evento capaz de perturbá-lo (SOARES *et al.*, 2009).

Controle postural também tem sido definido como o ato de realizar, manter ou restaurar um estado de equilíbrio durante uma postura ou atividade. Segundo Engberg *et al.* (2008), o controle postural é uma interação entre o indivíduo, a atividade e o ambiente. Deficiências em decorrência do AVC, tais como fraqueza muscular, tônus muscular anormal, propriocepção distorcida e comprometimento do mecanismo vestibular, podem afetar o equilíbrio (ENGBERG *et al.*, 2008).

O controle postural envolve o controle da posição do corpo no espaço para estabilidade e orientação. Define-se orientação postural como a capacidade de manter uma relação adequada entre os segmentos do corpo e entre o corpo e o ambiente para determinada tarefa. Inclui também a estabilidade postural ou equilíbrio (SOARES *et al.*, 2009). Além disso, o equilíbrio é um pré-requisito para todas as atividades funcionais: sentar-se, ficar em pé e andar (GOK; KULCU; ALPTEKIN, 2007).

Consequente da Mobilidade, a deambulação tem sido amplamente definida como locomoção em diversos ambientes. Pessoas com mobilidade podem desempenhar atividades no interior da sua casa, ir a supermercado, *shopping center*, bancos, enfim, fazer passeio social com mais facilidade do que aqueles que têm dificuldade na locomoção (STANKO; GOLDIE; NAYLER, 2001).

Conforme recomendado, pacientes com AVC devem iniciar a mobilidade o mais precocemente possível (sentar-se, andar, transferir-se) (MAURITZ, 2004) no intuito de evitar ou diminuir a Limitação da mobilidade muitas vezes imposta pela doença.

O acidente vascular cerebral é a primeira causa de incapacidades e impossibilidades em adultos (SCHMID; RITTMAN, 2009). Como mostra a literatura, a maioria dos casos de AVC manifesta-se como um déficit sensorio e motor, com diminuição da capacidade cognitiva, de início brusco. Pode estar estável, melhorar rapidamente ou piorar de forma progressiva (SMELTZER; BARE, 2008). De modo geral, o acidente vascular cerebral e o déficit cognitivo são considerados antecedentes da Limitação da mobilidade (STANKO; GOLDIE; NAYLR, 2001; TANG *et al.*, 2005).

Análise de regressão logística multivariada mostrou que o nível de atividade, problemas cognitivos, fadiga e depressão um ano depois do AVC tiveram associação estatística com o declínio da mobilidade entre um ano e três anos depois do acometimento da doença (INGRID *et al.*, 2010).

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

Diante desses comportamentos, podem surgir a ansiedade e a depressão identificadas como conseqüentes da Limitação da mobilidade no presente estudo. A ansiedade constitui uma reação subjetiva a uma ameaça real ou imaginária, é um sentimento inespecífico de inquietação e medo. Pode ser leve, moderada ou grave. Enquanto a ansiedade leve causa pequeno desconforto físico ou psicológico, a grave pode ser incapacitante ou até mesmo implicar risco de morte. Todos experimentam ocasionalmente ansiedade, como uma resposta normal ao perigo real, que prepara o corpo, por meio do estímulo dos sistemas nervosos simpático e parassimpático, para a ação adequada. Também é uma resposta normal ao estresse físico e emocional, passível de ser produzida por todas as doenças. Quando não justificada, a ansiedade excessiva pode indicar um problema psicológico subjacente (BAIKIE, 2006).

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

Consoante evidenciado, a diminuição do autocuidado e da mobilidade em decorrência do AVC tem mostrado forte correlação com a diminuição da qualidade de vida e da participação na comunidade e aumento da institucionalização. Diversas conseqüências psicológicas têm sido relatadas em sobreviventes de AVC, como a depressão (WIJK *et al.*, 2006; GARBER *et al.*, 2002).

Em todas estas situações, surge o desconforto, associado a uma condição de mal-estar do paciente. Tal condição pode ou não se associar à dor, a qual pode ser definida como uma desagradável experiência sensorial e emocional relacionada a uma lesão tecidual já existente ou potencial, ou relatada como se houvesse uma lesão (SMELTZER; BARE, 2008).

Tipos específicos de danos orgânicos ou perturbações psicológicas produzem danos exclusivos de desconforto e/ou de dor, e podem ser traduzidos pelo prejuízo na habilidade para se movimentar, com respostas diferenciadas em um mesmo paciente ou em pacientes diferentes. De modo geral, as síndromes musculoesqueléticas são as causas mais frequentes de desconforto e/ou de dor (HOOD, 1995; TEIXEIRA *et al.*, 1995; PEREIRA, 1997). No presente estudo, a dor foi identificada em parte da literatura analisada como um antecedente e em outra parte como um consequente da Limitação da mobilidade.

Ainda como evidenciado, o aumento da oscilação postural, a redução do peso corporal sobre o lado parético e o aumento do risco de queda são resultados do equilíbrio perturbado em pacientes com AVC. O equilíbrio prejudicado, antecedente da Limitação da mobilidade, amplia o risco de cair para o lado parético e está correlacionado com a função locomotora e habilidade funcional.

Ademais, a limitação da mobilidade pode impedir a realização das atividades de vida diária que requer o uso dos membros inferiores. Daí, a importância do início de atividades de reabilitação e utilização de mecanismos auxiliares para caminhar, tais como andadores e bengalas. Também, caso necessário, pode-se fazer aplicação de órteses, que são mecanismos capazes de ajudar o paciente a diminuir esta limitação e retornar às atividades de vida diária, com reintegração social o mais precocemente possível (JUTAI *et al.*, 2007; MAURITZ, 2004).

Em pacientes com AVC, a hemiplegia e a hemiparesia, atributos identificados para Limitação da mobilidade, são as mais comuns e reconhecíveis deficiências motoras (CANNIG; SANCHEZ, 2004). Na hemiparesia o déficit do controle postural é um dos comprometimentos mais importantes, com repercussões muitas vezes graves na funcionalidade dos pacientes acometidos pelo AVC (SOARES *et al.*, 2009).

Na hemiparesia há perda significativa da atividade seletiva nos músculos que controlam o tronco, particularmente naqueles responsáveis pela flexão, rotação e flexão lateral (SMELTZER; BARE, 2008). No estudo de Moreira (2008), 54,3% dos pacientes que sobreviveram ao AVC apresentaram hemiplegia e 42,6% hemiparesia. Neles, a paralisia à direita foi a mais evidenciada (59,1%). Independente do lado, as hemiplegias limitam ou atrasam a recuperação da marcha e da independência funcional (SEZE *et al.*, 2001).

Uma pesquisa com quatro pacientes portadores de doenças crônicas assistidos no domicílio, na qual três deles, além de outras patologias, haviam apresentado AVC, levou aos seguintes resultados: todos eram idosos e tinham alguma forma de dependência física parcial ou total, caracterizada por dificuldade de deambulação, relacionada principalmente a subir e

descer escadas ou a fazer caminhadas longas, advindas da idade ou da sequela do AVC. Entre os diagnósticos de enfermagem mais frequentes um era da classe Atividade/Exercício: Mobilidade física prejudicada (MEIRELES *et al.*, 2005).

No estudo de Bachion, Araujo e Santana (2002), sobre validação clínica do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada em dez idosos institucionalizados, a diminuição da capacidade de mover-se significativamente no ambiente esteve presente. Tal achado pode ser explicado ao se considerar as mudanças fisiológicas no aparelho musculoesquelético decorrentes do envelhecimento, ainda mais acentuadas em face de doenças que tenham implicações na área motora ou do desuso. Ressalta-se que o envelhecimento é um antecedente da Limitação da mobilidade.

Entre as possíveis causas para Mobilidade física prejudicada em idosos, destacam-se: redução da capacidade aeróbia máxima da força muscular (redução da força física); diminuição da tolerância ao esforço físico; dores; perdas do domínio cognitivo; alterações nas funções neuromusculares; enfraquecimento muscular; e doenças crônico-degenerativas (BACHION; ARAÚJO; SANTANA, 2002).

A diminuição da força muscular nos membros inferiores é um fator preditivo da Limitação da mobilidade. Como asseveram Bachion *et al.* (2001), a força diminuída pode tornar árduas ou impossíveis tarefas como levantar o próprio corpo de uma cadeira, sentar-se sobre o vaso sanitário, sair da cama, carregar compras e até mesmo destampar uma garrafa.

Entre as complicações depois da ocorrência de um AVC a mais comum é a queda, conseqüente da Limitação da mobilidade, em virtude dos déficits motor, sensorial, funcional, cognitivo e emocional. Estas deficiências são frequentemente relatadas pelo declínio nas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, e diminuição tanto da participação social como da qualidade de vida (SCHMID; RITTMAN, 2009; GARBER *et al.*, 2002). Ademais, as quedas ocorrem com mais frequência quando um paciente com AVC com Limitação da mobilidade vai-se deslocar de um ponto para outro (WEERDESTTEYN *et al.*, 2008).

Como consta em Bainbridge, Davie e Haddaway (2006), os escores baixos na escala de Tinetti refletem pouca mobilidade e aumento do risco de quedas e lesões relacionadas com quedas. A diminuição da mobilidade tem forte correlação com o risco de quedas, estilo de vida sedentário, descondicionamento concomitante, atrofia por desuso e sarcopenia (SMITH *et al.*, 2010; SMITH *et al.*, 1999). Afirma-se: a diminuição da mobilidade, da força muscular, assim como o equilíbrio prejudicado em pacientes com AVC

são fatores preditores de quedas (PANG; ENG, 2008; TYSON *et al.*, 2006; ENGBERG *et al.*, 2008).

Segundo Widar e Ahlstrom (2002), a imobilidade e a dificuldade para caminhar têm sido um dos maiores problemas identificados em sobreviventes ao AVC como consequência da Limitação da mobilidade. Além disso, esta limitação é uma importante causa de problemas ósseos (HADDAWAY *et al.*, 2009).

Outra Limitação da mobilidade é a dificuldade para comer, observada em pacientes que tiveram AVC. A pessoa pode não conseguir preparar os alimentos, sentar-se na posição adequada, manipular a comida com os talheres, abrir e fechar a boca, levar a comida até a boca. Pode também apresentar dificuldade para engolir. Ademais, os pacientes com alto nível de dependência e diminuição de atividades apresentam com maior frequência úlceras de pressão (WESTERGREN *et al.*, 2001) e problemas urinários (PETTERSEN; WYLLER, 2006; BEAN *et al.*, 2003).

Ressalta-se que ao realizar a busca das definições constitutivas e operacionais para os indicadores do resultado Mobilidade na literatura selecionada foi difícil identificar indicadores, tais como correr, saltar, rastejar. Isto pode ter ocorrido, provavelmente, devido a situação clínica dos pacientes deste estudo que são os portadores de AVC. Além disso, muitas definições foram identificadas na literatura complementar, pois os artigos selecionados não foram suficientes. Ainda assim, algumas definições foram construídas com a experiência da pesquisadora e orientadora na temática. A magnitude das definições operacionais foi criada a partir da definição operacional, sendo também feita a estratificação de 1 a 5 com base na experiência da autora da pesquisa e sua orientadora.

5 SEGUNDA ETAPA: VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

5.1 OBJETIVO ESPECÍFICO DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

- Verificar com especialistas a adequação dos conceitos relacionados ao resultado Mobilidade e seus indicadores em pacientes com acidente vascular cerebral.

5.2 MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

5.2.1 Seleção de especialistas

Nessa fase, as definições constitutivas e operacionais foram submetidas aos especialistas. Estes foram identificados por meio dos programas de pós-graduação *stricto sensu* das áreas da enfermagem do Brasil e pela utilização do recurso de busca dos currículos da Plataforma Lattes no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Para a localização na Plataforma Lattes, utilizaram-se como palavras-chave os termos mobilidade, acidente vascular cerebral, resultado de enfermagem mobilidade e enfermagem, por indicação de especialistas anteriormente selecionados.

Já os programas de pós-graduação foram identificados por meio do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e mediante acesso aos seus sites foram consultadas as relações de docentes, linhas de pesquisa e discentes. Além disso, a biblioteca de dissertações e teses de cada programa foi acessada com os seguintes termos de busca: mobilidade e resultado de enfermagem.

Após o levantamento dos especialistas, seus currículos foram analisados e aplicados os critérios de seleção adaptados da proposta de Fehring (1994). As adaptações aos critérios propostos foram feitas segundo a temática da pesquisa, conforme apresentado no Quadro 30.

Quadro 30 – Critérios e pontos do modelo de validação de conteúdo de Fehring (1994) e os critérios e pontos adaptados. Fortaleza, 2011

Critérios (FEHRING,1994)	Pontos (FEHRING,1994)	Critérios adaptados	Pontos adaptados
Mestre	4	Enfermeiro. Mestre na área da saúde	Critério obrigatório Sem pontuação
Mestre com dissertação com conteúdo relevante dentro da área clínica (diagnósticos da área clínica)	1	Mestre na área da saúde com dissertação sobre mobilidade e/ou acidente vascular cerebral e/ou sobre componente dos sistemas de classificação de enfermagem	2
Pesquisa (com publicações) na área de diagnósticos	2	Pesquisa (com publicações) na área de mobilidade e/ou acidente	2

		vascular cerebral e/ou sistemas de classificação de enfermagem	
Artigo publicado na área de diagnósticos em um periódico de referência	2	Artigo publicado na área de mobilidade e/ou acidente vascular cerebral e/ou sistemas de classificação de enfermagem em periódico.	3
Doutorado em diagnóstico	2	Doutorado na área da saúde com tese sobre mobilidade e/ou acidente vascular cerebral e/ou sobre componente dos sistemas de classificação de enfermagem	4
Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área de enfermagem em clínica médica	1	Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área de enfermagem no cuidado aos pacientes ≥ 18 anos com acidente vascular cerebral	1
Certificado (especialização) em área clínica médica com comprovada prática clínica	2	Certificado (especialização) na área da saúde que tenha conteúdo específico a pacientes com acidente vascular cerebral	2
Pontuação máxima	14		14

De acordo com o sistema de pontuação exposto no Quadro 30, os enfermeiros deveriam ser mestres e obter a pontuação mínima de cinco pontos para serem incluídos como especialistas deste estudo.

5.2.2 Amostra de especialistas

Em relação ao tamanho da amostra de especialistas, adotaram-se os seguintes critérios: uma proporção mínima de 85% de especialistas que afirmaram a adequada pertinência de cada componente avaliado; valor de 15% de metade dos intervalos de confiança construídos para as proporções. Para cálculo do tamanho da amostra usou-se uma fórmula que considera a proporção final de sujeitos no tocante a determinada variável dicotômica e a completude máxima aceitável ao intervalo de confiança para esta proporção.

Dessa forma, o tamanho da amostra foi definido por $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1-P) / d^2$, no qual Z_{α} refere-se ao nível de confiança (foi adotado um nível de confiança de 95%), P é a proporção de indivíduos que concordam com a pertinência do componente do diagnóstico de enfermagem e d é a extensão ao intervalo de confiança para a proporção considerada aceitável. O cálculo final foi definido por $n = 1,96^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2$. A partir disto, totalizou em 22 especialistas incluídos nesta etapa.

No entanto, buscou-se ampliar este número em face dos riscos de não localização, de recusas ao convite ou do não retorno do instrumento preenchido. Assim, foram identificados 55 especialistas que atenderam aos critérios de inclusão. Destes, dezenove não responderam ao convite para participação da pesquisa e cinco recusaram o convite. Assim, o instrumento foi encaminhado para 31 enfermeiros. No entanto, oito não devolveram o instrumento preenchido no prazo estabelecido. Ao final, a amostra do estudo foi constituída de 23 enfermeiros especialistas.

5.2.3 Procedimento e período de coleta de dados

Após seleção prévia, os enfermeiros especialistas foram convidados por e-mail para participarem do estudo. Encaminhou-se uma carta-convite (Apêndice B) com a apresentação da pesquisadora e a exposição dos objetivos da investigação e dos métodos a serem adotados, bem como as etapas da pesquisa das quais participariam. Além disso, solicitou-se a indicação de outros enfermeiros com perfil de especialista, o que se constituiu em uma amostragem tipo bola de neve.

Depois do aceite enviou-se por e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Também se encaminhou um instrumento, questionário semiestruturado (Apêndice D), composto de três partes: apresentação e orientação sobre o estudo, bem como instruções para o preenchimento; caracterização dos especialistas; e as definições constitutivas e operacionais do resultado Mobilidade e dos seus indicadores criadas na primeira etapa do estudo. A coleta de dados desta segunda etapa ocorreu nos meses de fevereiro a abril de 2011.

Os especialistas avaliaram as definições utilizando os mesmos sete critérios selecionados para subsidiar a fase de construção: comportamental; simplicidade; clareza; relevância; precisão; tipicidade; e amplitude. Para cada critério, marcava-se a opção - 1 (para

critério não atendido, ou seja, título do indicador/ definição constitutiva/ definição operacional não adequado); 0 (para indecisão quanto à adequação do critério, ou seja, título do indicador/ definição constitutiva/ definição operacional de algum modo adequado) ou +1 (para critério atendido, ou seja, título do indicador/ definição constitutiva/ definição operacional adequado).

Ressalta-se, porém: antes do envio do instrumento aos especialistas, este foi submetido à avaliação de três juízes não pertencentes à amostra de especialistas, mas que utilizavam a taxonomia da NOC, com a finalidade de avaliar se o instrumento de coleta de dados dessa etapa atendia aos critérios de clareza, facilidade de leitura e apresentação. As modificações sugeridas pelos juízes diziam respeito à substituição de algumas palavras e à explicação mais minuciosa com vistas a orientar o especialista a escolher uma única opção para cada critério: -1, 0 ou +1. Todas as sugestões foram acatadas.

5.2.4 Organização e análise dos dados

Os dados foram compilados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados pelo pacote estatístico SPSS versão 19.0. Para avaliar a adequação dos critérios psicométricos referentes a cada conjunto definição/magnitude operacional, foram calculadas médias aritméticas para cada um destes critérios. As médias foram obtidas pela razão entre o somatório das notas do indicador e a quantidade de especialistas. Em seguida, empregou-se o teste binomial para examinar se a proporção de especialistas que indicaram como adequado cada critério era igual ou superior a 85% contra a hipótese alternativa a que tal proporção era inferior a 85%. Para esta análise o nível de significância (p) adotado foi de 5%, de modo que valores de p superiores a 0,05 indicavam que a proporção de especialistas que consideravam o item adequado era estatisticamente igual ou superior a 85%.

5.2.5 Aspectos éticos

Em cumprimento aos aspectos éticos, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o número de protocolo 223/10 (Anexo A). Garantiu-se o direito ao anonimato dos especialistas, bem como a

oportunidade de recusar a participação na pesquisa ou dela retirar-se, quando desejasse. Ademais, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

5.3 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

5.3.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento construído após as análises dos conceitos (Apêndice D) foi organizado em três partes:

- **Primeira parte:** apresentação do estudo e instrução para o preenchimento do instrumento com as referências bibliográficas.
- **Segunda parte:** dados referentes ao especialista que possibilitassem sua caracterização com vistas à comparação com os critérios de Fehring (1994) adaptados para o estudo e, ainda, presença de informações mais detalhadas sobre perfil sociodemográfico e profissional.
- **Terceira parte:** validação do resultado de enfermagem e dos seus indicadores. Nesta parte, o especialista deveria escolher o título e a definição mais adequados para o resultado. Além disso, deveria avaliar de acordo com sete dos critérios de Pasquali (comportamental; simplicidade; clareza; relevância; precisão; tipicidade; e amplitude) o título, a definição constitutiva e operacional de cada indicador do resultado de enfermagem Mobilidade estabelecido pela NOC (2010). Também deveria marcar se cada indicador era apropriado para o paciente que teve um acidente vascular cerebral. Ao final, ele poderia sugerir acréscimo ou retirada de algum indicador, caso julgasse pertinente. Os especialistas também avaliaram definição construída para o termo Limitação da mobilidade.

Ressalta-se: todas as partes do instrumento tinham espaços em branco para os especialistas darem sugestões, caso julgassem necessário.

5.3.2 Caracterização dos especialistas

Conforme referido, neste estudo os instrumentos foram encaminhados para 31 especialistas. O prazo estabelecido para devolução do instrumento foi de trinta dias. Mas, para não perder a avaliação de muitos especialistas, este prazo foi duplicado, com a devolução de 23 instrumentos devidamente preenchidos. A taxa de devolução foi de 74,2%.

No Quadro 31, constam os escores obtidos por cada um dos 23 especialistas, representados pelas letras do alfabeto, segundo os critérios adaptados de Fehring (1994).

Quadro 31 – Pontuação dos especialistas participantes do estudo, segundo os critérios adaptados do sistema de pontuação proposto por Fehring (1994). Fortaleza, 2011

Especialistas	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X		
Pontuação	7	7	9	9	9	5	7	5	7	5	5	5	5	5	8	8	11	10	7	5	5	5	5		
Estatísticas	Média					DP ¹					Mediana					P25 ²					P75 ³				
	6,6					1,9					7,0					5,0					8,0				

¹DP – Desvio padrão. ²P25 – percentil 25. ³P75 – percentil 75.

De acordo com as pontuações adaptadas do modelo de Fehring (1994), os especialistas obtiveram média de 6,6 ($\pm 1,9$) pontos. Apesar de se aproximar da pontuação mínima 5 preconizada por Fehring (1994), deve-se destacar que ter mestrado na área da saúde foi considerado um critério obrigatório e, portanto, não pontuado neste estudo. A pontuação máxima identificada foi 11.

Na Tabela 3, apresenta-se o perfil dos especialistas que participaram desta fase.

Tabela 3 – Dados referentes ao perfil sociodemográfico e profissional dos especialistas. Fortaleza, 2011

Variáveis	N	%	Total de enfermeiros
Sexo			
Feminino	22	95,7	23
Masculino	1	4,3	
Localização geográfica do especialista			
Ceará	17	73,9	23
Outros Estados	6	26,1	
Titulação			
Mestre	18	78,3	23
Doutor	5	21,7	
Instituição de trabalho no último ano			
Instituição de ensino superior e hospital	13	56,5	
Instituição de ensino superior e Unidade Básica de Saúde	3	13	19
Instituição de ensino superior	3	13	
Grupo de pesquisa sobre terminologia			
Sim	12	52,2	23
Não	11	47,8	

Grupo de pesquisa sobre mobilidade ou AVC			22
Sim	12	54,5	
Não	10	45,5	
Trabalhos sobre resultado de enfermagem			
Sim	12	52,2	23
Não	11	47,8	
Trabalhos sobre mobilidade ou AVC			
Sim	17	73,9	23
Não	6	26,1	
Ensino sobre mobilidade			
Sim	8	34,8	23
Não	15	65,2	
Ensino sobre AVC			
Sim	8	40,0	20
Não	12	60,0	
Utilização de terminologia de enfermagem na prática			
Sim	17	77,3	22
Não	5	22,7	
Assistência de enfermagem a paciente com acidente vascular cerebral ou mobilidade			
Sim	20	95,2	21
Não	1	4,8	
	Média	DP¹	
Idade	35,3	9,9	
Tempo de formação profissional	12,6	10,1	

¹DP – Desvio padrão.

Neste estudo, segundo observado, nem todos os enfermeiros responderam alguns itens dos dados sociodemográficos. Dessa forma, as porcentagens foram calculadas de acordo com a quantidade de enfermeiros que respondeu a cada item. A maioria dos especialistas era do sexo feminino (95,7%) e trabalhava no Estado do Ceará (73,9%). A média de idade foi de 35,3 (\pm 9,9) anos e o tempo médio de formação 12,6 (\pm 10,1) anos.

Ainda, a titulação predominante foi a de mestre (78,3%) e a maior parte atuava em instituição de ensino superior e em hospitais (56,5%) e participava de grupo de pesquisa sobre mobilidade ou AVC (54,5%). Também, a maioria realizou trabalho com a temática Resultado de enfermagem (52,2%) e sobre mobilidade ou AVC (73,9%). Entre estes trabalhos destacaram-se dissertações, teses e artigos científicos. Embora grande parte não tivesse experiência de docência na temática Mobilidade (65,2%) e AVC (60%), tinha experiência assistencial relacionada ao tema do estudo (95,2%). Ademais, foi frequente o número de enfermeiros a utilizar a terminologia de enfermagem na prática clínica (77,3%).

5.3.3 Avaliação do título e da definição para o resultado Mobilidade

Foram encaminhados aos especialistas dois títulos para o resultado analisado. Um proveniente da NOC (2010) e o outro como resultado da análise de conceito, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Avaliação pelos especialistas dos títulos para o resultado Mobilidade. Fortaleza, 2011

TÍTULO RESULTADO	N	%
Mobilidade (NOC, 2010)	4	17,4
Mobilidade física (análise do conceito)	19	82,6

Consoante observado na Tabela 4, o título analisado como mais adequado para o resultado foi Mobilidade física (82,6%). Diante disso, propõe-se a mudança da denominação do resultado Mobilidade para Mobilidade física.

Na Tabela 5 estão apresentados os dois conceitos enviados para análise dos especialistas. Um retirado da NOC (2010) e o outro identificado na análise de conceito.

Tabela 5 – Avaliação pelos especialistas dos conceitos para o resultado Mobilidade. Fortaleza, 2011

CONCEITOS PARA O RESULTADO MOBILIDADE	N	%
• Capacidade de movimentar-se propositadamente pelo ambiente, de forma independente, com ou sem dispositivo auxiliar (NOC, 2010).	7	30,5
• Capacidade de a pessoa movimentar-se de uma posição postural para outra ou de um local para outro, de forma independente, com utilização ou não de dispositivo auxiliar, como a bengala (análise do conceito).	16	69,5

Ao analisar a Tabela 5, percebe-se que o conceito construído com base na análise empreendida na etapa anterior do estudo foi considerado o mais adequado (69,5%). Dos dezesseis especialistas que optaram pelo segundo conceito, seis sugeriram mudanças. Posteriormente, a exclusão das palavras “como a bengala” foi sugerida e acatada.

Assim, propõe-se a substituição da definição do resultado Mobilidade presente na NOC (2010) pela definição: capacidade de a pessoa movimentar-se de uma posição postural para outra ou de um local para outro, de forma independente, com utilização ou não de dispositivo auxiliar.

5.3.4 Avaliação pelos especialistas dos títulos, definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado Mobilidade

As Tabelas 6, 7 e 8 referem-se ao teste binominal relacionado aos critérios comportamental, simplicidade, clareza, relevância, precisão, tipicidade e amplitude definidos pelos especialistas quanto ao título, definição constitutiva e operacional, respectivamente.

Tabela 6 – Proporção de especialistas que indicaram adequação quanto à aderência dos títulos indicadores em relação aos critérios comportamental, simplicidade, clareza, relevância, tipicidade e amplitude. Fortaleza, 2011.

Indicadores		Critérios avaliados						
		Comp ¹	Simp ²	Clar ³	Rel ⁴	Prec ⁵	Tip ⁶	Amp ⁷
Equilíbrio	Prop ⁸	0,78	1,00	1,00	0,95	0,91	0,91	0,86
	P ⁹	0,256	1,000	1,000	0,976	0,879	0,879	0,692
Coordenação	Prop ⁸	0,73	0,86	0,86	0,91	0,82	0,86	0,86
	P ⁹	0,118	0,692	0,692	0,897	0,460	0,692	0,692
Marcha	Prop ⁸	0,91	0,91	0,91	0,95	0,91	0,91	0,82
	P ⁹	0,879	0,879	0,879	0,976	0,879	0,879	0,460
Movimento dos músculos	Prop ⁸	0,82	0,69	0,73	0,91	0,78	0,69	0,82
	P ⁹	0,460	0,046	0,118	0,879	0,256	0,046	0,460
Movimento das articulações	Prop ⁸	0,86	0,82	0,91	0,91	0,95	0,95	0,95
	P ⁹	0,692	0,460	0,879	0,879	0,976	0,976	0,976
Desempenho no posicionamento do corpo	Prop ⁸	0,69	0,73	0,73	0,86	0,69	0,78	0,82
	P ⁹	0,046	0,118	0,118	0,692	0,046	0,256	0,460
Desempenho na transferência	Prop ⁸	0,95	0,91	0,86	0,95	0,86	0,91	0,91
	P ⁹	0,976	0,879	0,692	0,976	0,692	0,879	0,879
Correr	Prop ⁸	0,73	0,78	0,82	0,65	0,82	0,73	0,73

	P ⁹	0,118	0,256	0,460	0,015	0,460	0,118	0,118
Saltar	Prop ⁸	0,82	0,82	0,86	0,69	0,82	0,78	0,78
	P ⁹	0,460	0,460	0,692	0,046	0,460	0,256	0,256
Rastejar	Prop ⁸	0,78	0,78	0,82	0,69	0,82	0,73	0,73
	P ⁹	0,256	0,256	0,460	0,046	0,460	0,118	0,118
Andar	Prop ⁸	1,00	0,95	0,91	0,95	0,73	0,86	0,82
	P ⁹	1,000	0,976	0,879	0,976	0,118	0,692	0,460
Movimentos realizados com facilidade	Prop ⁸	0,60	0,69	0,56	0,69	0,65	0,69	0,47
	P ⁹	0,004	0,046	<0,009	0,046	0,015	0,046	<0,003

¹Comp – comportamental. ²Simp – simplicidade. ³Clar – clareza. ⁴Rel – relevância. ⁵Prec – precisão. ⁶Tip – tipicidade. ⁷Amp – amplitude. ⁸Prop – proporção observada. ⁹P – valor p.

Segundo é possível constatar na Tabela 6, os indicadores Equilíbrio, Coordenação, Marcha, Movimento das articulações, Desempenho na transferência e Andar apresentaram proporção estatisticamente igual a 85% para os títulos dos indicadores ($p > 0,05$), conforme avaliação dos especialistas. Contudo, denotou-se uma proporção estatisticamente inferior a 85% de especialistas que afirmaram que os indicadores Correr, Rastejar e Saltar eram relevantes para o resultado de enfermagem Mobilidade ($p < 0,05$). Além disso, proporções estatisticamente inferiores a 85% de especialistas também foram observadas para os indicadores: Movimento dos músculos, para os critérios simplicidade ($p = 0,046$) e tipicidade ($p = 0,046$); Desempenho no posicionamento do corpo, para os critérios comportamental ($p = 0,046$) e precisão ($p = 0,046$); e Movimentos realizados com facilidade, em todos os critérios.

Tabela 7 - Proporção de especialistas que indicaram adequação quanto à aderência das definições constitutivas dos indicadores em relação aos critérios comportamental, simplicidade, clareza, relevância, precisão, tipicidade e amplitude. Fortaleza, 2011

Indicadores		Critérios avaliados						
		Comp ¹	Simp ²	Clar ³	Rel ⁴	Prec ⁵	Tip ⁶	Amp ⁷
Equilíbrio	Prop ⁸	0,78	0,82	0,73	0,91	0,86	0,78	0,73
	P ⁹	0,256	0,460	0,118	0,879	0,692	0,256	0,118
Coordenação	Prop ⁸	0,73	0,21	0,26	0,95	0,86	0,17	0,78
	P ⁹	0,118	<0,002	<0,003	0,976	0,692	<0,001	0,256
Marcha	Prop ⁸	0,91	0,73	0,82	0,91	0,73	0,86	0,69
	P ⁹	0,879	0,118	0,460	0,879	0,118	0,692	0,046
Movimento dos músculos	Prop ⁸	1,00	0,86	0,86	1,00	0,82	0,86	0,95
	P ⁹	1,000	0,692	0,692	1,000	0,460	0,692	0,976

Movimento das articulações	Prop ⁸	0,82	0,78	0,91	0,95	0,82	0,86	0,95
	P ⁹	0,460	0,256	0,879	0,976	0,460	0,692	0,976
Desempenho no posicionamento do corpo	Prop ⁸	0,69	0,82	0,73	0,91	0,69	0,82	0,78
	P ⁹	0,046	0,460	0,118	0,879	0,046	0,460	0,256
Desempenho na transferência	Prop ⁸	0,91	0,95	1,00	0,95	0,95	0,91	0,91
	P ⁹	0,879	0,976	1,000	0,976	0,976	0,879	0,879
Correr	Prop ⁸	0,86	0,86	0,82	0,69	0,82	0,82	0,73
	P ⁹	0,692	0,692	0,460	0,046	0,460	0,460	0,118
Saltar	Prop ⁸	0,78	0,82	0,86	0,69	0,82	0,78	0,78
	P ⁹	0,256	0,460	0,692	0,046	0,460	0,256	0,256
Rastejar	Prop ⁸	0,82	0,86	0,78	0,73	0,82	0,73	0,73
	P ⁹	0,460	0,692	0,256	0,118	0,460	0,118	0,118
Andar	Prop ⁸	0,95	0,69	0,34	0,91	0,78	0,73	0,73
	P ⁹	0,976	0,046	<0,006	0,879	0,256	0,118	0,118
Movimentos realizados com facilidade	Prop ⁸	0,69	0,69	0,47	0,69	0,60	0,65	0,56
	P ⁹	0,046	0,046	<0,003	0,046	0,004	0,015	<0,009

¹Comp – comportamental. ²Simp – simplicidade. ³Clar – clareza. ⁴Rel – relevância. ⁵Prec – precisão. ⁶Tip – tipicidade. ⁷Amp – amplitude. ⁸Prop – proporção observada. ⁹P – valor p.

De acordo com os dados apresentados na Tabela 7, os indicadores Equilíbrio, Movimento dos músculos, Movimento das articulações,

Desempenho na transferência e Rastejar evidenciaram proporção estatisticamente igual a 85% para as definições constitutivas ($p > 0,05$) consoante a avaliação dos especialistas. Também identificou-se uma proporção estatisticamente inferior a 85% de especialistas que avaliaram a relevância dos indicadores Correr e Saltar para o resultado de enfermagem Mobilidade ($p < 0,05$). Ademais, proporções estatisticamente inferiores a 85% de especialistas foram observadas para estes indicadores: Coordenação, para os critérios simplicidade ($p < 0,002$), clareza ($p < 0,003$) e tipicidade ($p < 0,001$); Marcha, para o critério amplitude ($p = 0,046$); Desempenho no posicionamento do corpo, para o critério comportamental ($p = 0,046$), e precisão ($p = 0,046$); Correr e Saltar, para o critério relevância ($p = 0,046$); Andar, para os critérios simplicidade ($p = 0,046$) e clareza ($p < 0,006$); e Movimentos realizados com facilidade, em todos os

Tabela 8 – Proporção de especialistas que indicaram adequação quanto à aderência das definições operacionais dos indicadores em relação aos critérios comportamental, simplicidade, clareza, relevância, precisão, tipicidade e amplitude. Fortaleza, 2011

Indicadores		Critérios avaliados						
		Comp ¹	Simp ²	Clar ³	Rel ⁴	Prec ⁵	Tip ⁶	Amp ⁷
Equilíbrio	Prop ⁸	0,91	0,86	0,26	0,95	0,73	0,86	0,86
	P ⁹	0,879	0,692	<0,003	0,976	0,118	0,692	0,692
Coordenação	Prop ⁸	0,82	0,86	0,91	0,95	0,82	0,86	0,78
	P ⁹	0,460	0,692	0,879	0,976	0,460	0,692	0,256
Marcha	Prop ⁸	0,91	0,69	0,65	0,86	0,69	0,82	0,65
	P ⁹	0,879	0,046	0,015	0,692	0,046	0,460	0,015
Movimento dos músculos	Prop ⁸	0,91	0,73	0,65	0,91	0,69	0,78	0,82
	P ⁹	0,879	0,118	0,015	0,879	0,046	0,256	0,460
Movimento das articulações	Prop ⁸	0,82	0,78	0,65	0,91	0,78	0,86	0,91
	P ⁹	0,460	0,256	0,015	0,879	0,256	0,692	0,879
Desempenho no posicionamento do corpo	Prop ⁸	0,86	0,78	0,34	0,21	0,78	0,86	0,26
	P ⁹	0,692	0,256	<0,006	<0,002	0,256	0,692	<0,003
Desempenho na transferência	Prop ⁸	0,91	0,86	0,78	0,95	0,17	0,82	0,82
	P ⁹	0,879	0,692	0,256	0,976	<0,001	0,460	0,460
Correr	Prop ⁸	0,73	0,82	0,82	0,78	0,78	0,78	0,73
	P ⁹	0,118	0,460	0,460	0,256	0,256	0,256	0,118
Saltar	Prop ⁸	0,82	0,78	0,82	0,65	0,78	0,78	0,73
	P ⁹	0,460	0,256	0,460	0,015	0,256	0,256	0,118
Rastejar	Prop ⁸	0,78	0,65	0,69	0,73	0,69	0,69	0,73
	P ⁹	0,256	0,015	0,046	0,118	0,046	0,046	0,118
Andar	Prop ⁸	0,91	0,86	0,86	1,00	0,69	0,91	0,78
	P ⁹	0,879	0,692	0,692	1,000	0,046	0,879	0,256
Movimentos realizados com facilidade	Prop ⁸	0,73	0,78	0,52	0,73	0,65	0,69	0,65
	P ⁹	0,118	0,256	<0,002	0,118	0,015	0,046	0,015

¹Comp – comportamental. ²Simp – simplicidade. ³Clar – clareza. ⁴Rel – relevância. ⁵Prec – precisão. ⁶Tip – tipicidade. ⁷Amp – amplitude. ⁸Prop – proporção observada. ⁹P – valor p. critérios.

Como mostra a Tabela 8, o indicador Coordenação apresentou proporção estatisticamente igual a 85% para as definições operacionais dos indicadores ($p > 0,05$) de acordo com avaliação dos especialistas. Verificou-se uma proporção estatisticamente inferior a 85% de especialistas segundo os quais os indicadores Saltar e Desempenho no posicionamento do corpo eram relevantes para o resultado de enfermagem Mobilidade ($p < 0,05$). E, ainda, proporções estatisticamente inferiores a 85% de especialistas também foram observadas para os indicadores: Equilíbrio, para o critério clareza ($p < 0,003$); Marcha, para os critérios simplicidade ($p = 0,046$), clareza ($p = 0,015$), precisão ($p = 0,046$) e amplitude ($p = 0,015$); Movimento dos músculos, para os critérios clareza ($p = 0,015$) e precisão ($p = 0,046$); Movimento das articulações, para o critério clareza ($p = 0,015$); Desempenho no posicionamento do corpo, para os critérios clareza ($< 0,006$), relevância ($< 0,002$) e amplitude ($< 0,003$); Desempenho na transferência, para o critério precisão ($< 0,001$); Andar, para o critério precisão ($p = 0,046$); Rastejar para os critérios simplicidade ($p = 0,015$), clareza ($p = 0,046$), precisão ($p = 0,046$) e tipicidade ($p = 0,046$); e Movimentos realizados com facilidade, para os critérios clareza ($< 0,002$), precisão ($p = 0,015$), tipicidade ($p = 0,046$) e amplitude ($p = 0,015$).

Além disso, constam as sugestões de mudanças referidas pelos especialistas. Alguns consideraram títulos, definições constitutivas e operacionais não adequados para determinados indicadores e outros mencionaram modificações. No entanto, alguns apenas marcaram o critério de Pasquali como não adequado, mas sem apresentar proposta de mudança.

Em seguida serão expostas as sugestões dos especialistas para cada indicador.

• **Indicador Equilíbrio**

Ao avaliar as sugestões dos especialistas, conforme se notou o título do indicador Equilíbrio foi considerado pertinente, porquanto nenhum sugeriu mudança e a análise do teste binominal denotou proporção estatisticamente igual a 85%.

Quanto às definições constitutivas, algumas modificações foram aventadas, tais como: retirar a frase “É a capacidade de uma pessoa de não cair”. Além disso, substituir a frase: “É a capacidade de manter o centro projetado da massa do corpo” por “capacidade de manter o centro gravitacional estável”.

No tocante às definições operacionais, os especialistas propuseram substituir na magnitude da definição operacional a palavra “incapaz” por “não capaz”, no intuito de padronizar a linguagem utilizada para este indicador. Assim, como na definição operacional, o termo “em pé” por “posição ereta”. A justificativa também foi a padronização da linguagem e por ser menos coloquial. Entretanto, para 95,7% dos especialistas este indicador revelou-se apropriado para o resultado

Mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral.

Diante da avaliação dos especialistas, julga-se este indicador importante ao avaliar um paciente com AVC. As sugestões foram acatadas e estão apresentadas no Quadro 32.

- **Indicador Coordenação**

Os especialistas propuseram a substituição da palavra “Coordenação” como indicador por “Coordenação motora”, por considerarem o termo anterior muito abrangente.

Para definição constitutiva a sugestão foi substituir a definição constante do Quadro 29 pela seguinte: “Coordenação motora é a relação entre elementos envolvidos na realização de movimentos decorrentes da integração entre comando central (cérebro) e unidades motoras dos músculos e articulações que funcionam de modo articulado”.

Indicou-se a modificação em uma frase da magnitude da definição operacional, qual seja: “incapaz de realizar qualquer um dos testes” por “incapaz de realizar ambos os testes”. Também houve a sugestão de incluir na definição operacional a coordenação motora fina. Assim, foram acrescentados os itens: desenhar em um papel; recortar um papel e encaixar uma peça de um jogo.

Todos os especialistas julgaram este indicador apropriado para o resultado Mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral. Acataram-se as sugestões e fizeram-se as modificações necessárias.

- **Indicador Marcha**

Não houve proposta de mudança para o título e para a definição constitutiva do indicador Marcha. Na magnitude da definição operacional foi sugerida a estratificação dos pontos de Tinetti. Por exemplo, substituir “obtem no máximo 3 pontos na escala de marcha de Tinetti” por “obtem de 1 a 3 pontos na escala de marcha de Tinetti”. Propôs-se esta estratificação para todos os demais itens. Também foi sugerido na definição operacional organizar de forma mais clara os itens.

Todos os especialistas consideraram este indicador apropriado na avaliação do paciente com acidente vascular cerebral. Muitos aventaram a junção do indicador Marcha com o indicador Andar.

- **Indicador Andar**

Ao avaliar o indicador Andar, não houve sugestão de mudança do título. Na definição

constitutiva as alterações foram quanto às substituições: “andar de escadas” por “subir e descer degraus” e “andar de forma rápida e curta” por “andar de forma rápida e lenta”. Além disso, os especialistas propuseram a retirada das palavras “a marcha e”. Na magnitude da definição operacional sugeriram retirar as palavras “no máximo”, pois os pacientes devem realizar nenhuma, uma, duas, três ou todas as atividades. Assim, “no máximo” estava sendo colocado de forma inadequada.

Para todos os especialistas este indicador revelou-se apropriado na avaliação de pacientes que tiveram acidente vascular cerebral. No entanto, alguns sugeriram a junção com o indicador Marcha, como citado. Contudo, marcha e andar são atividades diferentes com definições constitutivas e operacionais distintas, apesar de apresentarem aspectos em comum. Dessa forma, optou-se por manter os dois indicadores.

- **Movimento dos músculos**

Ao avaliar o indicador Movimento dos músculos, observou-se que nenhum especialista sugeriu mudança no título. Apenas referiram ser mais pertinente a junção deste indicador com o indicador Movimento das articulações. Também nenhum especialista sugeriu modificar a definição constitutiva.

Na definição operacional, segundo os especialistas, se deveria deixar mais claro quais seriam os músculos do corpo avaliados. Assim, acrescentou-se à definição “músculos dos membros superiores e inferiores”. Ainda como proposto pelos especialistas, acrescentou-se a avaliação da força muscular por ser pertinente para este indicador e para diferenciar do indicador Movimento das articulações.

Diante disso, aditou-se à definição operacional a graduação da força muscular:

- 0.** Nenhuma contração
- 1.** Ligeira contração
- 2.** Amplitude do movimento plena com eliminação da gravidade (movimentação passiva)
- 3.** Amplitude do movimento plena com a gravidade
- 4.** Amplitude do movimento plena contra a gravidade, alguma resistência
- 5.** Amplitude do movimento plena contra a gravidade, resistência plena.

Conforme evidenciado, para 87,0% dos especialistas este indicador revelou-se apropriado para avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral. Muitos especialistas, como citado, sugeriram a junção do indicador Movimento dos músculos com o indicador Movimento das articulações, por terem sido apresentadas as definições constitutivas e operacionais de forma

semelhante como consta no Quadro 29. No entanto, ao acrescentar a graduação da força muscular no indicador Movimento dos músculos acredita-se ter sido atendida a solicitação de diferenciá-los. Diante disso, optou-se por manter os dois indicadores.

- **Movimento das articulações**

Ao avaliar o indicador Movimento das articulações, não houve sugestão de mudança do título e das definições operacionais. Quanto à definição constitutiva, segundo os especialistas, se deveria acrescentar nos itens abdução e adução as palavras “de uma articulação” após a palavra “movimento”, resultando na frase “movimento de uma articulação”.

Na ótica da maioria dos especialistas (91,3%), este indicador é apropriado para ser utilizado na avaliação de pacientes que tiveram acidente vascular cerebral.

- **Desempenho do posicionamento do corpo**

Não houve sugestão para mudança no título do indicador Desempenho do posicionamento do corpo. Na definição constitutiva foi proposto iniciar a definição com a frase: “o desempenho no posicionamento do corpo envolve alinhamento e sentido de posição”. Em relação à definição operacional, se deveria retirar a palavra “seu” e acrescentar “do paciente” após a palavra pé.

Todos os especialistas consideraram este indicador apropriado para avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral.

- **Desempenho na transferência**

Os especialistas não apresentaram sugestão de mudanças nem para o título nem para a definição constitutiva do indicador Desempenho na transferência. Para a definição operacional, de acordo com eles, se deveria retirar o item: “para dentro ou para fora da banheira” em virtude do uso da banheira não ser uma atividade comum na realidade brasileira. Também foi retirada a palavra “no máximo” e feitas as estratificações dos itens da magnitude da definição operacional.

Todos os especialistas consideraram este indicador apropriado para avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral. Muitos deles referiram ser um dos principais indicadores do resultado Mobilidade.

- **Correr**

Ao analisar o indicador Correr, notou-se uma proporção estatisticamente inferior a 85% em todos os critérios de Pasquali referentes ao título. Contudo, nenhum especialista sugeriu mudança. Na verdade, segundo muitos referiram, este indicador não é avaliado na prática de um profissional que trabalha com pacientes com AVC. Assim, 47,8% o consideraram não apropriado. Além disso, mencionaram que correr não é essencial e importante como atividade de vida diária.

No tocante à definição constitutiva, a ideia dos especialistas foi modificar a definição constante do Quadro 29 por “deslocar-se de forma rápida”.

Também observou-se uma proporção estatisticamente inferior a 85% em todos os critérios de Pasquali avaliados referentes à definição operacional. Indicou-se então, a mudança da definição operacional para “Pedir para o paciente correr de 3 a 6 metros”. Ademais, foram feitas modificações nas magnitudes das definições operacionais, substituindo a frase “de andar com passos mais rápidos que a marcha” por “corre” e acrescentando após a palavra “percurso” as palavras “no tempo determinado”.

Diante do exposto, acata-se a exclusão deste indicador por não ser apropriado para avaliação de paciente com acidente vascular cerebral.

- **Saltar**

Todos os critérios de Pasquali avaliados pelos especialistas para este indicador referentes a título, definição constitutiva e definição operacional apresentaram proporção estatisticamente inferior a 85%, com exceção do critério clareza para definição constitutiva.

De acordo com os especialistas, se deveria substituir a definição constitutiva constante do Quadro 29 por “dar saltos, pular”, e acrescentar ao final da frase da definição operacional: “estando diante de um objeto ou barra de apoio”.

Este indicador foi considerado não apropriado pela maioria dos especialistas (52,2%) para ser avaliado com pacientes com acidente vascular cerebral.

Com base em toda esta análise, decidiu-se excluir este indicador na avaliação destes pacientes.

- **Rastejar**

Ao analisar o indicador Rastejar, consoante se percebeu, todos os critérios de Pasquali avaliados pelos especialistas referentes a título, definição constitutiva e operacional obtiveram proporção estatisticamente inferior a 85%, com exceção do critério simplicidade para definição constitutiva.

Para definição constitutiva, as sugestões foram: substituir as palavras “andar arrastando-se” por “arrastar-se” e para definição operacional substituir a palavra “andar” por “rastejar”.

Na ótica da maior parte dos enfermeiros (65,2%), este indicador não é apropriado para os pacientes que tiveram acidente vascular cerebral. Conforme muitos referiram, não é utilizado na prática clínica e avaliar o paciente neste aspecto seria humilhante. Além disso, caso fosse preciso utilizá-lo, apenas deveria ser avaliado em pacientes que não conseguissem andar.

Com base no exposto, sugere-se a exclusão deste indicador para avaliação dos pacientes com AVC.

- **Movimentos realizados com facilidade**

Todos os critérios de Pasquali avaliados pelos enfermeiros referentes ao indicador Movimentos realizados com facilidade apresentaram proporção estatisticamente inferior a 85%. No entanto, não houve sugestões para modificações de título, definição constitutiva e definição operacional.

Apesar de 60,9% dos enfermeiros referirem que este indicador é apropriado na avaliação de pacientes com AVC, segundo eles comentaram, existem outros indicadores do resultado Mobilidade mais específicos e avaliar também este indicador ficaria repetitivo. Dessa forma, julgaram um indicador importante, mas desnecessário, por já ser contemplado nos demais. Assim, este indicador também deverá ser excluído ao avaliar o paciente com AVC.

Ressalta-se que no instrumento os especialistas tiveram oportunidade de dar sugestões para acréscimos de indicadores, mas poucos o fizeram. Um especialista propôs-se acrescentar o indicador Alimentação. Outro sugeriu o acréscimo de indicadores: Alimentar-se, Higienizar-se e Vestir-se. Já outro sugeriu acrescentar Cognição. Considerou-se, porém, que estes indicadores estão relacionados com atividades de vida diária e o de cognição não está diretamente relacionado com a mobilidade. Dessa forma, eles não seriam fundamentais para avaliar o paciente com AVC no aspecto da mobilidade física. Além disso, todos os especialistas julgaram adequada a definição criada para o termo Limitação da mobilidade.

No Quadro 32 expõe-se a estrutura proposta para o resultado Mobilidade na avaliação de pacientes com acidente vascular cerebral após a validação dos especialistas.

Quadro 32 – Estrutura proposta para o resultado de enfermagem Mobilidade em pacientes acometidos por acidente vascular cerebral, após a validação dos especialistas. Fortaleza, 2011

MOBILIDADE FÍSICA				
Definição: Capacidade da pessoa movimentar-se de uma posição postural para outra ou de um local para outro, de forma independente, com utilização ou não de dispositivo auxiliar.				
Escala: 1 – Gravemente comprometido; 2 – Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 – Levemente comprometido 5 – Não comprometido.				
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1 ()2 ()3 ()4 ()5	
Equilíbrio	O equilíbrio é a condição na qual todas as forças que atuam sobre o corpo são equilibradas. É a capacidade de manter o centro gravitacional corporal estável, posição ereta, dentro dos limites de estabilidade de apoio ou base de suporte.	Ao aplicar Berg Balance Scale, pedir para o paciente realizar as seguintes atividades: - mudar da posição sentada para a posição ereta; - ficar na posição ereta sem apoio; - sentar sem apoio; - mudar da posição ereta para sentada; - realizar transferências; - ficar na posição ereta com os olhos fechados; - ficar na posição ereta com os pés juntos; - reclinar à frente com os braços estendidos; - apanhar objeto no chão; - virar-se para olhar para trás;	1	Não é capaz de realizar as atividades de equilíbrio.
			2	Capaz de realizar de uma a quatro atividades de equilíbrio.
			3	Capaz de realizar de cinco a oito atividades de equilíbrio.
			4	Capaz de realizar de nove a doze atividades de equilíbrio.
			5	Capaz de realizar de treze a dezessete atividades de equilíbrio.

		<ul style="list-style-type: none"> - girar 360°; - colocar os pés alternadamente sobre um banco; - ficar na posição ereta com um pé em frente ao outro; - ficar na posição ereta apoiado em um pé só. - Desenhar em um papel. - Recortar um papel. - Encaixar uma peça de um jogo. 		
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1	()2 ()3 ()4 ()5
Coordenação motora	Coordenação motora é a relação entre elementos envolvidos na realização de movimentos decorrente da integração entre comando central (cérebro) e unidades motoras dos músculos e articulações que funcionam de modo articulado.	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir para o paciente com os olhos fechados e braços estendidos realizar o teste do dedo-nariz. Observar se ele toca a ponta do próprio nariz em cada dedo indicador, alternando as mãos e aumentando a velocidade. - Pedir para o paciente realizar o teste de movimentos alternados rápidos. Observar se o paciente alternadamente prona e supina suas mãos, como ao bater alternadamente com a palma e o dorso da mão sobre a coxa ou 	1	Incapaz de realizar ambos os testes.
			2	Capaz de realizar no máximo um dos testes com muita dificuldade e com movimentos lentos.
			3	Capaz de realizar os dois testes com muita dificuldade e com movimentos lentos
			4	Capaz de realizar os dois testes sem dificuldades, mas com movimentos lentos.
			5	Capaz de realizar os dois testes sem dificuldades e

		sobre a palma ou o dorso da outra mão ou imitar trocar uma lâmpada ou girar uma maçaneta. Observar se estes movimentos foram executados o mais rápido possível.		com movimentos rápidos.
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1	()2 ()3 ()4 ()5
Marcha	Ato ou efeito de marchar. Jornada a pé. Modo de andar. Passo cadenciado. Habilidade motora extremamente complexa, composta por uma sequência de movimentos cíclicos dos membros inferiores que geram deslocamento do corpo. Durante sua execução, há sucessivos movimentos intrínsecos ocasionados pela transferência de peso de um pé para outro, mas é possível obter um deslocamento estável, mantendo-se a proporção do centro de gravidade continuamente entre os dois pés. A marcha inicia-se quando o calcanhar de um membro toca o solo e termina quando o calcanhar do mesmo membro toca novamente o solo.	Aplicar o teste de marcha de Tinetti: <i>Observar se o início da marcha é:</i>	1	Não obtém pontuação na escala de marcha de Tinetti.
		- após comando (0) - imediato (1). <i>Observar comprimento e altura dos passos:</i> <i>Perna direita em balanceio:</i>	2	Obtém de 0 a 3 pontos na escala de marcha de Tinetti.
		- não passa o membro esquerdo (0) - passa o membro esquerdo (1) - o pé direito não se afasta completamente do solo com o passo (0)	3	Obtém de 4 a 6 pontos na escala de marcha de Tinetti.
		- o pé direito se afasta completamente do solo (1). <i>Perna esquerda em balanceio:</i>	4	Obtém de 7 a 9 pontos na escala de marcha de Tinetti.
		- não passa o membro direito (0) - passa o membro direito (1) - o pé esquerdo não se afasta	5	Obtém de 10 a 12 pontos na escala de marcha de Tinetti.

		<p>completamente do solo com o passo (0)</p> <ul style="list-style-type: none"> - o pé esquerdo se afasta completamente do solo (1). <p><i>Observar simetria dos passos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - passos do pé direito e esquerdo desiguais (0) - passos do pé direito e esquerdo parecem iguais (1) <p><i>Observar continuidade dos passos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - parada ou descontinuidade entre os passos (0) - passos parecem contínuos (1). <p><i>Observar desvio em linha reta (distância aproximada de 3m x 30cm):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - desvio marcado (0) - desvio leve e moderado (1) - usa dispositivo de auxílio à marcha (2). - Observar tronco: oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha (0) - sem oscilação, mas com flexão de joelhos ou dor lombar ou afasta os braços enquanto anda (1) - sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha (2). <p><i>Observar base de apoio:</i></p>		
--	--	---	--	--

		- calcanhares afastados (0) - calcanhares quase se tocando durante a marcha (1).		
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1 ()2 ()3 ()4 ()5	
Andar	Movimentar-se, dando passos. Movimentar-se por impulso próprio ou não. Mover-se. Envolve regiões corticais, subcorticais e espinhais. É a capacidade de executar as atividades que envolvem a mobilidade, tais como subir e descer degraus, virar, fazer transferências, andar de forma rápida e lenta as distâncias especificadas.	Pedir para o paciente realizar as seguintes atividades: - caminhar de 3 a 6 metros. - andar em aclive - andar em declive - subir escadas	1	Incapaz de executar alguma destas atividades.
			2	Capaz de executar uma das atividades com ou sem ajuda de pessoas ou mecanismos auxiliares.
			3	Capaz de executar duas destas atividades com ou sem ajuda de pessoas ou mecanismos auxiliares.
			4	Capaz de executar três destas atividades com ou sem ajuda de pessoas ou mecanismos auxiliares.
			5	Capaz de executar de forma independente todas estas atividades.
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1 ()2 ()3 ()4 ()5	
Movimento dos	Por meio da coordenação dos grupos musculares, o	Pedir para o paciente realizar	1	Apresenta graduação 0

músculos	<p>corpo é capaz de realizar uma grande variedade de movimentos. A contração muscular produz vários movimentos. São eles:</p> <p>Flexão: curvatura de uma articulação.</p> <p>Extensão: estiramento em uma articulação.</p> <p>Abdução: movimento de afastamento a partir da linha média.</p> <p>Adução: movimento no sentido da linha média.</p> <p>Rotação: girar em torno de um eixo específico.</p> <p>Circundação: movimento semelhante ao cone.</p> <p>Supinação: virar para cima.</p> <p>Pronação: virar para baixo.</p> <p>Inversão: virar para dentro.</p> <p>Eversão: virar para fora.</p> <p>Protração: empurrar para diante.</p> <p>Retração: puxar para trás.</p>	<p>os movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação, circundação, supinação, pronação, inversão, eversão, protração e retração dos músculos dos membros superiores e inferiores. Avaliar a força muscular de cada movimento.</p> <p>Gradação da força muscular:</p> <p>0. Nenhuma contração</p> <p>1. Ligeira contração</p> <p>2. Amplitude do movimento plena com eliminação da gravidade (movimentação passiva)</p> <p>3. Amplitude do movimento plena com a gravidade</p> <p>4. Amplitude do movimento plena contra a gravidade, alguma resistência</p> <p>5. Amplitude do movimento plena contra a gravidade, resistência plena</p>		da força muscular.
			2	Apresenta graduação 1 ou 2 da força muscular.
			3	Apresenta graduação 3 da força muscular.
			4	Apresenta graduação 4 da força muscular.
			5	Apresenta graduação 5 da força muscular.
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1 ()2 ()3 ()4 ()5	
Movimento das	As articulações possuem os	Pedir para o	1	Incapaz de

articulações	<p>seguintes movimentos:</p> <p>Abdução: movimento distanciando-se da linha média do corpo.</p> <p>Adução: movimento em direção à linha média do corpo.</p> <p>Flexão: inclinação de uma articulação tal que o ângulo da articulação diminui.</p> <p>Extensão: o retorno do movimento decorrente da flexão; o ângulo da articulação é aumentado.</p> <p>Rotação: ato de virar ou movimentar uma parte em torno de seu próprio eixo.</p> <p>Interna: vira para dentro, em direção ao centro.</p> <p>Externa: vira para fora distante do centro.</p> <p>Dorsiflexão: movimento que flexiona ou inclina a mão para trás, em direção ao corpo, ou o pé em direção à perna.</p> <p>Flexão palmar: movimento que flete ou inclina a mão em direção à palma.</p> <p>Flexão plantar: movimento que flete ou inclina o pé em direção à sola.</p> <p>Pronação: rotação do antebraço de forma que a palma da mão fica para baixo.</p> <p>Supinação: rotação do antebraço de modo que a palma da mão fica para cima.</p> <p>Oposição: toque do polegar em cada ponta do dedo da mesma mão.</p> <p>Inversão: movimento que vira a sola do pé para dentro.</p> <p>Eversão: movimento que vira a sola do pé para fora.</p>	<p>paciente realizar os movimentos de:</p> <p>- flexão, extensão, flexão lateral e rotação da cabeça e pescoço;</p> <p>- flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa dos ombros;</p> <p>- flexão e extensão dos cotovelos;</p> <p>- flexão, extensão, supinação, pronação e hiperextensão dos punhos e mãos;</p> <p>- flexão, extensão, abdução, adução e oposição do polegar aos dedos das mãos;</p> <p>- flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa do quadril;</p> <p>- flexão e extensão dos joelhos;</p> <p>- dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão dos tornozelos e pés;</p> <p>- flexão, extensão, abdução e adução dos dedos dos pés.</p>		realizar algum destes movimentos das articulações.
			2	Capaz de realizar de um a três movimentos das articulações.
			3	Capaz de realizar de quatro a cinco movimentos das articulações.
			4	Capaz de realizar de seis a sete movimentos das articulações.
			5	Capaz de realizar de oito a nove movimentos das articulações.
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1 ()2 ()3 ()4 ()5	

Desempenho no posicionamento do corpo	O desempenho no posicionamento do corpo envolve alinhamento e sentido de posição. O alinhamento é a posição do corpo em relação à gravidade, centro de massa e base de apoio. O sentido de posição é a percepção da posição do corpo ou de suas partes no espaço.	Realizar o teste de cinestesia: Pedir para o paciente ficar de olhos fechados e segurar o dedo lateralmente da mão ou o primeiro dedo do pé do paciente e mover para cima e para baixo, exercendo tão pouca pressão quanto possível para eliminar indicações de variações na pressão. Pedir para o paciente indicar a posição do movimento. Observar se o paciente consegue detectar movimentos de alguns milímetros e se tem perda do sentido posicional.	1	Incapaz de detectar movimentos e tem perda do sentido posicional.
			2	Capaz de detectar no máximo grandes movimentos e tem perda do sentido posicional.
			3	Capaz de detectar no máximo grandes movimentos e mantém a noção do sentido posicional por no máximo 10 segundos.
			4	Capaz de detectar grandes movimentos e pequenos movimentos e mantém a noção do sentido posicional por no máximo 30 segundos.
			5	Capaz de detectar movimentos de alguns milímetros e indica a posição correta dos movimentos por tempo indeterminado.
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1 ()2 ()3 ()4 ()5	

Desempenho na transferência	Atividade centrada em deslocar o corpo de uma superfície para outra.	Pedir para o paciente transferir-se:	1	Incapaz de realizar alguma das transferências.		
		- Para ou do vaso sanitário		2	Capaz de realizar de uma a quatro transferências.	
		- Para ou da cadeira higiênica			3	Capaz de realizar de cinco a oito transferências.
		- Para dentro ou para fora do chuveiro				4
		- Entre superfícies de níveis diferentes			5	
- Da cadeira para o carro						
- Do carro para a cadeira						
- Da cadeira para o chão						
- Do chão para a cadeira						
- Da posição em pé para o chão						
- Do chão para a posição em pé						
- Da cadeira para a posição em pé						
- Da posição em pé para a cadeira						
- Da cama para a posição em pé						
- Da posição em pé para a cama						
- Da cama para a cadeira						
- Da cadeira para a cama						

1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3 - Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido; 5 - Não comprometido

5.4 DISCUSSÕES DA VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS

Nos estudos que envolvem validação de taxonomias de enfermagem, uma das grandes dificuldades é a seleção de enfermeiros especialistas, principalmente ao levar em consideração os critérios propostos por Fehring em 1994 (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008).

Como evidenciado, as taxonomias (NANDA, NIC e NOC) não referem critérios próprios para seleção dos especialistas. Diante disso, muitas pesquisas têm recorrido a uma variedade de critérios para definir a inclusão da amostra. Ademais, o recrutamento de especialistas torna-se uma tarefa árdua em face da lacuna, em muitos estados do país, de profissionais enfermeiros com titulação específica para a área de interesse de cada estudo e, sobretudo, com experiência em diagnósticos, intervenções e/ou resultados de enfermagem. Este fato influencia de forma negativa no processo de validação, pois a adoção de critérios inadequados interfere na fidedignidade dos achados (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Esta dificuldade de padronização de critérios para definição de especialistas é percebida ao analisar diferentes pesquisas. Em estudo sobre perfil diagnóstico de pacientes em pós-operatório de transplante cardíaco, a formação ideal para um enfermeiro especialista deveria contemplar o conhecimento adquirido na prática clínica e a habilidade de diagnosticar fenômenos de enfermagem (MATOS, 2009). Outro autor mencionou o tempo de atuação clínica como um indicador de experiência e consequente habilidade em diagnosticar, além de definir que quanto mais títulos e mais pesquisas realizadas na temática estudada, maior a probabilidade de o enfermeiro ser considerado perito (GALDEANO, 2007).

Em uma pesquisa de revisão desenvolvida para compreender os conceitos de especialistas, os autores perceberam ao longo da análise dos estudos que havia diversidade de critérios empregados para identificá-los ou selecioná-los. Tais critérios incluíam a identificação por pares, o tempo de experiência, a formação educacional, qualidades pessoais, atividade profissional e *status*. Ademais, apenas alguns dos estudos analisados justificavam a adoção de cada critério (MANLEY; GARBETT, 2000).

Quanto ao tempo de experiência clínica adotado como um critério para recrutar os enfermeiros especialistas, normalmente, verifica-se o período mínimo de dois anos ou acima de cinco anos. Porém, apenas o tempo de experiência não resulta em garantia de *expertise*, pois esta se origina do aprendizado com base na reflexão da situação vivenciada, a fim de modificar o comportamento do indivíduo (MANLEY; GARBETT, 2000).

Outro pesquisador, ao desenvolver análise de conceito segundo o modelo de Walker e Avant, questionou treze enfermeiros quanto à definição e seus critérios para a palavra especialista, por meio de entrevista individual e grupos de discussão. Como resultado, identificou, entre outros, os termos/expressões: conhecimento adquirido, (indivíduo) muito habilidoso no que faz, pessoa experiente, especialista e (indivíduo) reconhecido por outros (JASPER, 1994).

Este mesmo autor listou os seguintes atributos para *expert*: possuir um corpo de conhecimento especializado ou habilidade; extensa experiência no campo de prática; níveis altamente desenvolvidos de padrão de reconhecimento e reconhecimento por outros. A partir disto, elaborou a definição para especialista: um enfermeiro que tenha desenvolvido a capacidade para reconhecimento de padrão, por meio de alto nível de conhecimento e habilidade e extensa experiência em um campo específico e que seja identificado como tal por seus pares.

Melo *et al.* (2011) realizaram uma pesquisa sobre critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. Estes autores analisaram 18 produções científicas e identificaram os critérios utilizados em cada uma para seleção dos especialistas. Destas, duas optaram pela versão original do modelo de Fehring, oito pelo modelo de Fehring adaptado, cinco estabeleceram critérios próprios, uma utilizou outros referenciais metodológicos e duas não especificaram os critérios.

Enfim, ante a escassez de autores que versam sobre a determinação do perfil de especialistas em pesquisas sobre validação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, observa-se em grande parte destes estudos a adaptação dos critérios de Fehring. Contudo, existem outros autores que buscam validar estratégias de intervenção, escalas e/ou instrumentos, os quais também necessitam de especialistas para tais análises e que também utilizam os critérios de Fehring com adaptações, como é o caso de uma pesquisa que construiu e validou um instrumento de avaliação clínica para neonatos internados em unidade de terapia intensiva (LIMA; SILVA; BELTRÃO, 2009).

Diante do exposto, no presente estudo optou-se por adaptar os critérios de Fehring (1994). Os especialistas obtiveram média de 6,6 pontos. Pontuações semelhantes foram observadas na pesquisa sobre validação do resultado de enfermagem Comportamento de prevenção de quedas (VITOR, 2010) e na de revisão do diagnóstico de enfermagem Falta de adesão em pessoas com hipertensão arterial (OLIVEIRA, 2011). Quanto maior a pontuação mais apto o especialista estaria em avaliar o estudo. Apesar das dificuldades,

chama-se atenção ao fato de 74,2% dos especialistas terem devolvido o instrumento preenchido.

Pesquisa realizada sobre validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada teve a participação de 32 enfermeiros especialistas de diversas localidades do país, com intervalo de idade também semelhante ao do presente estudo (BACHION; ARAUJO; SANTANA, 2002).

Quanto maior o número de cidades incluídas em uma pesquisa menor será o viés regional e cultural (CHAVES, 2008). Destaca-se a diversidade de localidades onde os especialistas desenvolviam sua prática no presente estudo. Todavia, é notório o fato da maior parte ser do Ceará. Isto pode ter ocorrido por ser o Estado onde a pesquisadora reside. Destaca-se também o incremento da pós-graduação *stricto sensu* na área da enfermagem neste Estado, com o número crescente de pesquisadores trabalhando com taxonomias de enfermagem e estudo de validação.

Cabe ressaltar que perfil de especialistas semelhante ao deste estudo foi identificado na pesquisa de Vitor (2010), na qual a maioria dos especialistas também era do sexo feminino, com tempo de formação médio acima de dez anos. Mais de 50% atuavam em instituições de ensino superior há pelo menos um ano. Aproximadamente 90% utilizavam o processo de enfermagem na prática clínica e 86% participavam de grupos de pesquisa que discutiam a sistematização da assistência, com o uso de terminologias de enfermagem.

Na presente pesquisa, os especialistas, ao analisarem o título do resultado Mobilidade, evidenciaram a preferência pelo título apresentado a partir da análise de conceito, Mobilidade física. A palavra mobilidade é muito ampla. De acordo com Ferreira (2005), mobilidade é a qualidade ou propriedade do que é móvel, ou obedece às leis do movimento; facilidade de mover-se ou de ser movido; facilidade com que se passa de um estado para outro; facilidade de modificar-se ou variar.

Consoante se percebe ao observar esta definição, a mobilidade não é uma palavra utilizada apenas para pessoas. Ao buscá-la nos Descritores em Ciências da Saúde, verificou-se a existência de várias terminologias relacionadas a mobilidade, tais como: mobilidade ocupacional, mobilidade residencial, mobilidade social e mobilidade dentária.

Diante do exposto, foi proposta a mudança da denominação do resultado Mobilidade para Mobilidade física, pois ao avaliar os indicadores deste resultado, segundo se depreende, eles estão relacionados à mobilidade física de uma pessoa. Além disso, o resultado também foi relacionado ao diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada da NANDA - I (2010).

No tocante à definição para o resultado Mobilidade, os especialistas também preferiram a apresentada após a análise do conceito, com pequenas modificações, resultando na seguinte definição: capacidade de a pessoa movimentar-se de uma posição postural para outra ou de um local para outro, de forma independente, com utilização ou não de dispositivo auxiliar.

Todas as definições identificadas na etapa de análise de conceito, que culminaram na apresentada, estão contempladas em definições sobre mobilidade identificadas por diversos autores, como seguem:

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

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

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

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

Frequentemente, o termo mobilidade é encontrado no contexto da saúde como aquisição de habilidades sensorial e motora que um indivíduo possui em se movimentar livremente e em interação com o ambiente nos vários estágios de desenvolvimento, permitindo a descrição desse conceito no campo do domínio físico, cognitivo, emocional e social. Nele está implícita a noção de ser móvel, adaptável, flexível, versátil e mutável

(OUELLET; RUSH, 1992). Portanto, segundo Figueiredo, Machado e Porto (1996), diante de uma situação desfavorável à mobilização, será gerada uma complicação.

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

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

Ao verificar a análise dos especialistas em relação aos indicadores do resultado de enfermagem Mobilidade com suas respectivas definições constitutivas e operacionais formuladas na etapa da análise de conceito e ao considerar as sugestões dos especialistas, foram estabelecidos como importantes na avaliação do paciente com AVC os seguintes indicadores: Equilíbrio, Coordenação motora, Marcha, Andar, Movimento dos músculos, Movimento das articulações, Desempenho no posicionamento do corpo e Desempenho na transferência.

O paciente que sobreviveu ao acidente vascular cerebral tem como objetivo melhorar a mobilidade, normalmente prejudicada em decorrência da doença. Daí, o controle do equilíbrio postural ter sido sugerido como um dos principais componentes da intervenção de reabilitação em pacientes com AVC (GOK; KULCU; ALPTEKIN, 2007). De modo geral, o equilíbrio é acreditado para ser um precursor essencial da restauração da independência em atividades do cotidiano de vida, da mobilidade funcional e da prevenção de quedas (TYSON *et al.*, 2007).

Consoante se sabe, o cerebelo é responsável pela coordenação, equilíbrio e regulação temporal de todos os movimentos musculares originados nos centros motores do córtex cerebral. Portanto, a função cerebelar comprometida em decorrência do AVC pode resultar na perda do tônus muscular, fraqueza e fadiga, com consequente instabilidade postural e perda de equilíbrio durante as atividades diárias (SMELTZER; BARE, 2008).

Como a coordenação resulta da integridade neuromuscular, a falta de integridade do sistema nervoso e/ou muscular reduz a capacidade de execução dos movimentos

voluntários e produtivos (ANDRIS, 2006). Por isso, os pacientes com AVC tendem a buscar melhora na integridade neuromuscular por meio de programas de exercícios.

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

Neste movimento, a mobilidade total e sem restrições requer controle motor voluntário e sensorial completo para todas as regiões do corpo, e qualquer dano ou agressão a qualquer parte da unidade pode provocar disfunção de toda a unidade (SMELTZER; BARE, 2008).

Como afirmam Jana e Weindel (1999), a marcha inicia-se quando o calcanhar de uma das pernas bate no chão e termina quando o calcanhar dessa mesma perna bate no chão novamente. Esse intervalo igual a 100% do ciclo da marcha dura um segundo para uma caminhada confortável.

Lembra-se, porém: um paciente com AVC pode estar com hemiplegia, hemiparesia, perda de equilíbrio e conseqüente dificuldade na marcha ou mesmo incapacidade de transferir-se de um local para outro ou até de uma posição para outra. Por isso, a reabilitação deve ser estimulada no intuito de melhorar seu desempenho em relação a todos estes indicadores.

Chama-se atenção o fato da articulação ser constituída pela junção de dois ou mais ossos. As articulações mobilizam os ossos e possibilitam um tipo específico de movimento. Portanto, a mobilidade articular, afirmam Jana e Weindel (1999), está limitada pelos ligamentos, músculos e estrutura da articulação.

O movimento dos ossos e articulações compreende processos ativos a serem cuidadosamente integrados para obter a coordenação. Caso haja perda da integridade da estrutura óssea, o equilíbrio estará prejudicado. Como o osso faz parte do sistema musculoesquelético, qualquer alteração da estrutura óssea acarreta danos a tudo que é decorrente desse sistema.

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

O sistema musculoesquelético é constituído de músculos, tendões, ligamentos, ossos, cartilagem, articulações e bursas. Essas estruturas trabalham juntas para produzir

movimentos esqueléticos (SILVA, 2003). Conforme se percebe, esse sistema é o mais volumoso do organismo e sujeito a contínua variação de solicitações mecânicas e a traumatismos decorrentes de atividades habituais. Lesões e doenças crônico-degenerativas são exemplos de patologias que podem resultar em deformidades e prejuízo na função do corpo, ao limitar a capacidade do paciente para as atividades da vida diária e, inclusive, para a locomoção (JANA; WEINDEL, 1999).

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

Rotineiramente a força muscular é testada pela avaliação da capacidade do paciente de flexionar ou estender os membros contra uma resistência. A função de determinado músculo ou grupo de músculo é avaliada ao se colocar um músculo em desvantagem (SMELTZER; BARE, 2008).

Em face do exposto, ressalta-se: a recuperação do paciente com AVC está diretamente relacionada ao início de um programa de reabilitação precoce e aos cuidados para prevenir deformidades. Todos estes indicadores já citados devem ser avaliados continuamente em um paciente com AVC. Intervenções de enfermagem devem ser realizadas no intuito de obter melhora na pontuação da magnitude operacional de cada indicador. Assim, como consequência, deverá haver a melhora da Mobilidade física do paciente. A equipe de enfermagem, sobretudo o enfermeiro, deve estar preparada para promover esses cuidados e estimular o próprio paciente e os familiares a executá-los de forma correta (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Destaca-se que os indicadores Correr, Saltar e Rastejar presentes na NOC (2010) foram vistos pelos especialistas como não adequados na avaliação de um paciente com AVC. Eles também sugeriram a retirada do indicador Movimentos realizados com facilidade por considerarem que este já está contemplado em outros indicadores. No entanto, chama-se atenção ao fato destes indicadores poderem ser importantes na avaliação de uma população com outro tipo de doença, exigindo, assim, estudos específicos.

Ao consultar a literatura utilizada no estudo em foco na etapa de análise de conceito, conforme citado, segundo se percebeu, Correr, Saltar e Rastejar não constaram de nenhum material como ações realizadas por pacientes com AVC. Isto pode ser percebido ao consultar os Quadros 26 ao 28 nos quais mencionam apenas algumas definições constitutivas

buscadas no dicionário para estes indicadores. Dessa forma, a construção da definição constitutiva para Movimentos realizados com facilidade e das definições operacionais para estes quatro indicadores foi criada com base na experiência da pesquisadora e da orientadora do estudo. Conclui-se, então, o seguinte: estes indicadores não são essenciais para o paciente com AVC. Sugere-se, pois, excluí-los na avaliação destes pacientes.

Diante do exposto, ressalta-se que as sugestões dos especialistas foram importantes para o refinamento do instrumento construído na etapa de análise do conceito.

6 TERCEIRA ETAPA: VALIDAÇÃO CLÍNICA DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS CONSTRUÍDAS PARA O RESULTADO DE ENFERMAGEM MOBILIDADE

6.1 OBJETIVO ESPECÍFICO DA VALIDAÇÃO CLÍNICA

- Verificar se as definições constitutivas e operacionais dos indicadores e as operacionais da magnitude possibilitariam maior precisão na determinação do resultado de enfermagem Mobilidade em comparação com os indicadores e magnitudes sem definições constitutivas e operacionais em pacientes com acidente vascular cerebral e com o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada.

6.2 MATERIAIS E MÉTODOS DA VALIDAÇÃO CLÍNICA

A seguir será descrito como ocorreu a operacionalização da coleta de dados desta etapa do estudo.

6.2.1 Local do estudo e período da coleta de dados

Como referido, o estudo foi realizado em um hospital de referência para tratamento agudo e acompanhamento ambulatorial de pacientes com acidente vascular cerebral localizado na cidade de Fortaleza-Ceará.

A coleta de dados aconteceu no ambulatório de neurologia do mencionado hospital, entre as pessoas atendidas com problemas neurológicos, sobressaindo os pacientes com sequelas provenientes do acidente vascular cerebral. Estes pacientes são atendidos nas terças-feiras no turno da tarde por enfermeiros e médicos neurologistas. Eles são encaminhados ao ambulatório após terem sido internados na fase aguda da doença apenas na unidade de AVC do hospital.

Destaca-se que os pacientes devem comparecer a quatro consultas de acompanhamento. Enquanto a primeira acontece um mês após a alta da unidade de AVC, a segunda após três meses, a terceira após seis meses e a quarta decorrido um ano da alta.

Os dados foram coletados às terças-feiras no período da tarde no mês de julho de 2011 com os pacientes que estavam aguardando a consulta, independente de ser a sua primeira consulta após o AVC ou a última. O estudo foi transversal, realizado em um único momento. Não houve acompanhamento destes pacientes.

6.2.2 População e amostra do estudo

A população foi formada pelos pacientes que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: a) ter apresentado pelo menos um episódio de acidente vascular cerebral, com diagnóstico confirmado por médico; b) estar presente nos dias estabelecidos para coleta de

dados para consulta no ambulatório de neurologia do hospital; c) possuir o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada; d) ter idade acima de 18 anos.

Para identificação do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada aplicou-se um instrumento (Apêndice E) utilizado anteriormente na dissertação da pesquisadora deste presente estudo (MOREIRA, 2008). Coube à pesquisadora a elaboração do diagnóstico de enfermagem, tendo em vista sua capacitação pela experiência e realização de estudos anteriores. Antes da aplicação do instrumento, a pesquisadora explicava o objetivo do estudo para o paciente e seu acompanhante. Caso aceitassem participar da pesquisa era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente ou seu acompanhante.

A amostra do estudo foi constituída por 38 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão do estudo no período da coleta de dados.

6.2.3 Operacionalização da coleta de dados

Concluída a identificação daqueles que preencheram os critérios de inclusão, a pesquisadora aplicou um formulário (Apêndice F) para obtenção dos dados de identificação do paciente, história de doenças anteriores, identificação de indicadores de risco e registro de medidas antropométricas. Estes dados foram fornecidos pelos pacientes, acompanhantes ou investigados no prontuário.

Em cada dia de coleta de dados estavam em campo a pesquisadora para identificação dos pacientes integrantes da amostra do estudo e duas duplas de avaliadoras enfermeiras para aplicarem os instrumentos relativos ao resultado Mobilidade. Uma dupla de enfermeiras aplicou o instrumento com as definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado Mobilidade, construído e validado nas duas primeiras etapas do estudo (Apêndice G). A outra dupla aplicou o mesmo instrumento sem as definições constitutivas e operacionais (Apêndice H). Não se estabeleceu uma ordem para que duplas de enfermeiras aplicassem os instrumentos. No entanto, logo uma dupla terminasse a avaliação a outra iniciava com o mesmo paciente. Para evitar contatos, segundo se determinou, as duas duplas com instrumentos diferentes não poderiam estar simultaneamente no local da coleta.

Cada dupla avaliadora abordava o paciente ao mesmo tempo para aplicação do instrumento, entretanto, os registros eram feitos separadamente, não permitindo comunicação

entre as avaliadoras. As duplas tinham liberdade para decidir quem conduziria a avaliação do paciente para todos os indicadores, com exceção do indicador Movimento dos músculos. Neste caso, a força muscular era avaliada simultaneamente por ambas as enfermeiras no intuito de não ficar tão cansativo e repetitivo para o paciente.

6.2.4 Formação e treinamento das duplas avaliadoras

Como citado, os profissionais componentes do grupo de avaliadores foram quatro enfermeiras. Todas estavam há mais de um ano de conclusão da graduação, trabalhavam na prática clínica com pacientes que apresentavam dificuldade de mobilidade e/ou faziam parte de grupos de pesquisas sobre diagnósticos, intervenções e resultados em enfermagem e/ou sobre tecnologias para o cuidado em enfermagem. Ressalta-se, porém: estas enfermeiras não faziam parte do corpo clínico de profissionais que trabalhavam na instituição onde o estudo foi desenvolvido.

Todas as enfermeiras foram informadas sobre o objetivo da pesquisa, aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I). Em seguida, agendou-se um dia para realização de um sorteio para composição das duplas de avaliadoras. Outro sorteio foi feito para determinar com qual instrumento cada dupla iria ficar. As enfermeiras que ficaram com o instrumento sem a presença das definições constitutivas e operacionais (Apêndice H) não poderiam ter acesso ao instrumento com as respectivas definições constitutivas e operacionais (Apêndice G). Neste mesmo dia, cada dupla recebeu o instrumento para leitura individual. Outro dia foi marcado separadamente com cada dupla para esclarecimento de possíveis dúvidas. A dupla de enfermeiras que ficou com o instrumento com as definições constitutivas e operacionais passou por um treinamento para apresentação principalmente das definições operacionais com o intuito de ter o mesmo entendimento de cada definição na hora da aplicação do instrumento.

6.2.5 Análise dos dados

Os dados foram armazenados e organizados em planilha do software Excel e tabulados com auxílio do SPSS, versão 19.0, e R versão 2.10 para apresentação dos dados em frequência absoluta e relativa, média, mediana e desvio padrão.

Utilizou-se o teste Friedman para verificar a diferença de mediana entre os quatro avaliadores. No caso de diferença estatisticamente significativa, procedeu-se à análise pós-hoc pelo método da diferença mínima significativa (DMS). Este método estima um valor mínimo entre as diferenças dos postos na comparação dois a dois entre os avaliadores, ou seja, após calculado o valor da DMS, são calculados os valores entre as diferenças de média dos postos de cada avaliador em cada grupo com e sem as definições constitutivas e operacionais. Quando o valor entre as diferenças das médias de postos de dois avaliadores é maior que a DMS calculada, considera-se que houve diferença estatística significativa entre as avaliações daqueles dois avaliadores.

Para comparação da correlação entre as avaliações realizadas pelos pares de avaliadores, estimou-se o coeficiente de correlação intraclasse. O objetivo desta análise foi verificar o grau de relação entre as avaliações empreendidas entre os pares de sujeitos que usaram ou não as definições constitutivas e operacionais. Esta avaliação foi feita intragrupo, ou seja, apenas para comparar a correlação entre avaliadores que utilizaram a mesma estratégia de avaliação.

6.2.6 Aspectos éticos

Antes de ser iniciada, a pesquisa foi enviada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, em concordância com as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto foi aprovado nesse Comitê sob o número de protocolo 223/10 (Anexo A). Também foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do hospital onde o estudo se desenvolveu e obteve aprovação com o número de protocolo 060718/11 (Anexo B).

Para iniciar a etapa de validação clínica, a pesquisadora visitou o setor de ambulatório da neurologia. Neste momento, os objetivos do estudo foram expostos para o diretor clínico da unidade e para a chefe de enfermagem, os quais autorizaram a realização da pesquisa no mês de julho de 2011.

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

6.3 RESULTADOS

Com vistas a caracterizar a amostra, a seguir é apresentada a Tabela 9, com a distribuição dos pacientes consoante os dados sociodemográficos.

Tabela 9 – Caracterização dos dados sociodemográficos de pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011

VARIÁVEIS	N	%				
Sexo						
Masculino	21	55,3				
Feminino	17	44,7				
Total	38	100,0				
Estado civil						
Com companheiro	28	73,7				
Sem companheiro	10	26,3				
Total	38	100,0				
Profissão anterior ao AVC						
Profissional liberal	24	63,2				
Vínculo profissional	8	21,1				
Dona do lar	6	15,8				
Total	38	100,0				
Ocupação atual						
Aposentado/ auxílio-doença	17	54,9				
Dona de casa	9	29,0				
Profissional liberal	5	16,1				
Total	31	100,0				
	Média	DP¹	Mediana	P25²	P75³	Valor P⁴
Idade	56,37	14,93	59,00	42,75	68,50	0,021
Escolaridade	6,55	4,14	5,00	4,00	9,50	0,090
Renda paciente	629,77	682,24	540,00	540,00	545,00	0,000
Renda familiar	1.253,48	1.333,24	1.000,00	540,00	1.297,50	0,000

¹DP - Desvio padrão. ²P25 - Percentil 25. ³P75 - Percentil 75. ⁴Teste Shapiro-Wilks.

Conforme se observa pelos dados da Tabela 9, houve predominância do sexo masculino (55,3%) e a maioria dos pacientes vivia com companheiro (73,7%). Antes da doença, grande parte trabalhava por conta própria (63,2%), como: comerciante, marceneiro, pedreiro, doméstica, fotógrafo, entre outros. Após a doença, dos 31 que responderam a este questionamento, 54,9% conseguiram se aposentar ou recebiam auxílio-doença.

Ainda como mostram os dados, as variáveis idade, renda do paciente e renda familiar evidenciaram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$). Portanto, metade da amostra do estudo tinha até 59 anos de idade, possuía renda de até quinhentos e quarenta reais e renda familiar de até mil reais. A média de anos de estudo foi de 6,55.

Na Tabela 10 consta a distribuição dos pacientes com acidente vascular cerebral segundo os indicadores de risco.

Tabela 10 – Indicadores de riscos para doenças cerebrovasculares de pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011.

VARIÁVEIS	N	%	Total de pacientes
Hipertensão arterial	31	81,6	38
Dislipidemia	24	64,9	37
AVC anterior	16	48,5	33
Diabetes mellitus	9	23,7	38
Cardiopatía	8	21,1	38
Fumante ativo			
Sim	5	13,2	38
Não	16	42,1	
Não atualmente	17	44,7	
Fumante passivo			
Sim	9	24,3	37
Não	24	64,9	
Não atualmente	4	10,8	
Uso de bebida alcoólica			
Sim	1	2,6	38
Não	21	55,3	
Não atualmente	16	42,1	
Uso de anticoncepcional			
Sim	1	6,3	16
Não	8	50,0	

Não atualmente	7	43,8				
Pratica exercício físico						
Sim	11	28,9				38
Não	22	57,9				
Não atualmente	5	13,2				
Classificação IMC						
Normal	9	39,1				23
Sobrepeso	8	34,8				
Obesidade	6	26,1				
	Média	DP¹	Mediana	P25²	P75³	Valor P⁴
Tempo hipertensão arterial	8,88	7,67	7,00	2,00	12,75	0,008
Tempo dislipidemia	4,00	4,20	2,00	1,00	7,00	0,001
Tempo AVC anterior	3,43	3,91	2,00	1,00	4,00	0,001
Tempo diabetes mellitus	8,88	8,16	5,50	1,50	18,75	0,057
Tempo cardiopatia	2,86	3,18	2,00	1,00	2,00	0,000

¹DP - Desvio padrão. ²P25 - Percentil 25. ³P75 - Percentil 75. ⁴Teste Shapiro-Wilks.

No referente às situações clínicas favoráveis a maior risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral, expostos na Tabela 10, a hipertensão arterial foi a doença mais frequente entre os pacientes (81,6%). Metade da amostra a descobrira há no máximo sete anos. Outras morbidades como dislipidemia, AVC anterior, diabetes mellitus e cardiopatias estiveram presentes em 64,9%, 48,5%, 23,7%, 21,1%, respectivamente. Metade da amostra tinha tempo de dislipidemia e cardiopatia de no máximo dois anos e também tinha sofrido AVC até dois anos anteriores ao episódio da doença mais recente. Em relação a diabetes mellitus, os pacientes descobriram a doença em média há 8,8 anos.

Quanto aos hábitos de vida mantidos pelos participantes com acidente vascular cerebral, que constituem indicadores de risco para o desenvolvimento de um novo AVC e outras doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, destacam-se a não realização de atividade física por 22 deles e a presença de sobrepeso ou obesidade em quatorze. Determinadas práticas como tabagismo e uso de bebida alcoólica, apesar de não serem hábitos atuais na maioria dos pacientes, são indicadores de risco existentes em fases anteriores da vida dos participantes, pois 44,7% foram fumantes e 42,1% faziam uso de bebida alcóolica.

Na Tabela 11 consta a distribuição das características definidoras presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral que permitiram a identificação do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada.

Tabela 11 – Distribuição das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada identificadas nos pacientes com acidente vascular cerebral. Fortaleza, 2011

VARIÁVEIS	N	%
Instabilidade postural	36	94,7
Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas	36	94,7
Amplitude limitada de movimento	36	94,7
Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas	28	73,7
Movimentos não-coordenados	28	73,7
Movimentos lentos	27	71,1
Mudanças na marcha	24	63,2
Dificuldade para virar-se	22	57,9
Tempo de reação diminuído	21	55,3
Movimentos descontrolados	20	52,6
Tremor induzido pelo movimento	7	18,4
Engaja-se em substituições de movimentos	6	15,8
Dispneia ao esforço	1	2,6

Nos pacientes do estudo foram identificadas treze características definidoras. Destas, sobressaíram particularmente a Instabilidade postural, a Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas e a Amplitude limitada do movimento (94,7%, cada uma).

Na Tabela 12 expõe-se a comparação entre os grupos de avaliadores que utilizaram as definições constitutivas e operacionais e os que não utilizaram.

Tabela 12 – Comparação dos postos médios dos indicadores do resultado de enfermagem Mobilidade entre os grupos avaliadores que não utilizaram e os que utilizaram as definições constitutivas e operacionais. Fortaleza, 2011

INDICADORES	AVALIADORES SEM		AVALIADORES		VALOR P	DMS
	DEFINIÇÕES		COM			
	1	2	3	4		
Equilíbrio	2,07	1,86	3,09	2,99	0,000	0,78
Coordenação	3,04	2,84	1,95	2,17	0,000	0,78
Marcha	3,16	2,66	1,96	2,22	0,000	0,78
Andar	2,96	2,41	2,21	2,42	0,012	0,78
Movimento dos músculos	3,13	3,26	1,75	1,86	0,000	0,78
Movimento das articulações	2,41	2,20	2,83	2,57	0,029	0,78
Desempenho no posicionamento do corpo	3,18	3,22	1,86	1,74	0,000	0,78
Desempenho na transferência	2,28	2,07	3,01	2,64	0,000	0,78

DMS – Diferença mínima significativa.

Todos os indicadores denotaram diferença significativa pelo teste de Fridman ($p < 0,05$). Mediante a comparação pós-hoc pelo cálculo da diferença mínima significativa, segundo se identificou, houve similaridade entre a dupla de avaliadores que utilizou o instrumento com as definições constitutivas e operacionais para todos os indicadores e entre a que utilizou o instrumento sem estas definições. Todas as enfermeiras apresentaram valores similares na avaliação intragrupo. Nas comparações entre os grupos, o método da DMS não identificou diferenças nas avaliações para os indicadores Andar e Movimento das articulações. Para os demais indicadores, verificou-se diferenças ao se comparar os avaliadores que usaram definições operacionais com aqueles que não fizeram uso de tais definições. As diferenças foram principalmente entre o avaliador 1 e os avaliadores 3 e 4. Para o indicador Desempenho na transferência somente os avaliadores 2 e 3 apresentaram avaliações distintas.

Na Tabela 13 consta a comparação dos postos médios entre os grupos avaliadores que utilizaram e os que não utilizaram as definições constitutivas e operacionais.

Tabela 13 – Comparação dos postos médios dos indicadores do resultado de enfermagem NOC entre os grupos avaliadores que não utilizaram e os que utilizaram as definições constitutivas e operacionais. Fortaleza, 2011

INDICADORES	AVALIADORES SEM DEFINIÇÕES			AVALIADORES COM DEFINIÇÕES		
	CCI ¹	IC95% ²	VALOR P	CCI ¹	IC95% ²	VALOR P
Equilíbrio	0,743	0,560- 0,857	< 0,0001	0,900	0,817- 0,947	< 0,0001
Coordenação	0,808	0,663- 0,895	< 0,0001	0,773	0,607- 0,875	< 0,0001
Marcha	0,851	0,734- 0,920	< 0,0001	0,847	0,727- 0,917	< 0,0001
Andar	0,791	0,635- 0,885	0,000	0,828	0,696- 0,907	0,000
Movimento dos músculos	0,705	0,502- 0,834	0,000	0,600	0,353- 0,769	0,000
Movimento das articulações	0,654	0,428- 0,803	0,000	0,847	0,727- 0,917	0,000
Desempenho no posicionamento do corpo	0,838	0,712- 0,912	0,000	0,895	0,807- 0,944	0,000
Desempenho na transferência	0,819	0,680- 0,901	0,000	0,521	0,249- 0,718	0,000

CCI¹ - Coeficiente de correlação intraclasse; IC95%² - Intervalo de confiança de 95%.

O coeficiente de correlação intraclasse (CCI) foi aplicado para verificar tanto a similaridade entre as avaliações como se as mensurações crescem ou decrescem em conjunto.

Tal como observado na Tabela 12, todos os indicadores mostraram diferença significativa ($p < 0,05$) para avaliação entre as duplas avaliadoras expostas na Tabela 13. Para

os indicadores Equilíbrio, Andar, Movimento das articulações e Desempenho no posicionamento, identificou-se maior correlação entre as avaliadoras que utilizaram as definições ao compará-las com as que não utilizaram. Já para os indicadores Marcha, Movimento dos músculos, Desempenho na transferência e Coordenação, foi maior a concordância entre as enfermeiras que não empregaram as definições.

6.4 DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados deste estudo, conforme se percebem em relação à variável sexo, os homens sobressaíram comparativamente às mulheres, embora com a diferença de apenas quatro pacientes. Em corroboração aos achados, outras investigações com portadores de AVC encontraram também discreta predominância do sexo masculino (CARVALHO; PINTO, 2007; FALCÃO *et al.*, 2004). Já uma pesquisa com pacientes com idades entre 20 e 59 anos encontrou igualdade entre os sexos (ZÉTOLA *et al.*, 2001).

No presente estudo, o paciente mais jovem avaliado tinha 29 anos e o mais velho 83. Segundo observado, a maioria dos pacientes tinha idade inferior a 60 anos, a mostrar o índice elevado de AVC em faixas etárias mais jovens. Assim como no estudo ora elaborado, a porcentagem de pessoas jovens também foi relevante na pesquisa de Gomes e Senna (2008) (44,8%).

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

No estudo, consoante se verificou, a maior parte dos pacientes possuía companheiros (73,7%). Em outras pesquisas com portadores de AVC, o perfil dominante também foi de pessoas casadas ou com união estável (GOMES; SENNA, 2008; DI CARLO *et al.*, 2006; PERLINI; FARO, 2005; FALCÃO *et al.*, 2004). Isto é importante, pois a larga utilização de familiares para o cuidado de pessoas que tiveram AVC no domicílio é uma realidade, sobretudo porque quando estes saem das instituições hospitalares após um AVC continuam necessitados de cuidados especiais. Esses cuidados, certamente, serão proporcionados por familiares, porquanto a maioria da população não dispõe de recursos financeiros para assumir o custo da contratação de uma empresa ou profissional particular tecnicamente preparado para a prestação de cuidados ao paciente com AVC no domicílio (LAVINSKY; VIEIRA, 2004).

Inegavelmente a orientação e a educação para os familiares e cuidadores dos pacientes portadores de AVC, assim como para o próprio paciente, constituem papel fundamental de todos os profissionais de saúde e especialmente do enfermeiro. Cabe-lhe propiciar orientações básicas sobre como cuidar do doente e sobre como o paciente pode

ajudar na sua própria reabilitação. Desta forma, proporcionará maior tranquilidade e apoio técnico-emocional a todos.

Outro dado sociodemográfico considerado no estudo foi a escolaridade. Como identificado, metade dos participantes frequentou a escola em média por 6,55 anos. Assim, a escolaridade da maioria era elementar. Alguns estudos, como o de Gomes e Senna (2008), também encontraram baixo índice de escolaridade em pacientes com AVC, e em dois destes houve predominância de analfabetos (LIMA *et al.*, 2006; FALCÃO *et al.*, 2004).

A escolaridade é importante para o ajustamento psicológico à medida que faculta oportunidade para o desenvolvimento de mecanismos flexíveis de enfrentamento das incapacidades decorrentes do AVC (RABELO; NÉRI, 2006). Desse modo, o baixo nível de escolaridade pode contribuir para o surgimento da doença, pois esse fato, associado aos fatores econômicos e culturais, pode dificultar a conscientização para as necessidades de cuidado com a saúde ao longo da vida, adesão ao tratamento e manutenção de estilo de vida saudável que limite a ação de indicadores de risco (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006).

Diversas razões podem explicar o baixo índice de escolaridade, tal como a baixa condição econômica destes pacientes. Metade da amostra do estudo possuía renda de até quinhentos e quarenta reais, o que caracteriza um salário mínimo, e renda familiar de mil reais, aproximadamente dois salários para a família toda.

No âmbito da promoção da saúde, a renda é um dos pré-requisitos para a saúde. A pobreza é, acima de tudo, a maior ameaça à saúde (BRASIL, 2001). Determinado estudo sobre a associação entre renda *per capita* e mortalidade por doença cardiovascular encontrou associação entre as duas com um intervalo de vinte anos. Ou seja, a mortalidade por doenças cardiovasculares de 2006 está associada à renda *per capita* de 1986 (TURA; SILVA; PEREIRA, 2006).

Conforme evidenciado, as pessoas de classes sociais economicamente desfavorecidas são, normalmente, acometidas por essas enfermidades. Algumas razões, apesar de não justificarem, explicam em parte essa relação, como o menor acesso à informação, falta de dinheiro para a adoção de uma alimentação adequada e não realização de práticas de atividades físicas. Essas dificuldades prejudicam a prevenção de doenças crônicas como o AVC (CHAGAS; MONTEIRO, 2004).

Quanto à situação profissional, como observado, o AVC trouxe modificações, com redução da condição de trabalho dos pacientes. Antes do AVC, 32 participantes trabalhavam de forma ativa e seis eram donas de casa. Após o AVC, dos 31 participantes que

responderam a este item, apenas cinco continuaram trabalhando ativamente. Lembra-se: a maioria dos participantes não é constituída por pessoas idosas.

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

Como consta na literatura, não poder retornar ao trabalho por causa da incapacidade gerada pelo AVC revelou-se como a principal fonte de baixa qualidade de vida autorrelatada, principalmente entre as pessoas com idade inferior a 65 anos, na pesquisa de Rabelo e Néri (2006). Como no estudo a grande maioria tem idade inferior a 60 anos, esta não condição de retorno ao trabalho é preocupante.

Em relação aos fatores de risco, a ocorrência anterior de AVC é um fator importante para provocar novo AVC. No estudo, segundo evidenciado, 48,5% mencionaram um AVC anterior. Destes, um teve três episódios anteriores, cinco, dois episódios de AVC anterior e dois, um AVC anterior.

Em estudo com quatorze pacientes portadores desta doença, seis relataram não ter apresentado nenhum outro episódio e oito manifestaram a ocorrência de outro AVC, dos quais dois já estavam no terceiro evento (LIMA *et al.*, 2006).

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

Ao reportar as doenças indicadoras de risco para o AVC, no estudo, consoante se identificou, a hipertensão arterial foi a mais presente entre os participantes. Em seguida, as dislipidemias, o diabetes mellitus e as cardiopatias. No estudo de Moreira (2008) estes indicadores clínicos de risco também estiveram presentes em sobreviventes ao AVC nesta mesma ordem de frequência.

Cavalcante (2008) realizou uma pesquisa com 91 pacientes que tiveram AVC e estavam na fase aguda da doença. Neles a pesquisadora identificou como principais indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, o sedentarismo, o tabagismo e o etilismo.

Vários estudos detectaram a hipertensão arterial como o indicador de risco mais frequente entre os pacientes portadores de AVC (GOMES; SENNA, 2008; MORENO *et al.*,

2008; PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004; ZÉTOLA *et al.*, 2001). Esta realidade se confirma, pois a hipertensão arterial eleva em cerca de três a quatro vezes o risco de acidente vascular cerebral. Em face da sua alta prevalência, a hipertensão pode ser considerada diretamente responsável por até metade dos casos de AVC (ANDRÉ, 2006).

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

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

Achados sobre dislipidemia diferem nos vários estudos, vão de 15,6% (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004) a 23,4% (ZÉTOLA *et al.*, 2001). Já no presente estudo o nível de dislipidemias foi mais elevado (64,9%), e deve-se destacar a possibilidade desse valor estar subestimado, em virtude de ter sido decorrente da referência do paciente e/ou do seu familiar, e não da avaliação da presença no sangue de colesterol e triglicérides elevados.

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

Quanto aos fatores comportamentais, sobressaíram no estudo o sedentarismo, o sobrepeso e a obesidade, nesta ordem. Conforme se sabe, a obesidade é uma doença de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, com séries

repercussões orgânicas e psicológicas, sobretudo na forma mais grave (OLIVEIRA; ESCRIVÃO, 2001). É preciso controlá-la, especialmente por sua associação a dislipidemias, diabetes, inatividade física e hipertensão arterial (ANDRÉ, 2006).

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

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

No estudo de Moreira (2008), ao analisar qual a máxima atividade física que o paciente podia executar durante pelo menos dois minutos, nas duas últimas semanas, ao utilizar o instrumento proposto por COOP/WONCA, segundo se encontrou, 56,2% só conseguiam desenvolver atividades consideradas muito leves, como caminhar lentamente ou não poder caminhar, 38% faziam atividades leves como caminhar devagar e apenas 5,8% realizavam atividades de moderada a muito intensa. Ainda como se identificou, 83,5% dos pacientes avaliados apresentaram o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário.

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

Outros indicadores de risco presentes foram o tabagismo tanto passivo quanto ativo e o etilismo. Muitos pacientes, apesar de não fazerem mais uso de cigarro e álcool, foram fumantes (44,7%) e etilistas (42,1%) em momentos anteriores ao AVC.

Vários estudos com pacientes sobreviventes ao AVC encontraram frequências superiores às do presente estudo quanto à utilização destas drogas. Segundo observaram Zétola *et al.* (2001), 60,3% dos pacientes eram tabagistas e 18,85% etilistas. Conforme outra pesquisa, 31% ainda eram fumantes e 26,2% eram etilistas (PIRES; GAGLIARDI; GORZONI, 2004). Ademais outra investigação com pessoas hipertensas vítimas de AVC

encontrou o tabagismo como segundo colocado entre todos os indicadores de riscos modificáveis para o AVC em pacientes portadores de hipertensão (CARVALHO; PINTO, 2007).

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

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

No âmbito da promoção da saúde, a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1988 alerta para o elevado potencial humano perdido por doenças e mortes causadas pelo uso do fumo e abuso do álcool. Em face da situação, os governos deveriam se comprometer em desenvolver uma política pública voltada à saúde, traçando metas nacionais significativas na redução da produção de tabaco e distribuição de álcool (BRASIL, 2001).

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

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

Justifica-se, então, a importância dos profissionais de saúde trabalharem com mulheres em idade fértil e que tiveram acidente vascular cerebral quanto à utilização de outros métodos de anticoncepção (MOREIRA, 2008).

Todos os pacientes do presente estudo possuíam o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada. Para identificação deste diagnóstico foram realizadas entrevista e exame físico no intuito de observar características definidoras que permitissem a formulação deste diagnóstico. As características definidoras mais frequentes foram Instabilidade postural, Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas

e Amplitude limitada do movimento. Também sobressaíram as características Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas, Movimentos não coordenados e Movimentos lentos.

Das diversas disfunções motoras do acidente vascular cerebral a mais evidente é a hemiparesia. Independente da sua causa, é caracterizada pela perda do controle motor em um lado do corpo. Na hemiparesia há perda extremamente significativa da atividade seletiva nos músculos que controlam o tronco, particularmente naqueles responsáveis pela flexão, rotação e flexão lateral (SMELTZER; BARE, 2008). No presente estudo, 50% dos pacientes denotaram hemiplegia ou hemiparesia. O lado mais afetado foi o esquerdo, em 21 pacientes.

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

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

Outra manifestação do déficit da ativação neural das unidades motoras é a lentidão dos movimentos e o tempo requerido para o seu início. Segundo tem sido mostrado, após o AVC, os indivíduos sentem dificuldades de gerar força necessária para se mover em altas velocidades. Em movimentos alternados, a lentidão do movimento parece estar associada com a redução da sincronização das unidades motoras (SMELTZER; BARE, 2008).

Destaca-se que a atrofia dos músculos relacionados à articulação comprometida é uma constante em pacientes com AVC. Ela surge em curto prazo de tempo e acentua-se com a duração do processo. Esta atrofia, atribuída ao desuso, atinge grupos musculares numa distribuição regular (SILVA, 2003). Gradativamente, a musculatura flácida, decorrente da ausência do controle motor e da inatividade do membro na fase inicial do AVC, proporciona suscetíveis graus de lesões, como o estiramento das suas estruturas. A imobilização de um segmento leva à fraqueza e hipotrofia muscular por desuso, contraturas musculares, diminuição da massa óssea e degeneração articular. Em especial o músculo perderá de 10% a

15% de força por semana e 50% de trofismo em três semanas de imobilização (HALAR; DELL, 2000). Isto leva o indivíduo a ter dificuldade nas habilidades motoras grossas e finas.

Como se sabe, as propriedades dos músculos dependem da função neurológica intacta. Quando ocorre lesão do neurônio motor superior, o treinamento muscular será necessário para melhorar a eficiência e a capacidade da geração de força dos músculos fracos e a função motora. Aumentos da força por meio de programas de treinamentos resistidos nos membros inferiores são associados com a melhora da velocidade da marcha, das tarefas funcionais, como sentar e levantar, subir escadas, fazer caminhadas, e atividades manuais, além de ter efeito, também, nas funções psicológicas (GUIMARÃES; PEREIRA; BATISTA, 2007; MORRIS; DODD; MORRIS, 2004).

Nas comparações entre os grupos, o método da DMS não identificou diferenças nas avaliações para os indicadores Andar e Movimento das articulações. É possível que tal fato esteja relacionado à facilidade e frequência de avaliação destes dois indicadores, em diferentes contextos clínicos. Ressalta-se, porém, que estes dois indicadores foram recomendados pelos especialistas na segunda etapa da pesquisa como importantes para a avaliação do paciente com AVC.

Para os demais indicadores observaram-se diferenças ao se comparar as avaliadoras que usaram definições operacionais com aquelas que não fizeram uso de tais definições. Neste caso, esta diferença pode ser atribuída ao fato das pessoas que tinham o instrumento com as definições constitutivas e operacionais possuir parâmetros descritos para avaliação do paciente, diferente de quem não dispunha da definição operacional para cada magnitude do indicador. Dessa forma, ficava mais complicado para estas avaliadoras atribuir o que seria levemente comprometido ou moderadamente comprometido na avaliação do paciente com indicadores provavelmente mais difíceis de analisar do que os indicadores Andar e Movimento das articulações.

No entanto, o fato do grupo que não empregou o instrumento com as definições ter mostrado melhor desempenho para alguns indicadores não deve estar relacionado à qualidade das definições construídas e validadas posteriormente pelos especialistas, pois, se assim fosse, não teria sido identificada correlação significativa para o grupo que usou as definições. Provavelmente existe algum fator externo capaz de prejudicar ou influenciar esta análise. Mesmo assim, levanta-se o questionamento: será que as definições constitutivas e operacionais criadas para estes indicadores estão adequadas?

Ressalta-se que os especialistas da segunda etapa sugeriram a junção dos indicadores Marcha e Andar. Mas, ao atender às outras sugestões que tornaram clara a diferença entre os dois indicadores, optou-se por mantê-los separados.

Em relação ao indicador Movimento dos músculos, o fato de a dupla que estava com o instrumento contendo as definições constitutivas e operacionais ter apresentado menor correlação para este indicador pode ser atribuído, talvez, à dificuldade das avaliadoras perceberem a diferença entre a graduação da força muscular. Isto pode ter dificultado a escolha do valor da escala de 1 a 5 na magnitude operacional, já que suas definições foram construídas baseadas na graduação da força muscular. Diante disso, faz-se necessária uma revisão deste indicador. Julgou-se ser ele diferente do indicador Movimento das articulações e, por isso, decidiu-se mantê-lo com as devidas sugestões dos especialistas. Contudo, a definição operacional deste indicador deve ser reavaliada.

No caso do indicador Desempenho na transferência, houve pouca sugestão por parte dos especialistas e todas foram acatadas, inclusive eles consideraram este indicador como um dos mais importantes na avaliação do paciente com AVC. Chama atenção, porém, o fato dos enfermeiros sem as definições terem apresentado maior concordância para todos os testes estatísticos realizados nesta pesquisa. Para o indicador Coordenação sugeriu-se acrescentar a parte da coordenação motora fina. A sugestão também foi acatada. Provavelmente uma explicação para o ocorrido é serem eles indicadores comuns e aplicados em diferentes contextos clínicos, o que não os torna indicadores difíceis de serem avaliados.

Ao tecer uma análise geral, para a maioria dos indicadores foi melhor a utilização do instrumento com as definições constitutivas e operacionais ao aplicar pelo menos um dos testes estatísticos (teste de Friedman ou Coeficiente de Correlação Intraclasse). Assim, apesar de serem necessárias mais pesquisas empregando este instrumento no contexto clínico do paciente com AVC, o estudo em foco permitiu uma análise preliminar assim resumida: a utilização de um instrumento com definições constitutivas e operacionais facilita a uniformidade da avaliação entre os enfermeiros que estejam cuidando de um mesmo paciente com AVC e especialmente com Mobilidade física prejudicada.

Em pesquisa sobre validação do resultado de enfermagem integridade tissular com pacientes com úlceras venosas, conforme se concluiu, a aplicação das definições operacionais desenvolvidas proporcionou para a maioria dos indicadores do resultado estudado avaliações de maior uniformidade entre os enfermeiros (SANTOS, 2011).

Resultado similar foi identificado em outra pesquisa sobre a validação de um instrumento de avaliação do resultado de enfermagem padrão respiratório ineficaz em

crianças com cardiopatias congênitas no qual se comprovou a tese segundo a qual o desenvolvimento de definições operacionais torna a avaliação do resultado de enfermagem estudado mais acurada do que quando realizada sem definições operacionais (SILVA, 2007).

Como evidenciado, são escassos os estudos sobre resultados de enfermagem e menos ainda pesquisas quanto à validação com resultados de enfermagem. Também não se identificaram trabalhos sobre o resultado de enfermagem Mobilidade. Tal limitação dificulta a comparação e a avaliação dos resultados apresentados na pesquisa em foco.

De forma geral sugere-se a realização de outros estudos com aplicação do instrumento com as definições constitutivas e operacionais criadas e validadas nesta pesquisa para o aperfeiçoamento deste instrumento. Para isso faz-se indispensável não apenas a comparação entre os enfermeiros que utilizaram o instrumento com as definições e sem as definições, mas também a avaliação da viabilidade de cada indicador e sua respectiva definição construída ao aplicar na clínica o instrumento ao paciente sobrevivente ao AVC.

7 CONCLUSÃO

Ao cuidar de pacientes que sobreviveram ao acidente vascular cerebral, o enfermeiro precisa tomar decisões no intuito de buscar melhores resultados para as intervenções de enfermagem a ser implementadas. Uma avaliação acurada dos resultados de enfermagem Mobilidade pode melhorar o cuidado e permitir uma comunicação mais efetiva entre os enfermeiros que atendem pacientes com AVC. Diante disto, realizou-se esta pesquisa constituída de três etapas.

Na primeira etapa procedeu-se à análise de conceito. Para tal, utilizaram-se como referências o modelo proposto por Walker e Avant (2005) e a Revisão Integrativa da Literatura proposta por Whittemore e Knafl (2005). Esta permitiu a revisão dos indicadores do resultado de enfermagem Mobilidade (NOC, 2010), quais sejam: Equilíbrio; Coordenação; Marcha; Movimento dos músculos; Movimento das articulações; Desempenho no posicionamento do corpo; Desempenho na transferência; Correr; Saltar; Rastejar; Andar; e Movimentos realizados com facilidade.

Em seguida, elaborou-se um instrumento com a construção das definições constitutivas e operacionais para cada indicador do resultado. Para a seleção das produções, usou-se o acesso *on-line* a cinco bases de dados: Scopus, Pubmed, Cinahl, Cochrane e Lilacs, com os descritores: Mobility; Stroke e nursing e suas sinónimas nas línguas portuguesa e espanhola. Foram identificados 1.521 artigos em todas as bases de dados pesquisadas. Após seleção criteriosa, restaram somente 49.

Por nacionalidade, sobressaíram o Canadá e os Estados Unidos, com 26,7% e 16,4% das publicações, respectivamente. No Brasil, encontrou-se apenas uma publicação. A maior parte dos artigos foi produzida na década de 2000 e os profissionais responsáveis por eles eram na sua maioria fisioterapeutas (34,6%), seguidos pelos médicos (32,6%). Apenas dois foram publicados exclusivamente por enfermeiros. Em quase todos os artigos os dados foram coletados em unidades de reabilitação (61,5%). Além disso, prevaleceu neles a temática relacionada a programas de exercícios para melhorar a mobilidade (40,8%) seguida pelas consequências decorrentes do AVC (28,6%).

Mediante leitura aprofundada destes artigos foi possível a identificação de atributos, antecedentes e consequentes do termo Mobilidade e da Limitação da mobilidade. Como atributos identificados para Mobilidade constaram: andar, ficar em pé, sentar, colocar a perna de um lado para outro, virar-se, iniciar e parar a locomoção, subir escadas, função

motora, transferência e habilidade motora. Para Limitação da mobilidade: hemiplegia, hemiparesia, hemiplegia e hemiparesia, déficit na marcha e habilidade motora diminuída. Também se construíram um caso-modelo e um caso-contrário para Mobilidade e Limitação da mobilidade.

Os antecedentes identificados para Mobilidade foram: controle postural e equilíbrio e para Limitação da mobilidade: déficit sensorio – motor e alterações cognitivas, diminuição do equilíbrio, déficit no controle postural, diminuição da força muscular, espasticidade, tecidos moles ou restrições articulares, equilíbrio prejudicado, deficiência visual, dor, diminuição sensorial ou perceptível, disfunção vestibular e disfunção cognitiva, déficit proprioceptivo, dor, envelhecimento e transtornos cognitivos (afasia global, negligência unilateral).

Para Mobilidade, os consequentes foram: realiza tarefas no interior e exterior da casa e deambula sem dificuldade. Para Limitação da mobilidade: declínio da independência, diminuição das atividades de vida diária, aumento das incapacidades, estilo de vida sedentário, com descondicionamento concomitante, atrofia por desuso e sarcopenia, aumento de problemas ósseos, dor, queda, marcha prejudicada, ansiedade, depressão, isolamento social, diminuição da qualidade de vida, imobilidade e dificuldade para caminhar, dificuldade para comer, úlcera por pressão e problemas urinários.

Além dos artigos, buscaram-se literaturas complementares para a construção das definições constitutivas e operacionais de cada indicador do resultado Mobilidade. Como citado, esta etapa de análise de conceito foi concluída com a construção de um instrumento. Para sua finalização utilizaram-se os princípios da psicometria e sete dos seus critérios: comportamental; simplicidade; clareza; relevância; precisão; tipicidade; e amplitude.

Este instrumento foi submetido na segunda etapa do estudo à validação do conteúdo por 23 enfermeiros especialistas que atenderam aos critérios adaptados de Fehring. A maioria dos especialistas era do sexo feminino (95,7%) e trabalhava no Estado do Ceará (76,0%). Entre eles, a titulação predominante foi a de mestre (78,3%). A maior parte atuava em instituição de ensino superior e em hospitais (56,5%) e participava de grupo de pesquisa sobre mobilidade ou AVC (54,5%). Também a maioria realizou pesquisa com a temática Resultado de enfermagem (52,2%) e sobre mobilidade ou AVC (73,9%). Embora grande parte não tivesse experiência de docência na temática Mobilidade (65,2%) e AVC (60%), tinha na área assistencial relacionada ao tema do estudo (95,2%). Ademais, foi frequente o número de enfermeiros a empregar a terminologia de enfermagem na prática clínica (77,3%).

Conforme mencionado, o título visto como mais adequado para o resultado estudado foi Mobilidade física (82,6%). Todavia, o conceito construído com base na análise empreendida na primeira etapa do estudo para o resultado Mobilidade foi considerado mais adequado (69,5%) do que o constante atualmente na NOC (2010), com algumas mudanças. Dessa forma, a definição proposta foi esta: capacidade de a pessoa movimentar-se de uma posição postural para outra ou de um local para outro, de forma independente, com utilização ou não de dispositivo auxiliar.

Observou-se uma proporção estatisticamente inferior a 85% de especialistas segundo os quais os indicadores Correr, Rastejar, Saltar e Movimentos realizados com facilidade eram relevantes para o resultado de enfermagem Mobilidade ($p < 0,05$) para praticamente todos os critérios da psicometria citados anteriormente e analisados pelos especialistas. Contudo, de acordo com os especialistas, os indicadores Correr, Rastejar e Saltar não guardavam relevância na avaliação clínica de um paciente que teve AVC. E, ainda: o indicador Movimento realizado com facilidade foi referido como contemplado em outros indicadores deste resultado, sendo desnecessária sua permanência. Poucos especialistas sugeriram acrescentar alguns indicadores. Entretanto, por não terem sido julgados importantes para a Mobilidade física, não foram acatados.

Concluídas estas duas etapas, a primeira tese fica comprovada, isto é: o resultado de enfermagem Mobilidade como proposto pela NOC, ao ser destinado a pacientes que sobreviveram ao acidente vascular cerebral, apresenta diferença entre os indicadores sugeridos e aqueles encontrados na literatura e avaliados por especialistas.

A partir disso, formulou-se um instrumento contendo as definições constitutivas e operacionais dos indicadores que foram aceitos como pertinentes pelos especialistas para avaliação de pacientes com AVC. Os indicadores foram: Equilíbrio; Coordenação; Marcha; Movimento dos músculos; Movimento das articulações; Desempenho no posicionamento do corpo; Desempenho na transferência e Andar.

Na terceira etapa do estudo, este instrumento passou pelo processo de validação clínica. Uma dupla de enfermeiras aplicou o instrumento com as definições constitutivas e operacionais e outra dupla aplicou o mesmo instrumento sem estas definições. Tal etapa aconteceu no setor de ambulatório de neurologia de um hospital de referência para AVC na cidade de Fortaleza-Ceará com pacientes que haviam tido a doença e estavam em acompanhamento clínico.

Ao analisar as avaliações entre as enfermeiras, conforme se evidenciou todos os indicadores apresentaram diferença significativa pelo teste de Friedman ($p < 0,05$). Na

comparação pós-hoc pelo cálculo da diferença mínima significativa, identificou-se que houve similaridade entre a dupla de avaliadores que utilizou o instrumento com as definições constitutivas e operacionais para todos os indicadores e entre a dupla que utilizou o instrumento sem estas definições. Também todos os indicadores mostraram diferença significativa ($p < 0,05$) para avaliação entre as duplas avaliadoras ao analisar o coeficiente de correlação intraclasse.

Nas comparações entre os grupos, o método da DMS não identificou diferenças nas avaliações para os indicadores Andar e Movimento das articulações. Para os demais indicadores, houve diferenças quando se comparou os avaliadores que usaram definições operacionais com aqueles que não fizeram uso de tais definições.

Ao analisar o Coeficiente de Correlação Intraclasse para os indicadores Equilíbrio, Andar, Movimento das articulações e Desempenho no posicionamento, percebeu-se maior correlação entre as avaliadoras que utilizaram as definições quando comparadas com as que não utilizaram. Já para os indicadores Marcha, Movimento dos músculos, Desempenho na transferência e Coordenação foi maior a concordância entre as enfermeiras que não empregaram as definições. Dessa forma, é necessário o desenvolvimento de outros estudos para testar se as definições criadas para estes indicadores realmente estão adequadas.

Para a maioria dos indicadores, foi melhor a utilização do instrumento com as definições constitutivas e operacionais ao aplicar pelo menos um dos dois testes estatísticos: teste de Fridman ou o Coeficiente de Correlação Intraclasse.

Ao finalizar a terceira etapa comprova-se a segunda tese da pesquisa, isto é: as definições constitutivas e operacionais construídas e submetidas a processo de validação proporcionam maior acurácia na avaliação do estado de saúde do paciente que sobreviveu ao acidente vascular cerebral do que quando é utilizado o instrumento sem estas definições, pois a utilização de uma linguagem padronizada permite que diferentes enfermeiros avaliem de forma semelhante um mesmo paciente

Cabe ressaltar algumas dificuldades na implementação da pesquisa, como a obtenção de enfermeiros especialistas para participar da pesquisa. Mencionam-se também a falta de estudos sobre validação de resultado de enfermagem e mais ainda a não identificação de alguma pesquisa que tenha trabalhado com o resultado Mobilidade. Este fato obstaculizou tanto a comparação e discussão dos resultados desta pesquisa quanto a determinação do caminho metodológico mais correto para ser seguido no desenvolvimento deste tipo de estudo.

Contudo, não se julgou como possível limitação do estudo a realização da pesquisa com uma população específica de pacientes, porquanto é notória a dificuldade e até mesma inviabilidade do desenvolvimento de pesquisas de validação em populações abrangentes. Isto porque, normalmente, será identificado um número muito grande de artigos na primeira etapa durante a Revisão Integrativa da Literatura se não houver o fechamento para uma população específica. Além disso, será mais improvável ainda encontrar especialistas que dominem vários contextos clínicos. Também será complexa a aplicação do instrumento em diversas populações com doenças distintas.

Por fim, enfatiza-se: a terceira etapa da presente pesquisa pode ser considerada como uma validação preliminar do instrumento construído. Os indicadores julgados como não adequados para pacientes que tem AVC podem ser importantes na avaliação de outra população específica. Dessa forma, recomenda-se a realização de outras pesquisas de validação com o resultado de enfermagem Mobilidade tanto em pacientes com AVC como em outras situações clínicas, pois a confiabilidade e viabilidade do instrumento exigem um processo contínuo de estudos.

No entanto, esta pesquisa possibilitou contribuir para o aperfeiçoamento da taxonomia da NOC e, por conseguinte, da linguagem da sistematização da assistência de enfermagem. Além disso, os pacientes que sobreviveram ao AVC poderão se beneficiar ao serem avaliados com um instrumento previamente validado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A.; SEGANFREDO, D. H.; UNICOVSKY, M. R. Validação de indicadores da classificação dos resultados de enfermagem para pacientes com problemas ortopédicos. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 44, n. 4, p.1059-1064, 2010.

ALMEIDA, M. C. P.; RODRIGUES, R. A. P.; FUREGATO, A. R. F.; SCOCHI, C. G. S. A pós-graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP: evolução histórica e sua contribuição para o desenvolvimento da enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem.**, v.10, n. 3, p. 276-287, 2002.

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

ANDRADE, L. T. **Validação das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de mobilidade física prejudicada nos lesados medulares.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2007.

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

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

ARAÚJO, L. A. O.; SANTANA, R. F.; BACHION, M. M. Mobilidade física prejudicada em idosos: fatores relacionados e características definidoras. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 55, n. 1, p. 19-25, 2002.

AU-YEUNG, S. S. Y.; HUI, J. H. Y.; LEE, L. W. Y.; LEUNG, J. S. M.; WAN, D. S. C.; WONG, B. C. S. Is there a relationship between mobility status and perceived health in people with chronic stroke? – A pilot study. **Physiother. J.**, v. 21, n. 1, p. 51-57, 2003.

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

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

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

BAINBRIDGE, N. J.; DAVIE, M. W. J.; HADDAWAY, M. J. Bone loss after stroke over 52 weeks at os calcis: influence of sex, mobility and relation to bone density at other sites. **Ageing**, v. 35, n. 2, p. 127-132, 2006.

BEAN, J. F.; KIELLY, D. K.; CAIRNS, K. D.; MORRIS, J. N. Influence of poststroke urinary incontinence on disability: the nursing home setting. **Am. J. Phys. Rehabil.**, v. 82, n. 3, p. 175-181, 2003.

BEAUCHAMP, M. K.; SKRELA, M.; SOUTHMAYD, D.; TRICK, J.; VAN KESSEL, M.; BRUNTON, K.; INNESS, E.; MCILROY, W. E. Immediate effects of cane use on gait symmetry in individuals with subacute stroke. **Physiother. Can.**, v. 61, n. 3, p. 154-160, 2009.

BERG, K. O.; WOOD-DOUPHINEE, S. SL.; WILLIAMS, J. I.; GAYTON, D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. **Physiother. Can.**, v. 41, n. 3, p. 304-311, 1989.

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE- BVS. **Tutorial de pesquisa bibliográfica**. São Paulo: BIREME, 2007.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BLUM, L.; BITENSKY, N. K. Usefulness of the berg balance scale in stroke rehabilitation: a systematic review. **Physical Ther.**, v. 88, n. 5, p. 559-566, 2008.

BURNS, N.; GROVE, S.K. **Understanding nursing research**. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1995.

CAMPBELL, W. W. **DeJong**: o exame neurológico. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CANNING, B.; SANCHEZ, G. Considering powered mobility for individuals with stroke. **Top. Stroke Rehabil.**, v. 11, n. 2, p. 84-88, 2004.

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

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

CHAVES, E. C. L. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Angústia Espiritual**. 2008. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L.A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.10, n. 2, p. 513-515, 2008.

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

CHEN, H. M.; HSIEH, C. L.; KAI LO, S.; LIAW, L. J.; CHEN, S. M.; LIN, J. H. The test-retest reliability of 2 mobility performance tests in patients with chronic stroke. **Neurorehabil. Neural. Repair.**, v. 21, n. 4, p. 347-352, 2007.

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

CREASON, N. S. A second look. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**, v. 15, n. 4, p.123-132, 2004.

DEAN, C. M.; RISSEL, C.; SHARKEY, M.; SHERRINGTON, C.; CUMMING, R. G.; BARKER, R. N.; LORD, S. R.; O'ROURKE, S. D.; KIRKHAM, C. Exercise intervention to prevent falls and enhance mobility in community dwellers after stroke: a protocol for a randomized controlled trial. **BMC Neurol.**, v. 9, p. 38, 2009.

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

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

ENG, J; CHU, K. S; KIM, C. M; DAWSON, A. S; CARSWELL, A. HEPBURN, K. E. A community-based group exercise program for persons with chronic stroke. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 35, n. 8, p. 1271-1278, 2003.

ENG, J. J; ROWE, S. J; MCLAREN, L. M. Mobility status during inpatient rehabilitation: a comparison of patients with stroke and traumatic brain injury. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 83, n. 4, p. 483-490.

ENGBERG, W; LIND, A; LINDER, A; NILSSON, L; SERNERT, N. Balance-related efficacy compared with balance function in patients with acute stroke. **Physiother. Theory Pract.**, v. 24, n. 2, p. 105-111, 2008.

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

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.

FEHRING, R. The fehring model. In: CARROLL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. (Eds.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the ten. Conference.** Philadelphia: Lippicott, 1994. p. 55-62.

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

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

GALDEANO L. E. **Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e à revascularização do miocárdio.** 2007. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GALDEANO L. E.; ROSSI L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 5, n. 1, p. 60-66, 2006.

GARBER, S. L.; BUNZEL, R.; MONGA, T. N. Wheelchair utilization and satisfaction following cerebral vascular accident. **J. Rehabil. Res. Dev.**, v. 39, n. 4, p. 521-534, 2002.

GARBIN, L. M.; RODRIGUES, C. C.; ROSSI, L. A.; CARVALHO, E. C. Classificação de resultados de enfermagem (NOC): identificação da produção científica relacionada. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 3, p. 508-515, 2009.

GARCIA, T. L.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N. M. A.; PADILHA, M. I. C. S.; CUPELLO, A. J.; SOUZA, S. R. O. S.; MACHADO, W. C. A. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões e soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 2, p. 37-63.

GEIGER, R. A.; ALLEN, J. B.; O'KEEFE, J.; HICKS, R. R. Balance and mobility following stroke: effects of physical therapy interventions with and without biofeedback/forceplate training. **Phys. Ther.**, v. 81, n. 4, p. 995-1005, 2011.

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

GRANT, J. S.; KINNEY, M. R. The need for operational definitions for defining characteristics. **Nurs. Diag.**, v. 2, p. 181-185, 1991.

GREEN, J.; FORSTER, A.; YOUNG, J. Reliability of gait speed measured by a timed walking test in patients one year after stroke. **Clin. Rehabil.**, v. 16, n. 3, p. 306-314, 2002.

GREEN, J.; FORSTER, A.; YOUNG, J. A test-retest reliability study of the Barthel index, the rivermead mobility index, the Nottingham extended activities of daily living scale and the frenchay activities index in stroke patients. **Disabil. Rehabil.**, v. 23, n. 15, p. 670-676, 2001.

GREEN, J.; YOUNG, J.; FOSTER, A.; COLLEN, F.; WADE, D. Combined analysis of two randomized trials of community physiotherapy for patients more than one year post stroke. **Clin. Rehabil.**, v. 18, n. 3, p. 249-252, 2004.

GREEN, J.; FORSTER, A.; BOGLE, S.; YOUNG, J. Physiotherapy for patients with mobility problems more than 1 year after stroke: a randomized controlled trial. **Lancet**, v. 359, n. 9302, p. 199-203, 2002.

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

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

HADDAWAY, M. J.; BAINBRIDGE, N. J.; POWER, D. E.; DAVIE, M. W. Bone resorption in stroke and institutionalized subjects. **Calcif. Tissue Int.**, v. 84, n. 2, p. 118-125, 2009.

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

HOSKINS, L. M. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: CARROLL-JOHNSON, R. M. (Ed.). **Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the eighth conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: JB Lippincott, 1989. p. 126–131.

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

INGRID, G. L.; KWAKKEL, G.; SCHEPERS, V. P. M.; LINDEMAN, E. Predicting mobility outcome one year after stroke: a prospective cohort study. **J. Rehabil. Med.**, v. 38, n. 4, p. 218-223, 2006.

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

JASPER, M. A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J. Adv. Nurs.**, v. 20, n. 4, p. 769-776, 1994.

JETTE, D.U.; LATHAM, N. K.; SMOUT, R. J.; GASSAWAY, J.; SLAVIN, M. D.; HORN, S. D. Physical therapy interventions for patients with stroke in inpatient rehabilitation facilities. **Phys. Ther.**, v. 85, n. 3, p. 238-248, 2005.

JUTAI, J.; COULSON, S.; TEASELL, R.; BAYLEY, M.; GARLAND, J.; MAYO, N.; WOOD-DAUPHINEE, S. Mobility assistive device utilization in a prospective study of patients with first-ever stroke. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 88, n. 10, p. 1268-1275, 2007.

KAIRY, D.; PANQUET, N.; FUNG, J. Postural adaptation test for stroke patients. **Disabil. Rehabil.**, v. 25, n. 3, p. 127-135, 2003.

KATO, K. **Dicionário de termos técnicos de saúde**. São Paulo: Conexão, 2005.

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

LEROUX, A.; PINET, H.; NADEAU, S. Task-oriented intervention in chronic stroke. **Am. J. Phys. Med. Rehabil.**, v. 85, n. 10, p. 820-830, 2006.

LIMA, N. D. C.; SILVA, V. M.; BELTRÃO, B. A. Construção e validação de conteúdo de instrumento de coleta de dados em unidade neonatal. **Rev. RENE**, v. 10, n. 3, p. 97-106, 2009.

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

LINDER, A.; WINKVIST, L.; NILSSON, L.; SERNERT, N. Evaluation of the Swedish version of the modified elderly mobility scale (Swe M-EMS) in patients with acute stroke. **Clin. Rehabil.**, v. 20, n. 7, p. 584-597, 2006.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUFT, A. R.; MACKO, R. F.; FORRESTER, L. W.; VILLAGRA, F.; IVEY, F.; SORKIN, J. D.; WHITALL, J.; McCOMBER-WALLER, S.; KATZEL, L.; GOLDBERG, A. P.; HANLEY, D. F. Treadmill exercise activates subcortical neural networks and improves walking after stroke. **Stroke**, v. 39, p. 3341-3350, 2008.

MANLEY, K.; GARBETT, R. Paying, Peter and Paul: reconciling concepts of expertise with competency for a clinical career structure. **J. Clin. Nurs.**, v. 9, n. 3, p. 347-359, 2000.

MARANDOLA, J. R. E. Novos significados da mobilidade. **Rev. Bras. Est. Pop.**, v. 25, n. 1, p. 199-200, 2008.

MARIGOLD, D. S.; ENG, J. J.; DAWSON, A. S.; INGLIS, J. T.; HARRIS, J. E.; GYLFADÓTTIR, S. Exercise leads to faster postural reflexes, improved balance and mobility, and fewer falls in older persons with chronic stroke. **J. Am. Geriatr. Soc.** v. 53, n. 3, p. 416-423, 2005.

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

MARSICO, V.; MORETTI, B.; PATELLA, V.; SERIO, S.; SIMONE, C. Analisi baropodometrica del passo in soggetti sani anziani ed in pazienti gonadtrosici prima e dopo intervento di artroprotesi di ginocchio. **G. Ital. Med. Lav. Erg.**, v. 24, n. 1, p. 72-83, 2002.

MASTANDREA, L. **Avaliação da marcha em idosas ativas e sedentárias**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MATOS, S. S. **Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório mediato de transplante cardíaco e validação do diagnóstico considerado mais característico: angústia espiritual**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MAURITZ, K. H. Gait training in hemiparetic stroke patients. **Eura. Medicophys.**, v. 40, n.3, p. 165-178, 2004.

McCLOSKEY, J. C.; BULECHECK, G. M. Classificação de intervenções de enfermagem (NIC): avaliação e atualização. **Nursing**, v. 67, p. 34-40, 2004.

MEHMERT, P. A.; CONNIE, C.; DELANEY, W. Validating impaired physical mobility. **Int. J. Nurs. Diagn. Terminol. Classif.**, v. 2, n. 4, p. 143-154, 1991.

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

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing development & progress**. 4th ed. Philadelphia (US): Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

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

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams& Wilkins, 2005. p. 3-24.

MELO, A. S. **Validação dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes**. 2004. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MELO, R. P.; MOREIRA, R. P.; FONTENELE, F. C.; AGUIAR, A. S. C.; JOVENTINO, E.S.; CARVALHO, E. C. Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene.**, v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MERCIER, C.; BOURBONNAIS, D.; BILODEAU, S.; LEMAY, J. F.; CROSS, P. Description of a new motor re-education programme for the paretic lower limb aimed at improving the mobility of stroke patients. **Clin. Rehabil.**, v. 13, n. 3, p. 199-206, 1999.

MOREIRA, R. P. **Acidente vascular cerebral – análise dos diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, 2008.

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

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

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. Rio de Janeiro: Artmed, 2008.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MASS, M.; SWANSON, E. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. C. M.; ALMEIDA, M. A. Estrutura da CIPE, da NANDA, da NIC e da NOC. In: GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. cap. 11, p. 157-171.

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

OLAWALE, O. A.; OGUNMAKIN, O. S. The effect of exercise training on balance in adult patients with post-stroke hemiplegia. **Int. J. Ther. Rehabil.**, v. 13, n. 7, p. 318-322, 2006.

OLIVEIRA, C. J. **Revisão do diagnóstico de enfermagem Falta de adesão em pessoas com hipertensão arterial**. 2011. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

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

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

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

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; HECKMANN, M. F. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X. C.; GORZONI, M. L.; DOLE, J. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2006. p. 950-961.

PANG, M. Y. C.; ENG, J. J. Fall-related self-efficacy, not balance and mobility performance, is related to accidental falls in chronic stroke survivors with low bone mineral density. **Osteoporos. Int.**, v. 19, n. 7, p. 919-927, 2008.

PANG, M. Y. C.; ENG, J. J.; MILLER, W. C. Determinants of satisfaction with community reintegration in older adults with chronic stroke: role of balance self-efficacy. **Phys. Ther.**, v.87, n. 3, p. 289-291, 2007.

PAOLUCCI, S.; GRASSO, M. G.; ANTONUCCI, G.; BRAGONI, M.; TROISI, E.; MORELLI, D.; COIRO, P.; DE ANGELIS, D.; RIZZI, F. Mobility status after inpatient stroke rehabilitation: 1-year follow-up and prognostic factors. **Arch. Phys. Med. Rehabil.**, v. 82, n. 1, p. 2-8, 2001.

PAPPEN, R. P. S.; KWAKKEL, G.; WOOD-DAUPHINEE, S.; HENDRIKS, H.J.M.; VAN DER WEES, P. H. J.; DEKKER, J. The impact of physical therapy on functional outcomes after stroke: what's the evidence? **Clin. Rehabil.**, v. 18, n. 8, p. 833-862, 2004.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos**: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM / IBAPP, 1999.

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

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

PETTERSEN, R.; WYLLER, T. B. Prognostic significance of micturition disturbances after acute stroke. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 54, n. 12, p. 1878-1884, 2006.

PILEGGI, S. O. **Validação clínica do diagnóstico de enfermagem Desobstrução ineficaz das vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

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

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

POMPEO, D. A.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 434-438, 2009.

PORT, I.G.L.; WEVERS, L.; ROELSE, H.; KATS, L.V.; LINDEMAN, E.; KWAKKEL, G. Cost-effectiveness of a structured progressive task-oriented circuit class training program to enhance walking competency after stroke: the protocol of the fit-stroke trial. **BMC Neurol.**, v. 9, p. 43, 2009.

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

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

ROSÉN, E.; SUNNERHAGEN, K.S.; KREUTER, M. Fear of falling, balance, and gait velocity in patients with stroke. **Physiother. Theory Pract.**, v. 21, n. 2, p. 113-120, 2005.

SANTOS, F. A. A. S. **Construção e investigação da validade de definições conceituais e operacionais do resultado de enfermagem Integridade Tissular**: um estudo com portadores de úlcera venosa. 2010. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

SCHIAVETO, F. V. **Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

SCHMID, A. A.; RITTMAN, M. Consequences of poststroke falls: activity limitation, increased dependence, and the development of fear of falling. **Am. J. Occup. Ther.**, v. 63, n. 3, p. 310-316, 2009.

SEGANFREDO, D. H.; ALMEIDA, M. A. Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 19, n.1, p. 34-41, 2011.

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

SHARAF, A. Y.; IBRAHIM, H. S. Physical and psychosocial correlates of fear of falling among older adults in assisted living facilities. **J. Gerontol. Nurs.**, v. 34, n. 12, p. 27-35, 2008.

SHIN, B. C.; LIM, H.J.; LEE, M. S. Effectiveness of combined acupuncture therapy and conventional treatment on shoulder range of motion and motor power in stroke patients with hemiplegic shoulder subluxation: a pilot study. **J. Neuroscience**, v. 117, n. 4, p. 519-523, 2007.

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

SILVA, T. L. **Alteração do equilíbrio e marcha em idosos e ocorrência de quedas**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

SILVA, V. M. **Padrão respiratório ineficaz em crianças portadoras de cardiopatias congênitas**: validação de um instrumento de avaliação dos resultados de enfermagem. 2007. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007.

SILVEIRA, C. S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Rev Latino-am. Enfermagem.**, v. 14, n. 4, p. 614-619, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares cerebrais. In: **BRUNNER & SUDDARTH Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. v. 2, cap. 62, p.1996-2020.

SMITH, G. V.; SILVER, K. H. C.; GOLDEBERG, A. P.; MACKO, R. F. “Task-Oriented” Exercise improves hamstring strength and spastic reflexes in chronic stroke patients. **Stroke**, v. 30, n. 10, p. 2112-2118, 1999.

SOARES, A.V.; HOCHMULLER, A. C. O. L.; SILVA, P.; FRONZA, D.; WOELLNER, S. S.; NOVELETTO, F. Biorretroalimentação para treinamento do equilíbrio em hemiparéticos por acidente vascular encefálico: estudo preliminar. **Fisioter. Pesqui.**, v. 16, n. 2, p. 132-136, 2009.

SOUSA; M. R.; RIBEIRO, A. L. P. Revisão sistemática e meta-análise de estudos de diagnóstico e prognóstico: um tutorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 92, n. 3, p. 241-251, 2009.

STANKO, E.; GOLDIE, P.; NAYLER, M. Development of a new mobility scale for people living in the community after stroke: content validity. **Aust. J. Physiother.**, v. 47, n. 3, p. 201-208, 2001.

SULLIVAN, S. O.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1993.

SWARTZ, M. H. **Tratado de semiologia médica**. 5. ed. São Paulo: Elsevier, 2006.

TANG, Q. P.; YANG, Q. D.; WU, Y. H.; WANG, G. Q.; HUANG, Z. L.; LIU, Z. J.; HUANG, X.S.; ZHOU, L.; YANG, P. M.; FAN, Z. Y. Effects of problem-oriented willed-movement therapy on motor abilities for people with poststroke cognitive deficits. **Phys. Ther.**, v.85, n. 10, p. 1020-1033, 2005.

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

TYSON, S. F.; KENT, R. M. Orthotic devices after stroke and other non-progressive brain lesions. **Cochrane Database Syst Rev.**, n. 3, p. CD003694, 2009.

TYSON, S. F.; CONNELL, L.; BUSSE, M.; LENNON, S. What do acute stroke physiotherapy do to treat postural control and mobility? An exploration of the content of therapy in the UK. **Clin. Rehabil.**, v. 23, n. 11, p. 1051-1055, 2009.

TYSON, S. F.; HANLEY, M.; CHILLALA, J.; SELLEY, A.; TALLIS, R. C. Balance disability after stroke. **Phys. Ther.**, v.86, n. 1, 30-38, 2006.

TURA, B. R.; SILVA, N. A. S.; PEREIRA, B. B. Associação entre renda per capita e mortalidade por doença cardiovascular. **Rev. SOCERJ**, v. 19, n. 3, p. 215-218, 2006.

VITOR, A. F. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas: análise do conceito e validação por especialistas**. 2010. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

WALKER L. O.; AVANT K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2005.

WEERDESTEYN, V.; NIET, M.; DUIJNHOVEN, H. J. R.; GEURTS, A. C. H. Falls in individuals with stroke. **J. Rehabil. Res. Dev.**, v. 45, n. 8, p. 1195-2013, 2008.

WESTERGREN, A.; KARLSSON, S.; ANDERSSON, P.; OHLSSON, O.; HALLBERG, I. Eating difficulties, need for assisted eating, nutritional status and pressure ulcers in patients admitted for stroke rehabilitation. **J. Clin. Nurs.**, v. 10, n. 2, p. 257-269, 2001.

WIDAR, M.; AHLSTROM, G. Disability after a stroke and the influence of long-term pain on everyday life. **Scand J. Caring Sci.** v. 16, n. 3, p. 302-310, 2002.

WILSON, J. **Pensar com conceitos**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A
Protocolo da Revisão Integrativa

(Etapa 1 – Análise de Conceito)

REVISÃO INTEGRATIVA-PROTOCOLO
Tema: Mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral
1) Objetivo: Apresentar o conhecimento produzido sobre mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral
2) Questões norteadoras: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Qual a definição constitutiva e operacional de Mobilidade?</i> • <i>Qual a definição constitutiva e operacional de cada indicador do resultado Mobilidade: Equilíbrio; Coordenação; Tipo de marcha; Movimento muscular; Movimento articular; Desempenho do posicionamento do corpo; Desempenho da transferência; Correr; Pular; Engatinhar; Andar; Facilidade de movimentação?</i> • <i>Quais os atributos, antecedentes e consequentes de Mobilidade e Limitação da mobilidade?</i>
3) Estratégias para buscar as pesquisas
Base de dados <ul style="list-style-type: none"> ❖ Base de dados 1: Scopus ❖ Base de dados 2: Pubmed ❖ Base de dados 3: Cinahl ❖ Base de dados 4: Cochrane ❖ Base de dados 5: Lilacs
Descritores não-controlados: Mobilidade/mobility/movilidad
Descritores controlados: Acidente Cerebral Vascular/ Stroke/ Accidente cerebrovascular enfermagem/nursing/enfermería
4) Seleção dos estudos
Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Artigos ❖ Estudos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol

❖ Estudos que abordam mobilidade em pacientes com acidente vascular cerebral acima de 18 anos de idade e que respondam às questões norteadoras deste estudo
Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Editoriais • Cartas ao editor
5) Estratégia para coleta de dados dos estudos <ul style="list-style-type: none"> • Instrumento construído e validado por Silveira (2005)
6) Estratégia para avaliação crítica dos estudos <ul style="list-style-type: none"> • Níveis de evidência desenvolvidos por Melnyk e Fineout-Overholt (2005)
7) Sínteses dos dados <ul style="list-style-type: none"> • Caracterização dos estudos • Categorias temáticas • Análise de conceito proposta por Walker e Avant (2005)

Referências

1. MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. apud GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. Editorial. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 2, jun. 2006.
2. WALKER, L.; AVANT, K. **Strategies for theory construction in nursing**. 4th ed. Norwalk: Appeton and Lange, 2005. 227p.

APÊNDICE B

Carta-convite para participação no estudo (validação por especialistas)

Prezado (a) enfermeiro (a),

Meu nome é Rafaella Pessoa Moreira. Sou aluna do Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa intitulado “Pacientes com acidente vascular cerebral: validação de um instrumento de avaliação do resultado de enfermagem mobilidade” sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araujo. Estamos estudando o resultado de enfermagem Mobilidade, relativo ao diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada. Solicitamos, por meio desta, sua colaboração no estudo na qualidade de especialista em linguagem da sistematização da assistência. Sua participação constará do preenchimento de um instrumento para a apreciação da adequação das definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Mobilidade. Dispusemos os indicadores em um único instrumento e construímos definições constitutivas e operacionais para cada nível desses indicadores. Pediremos sua avaliação sobre a adequação dessas definições. Solicitaremos ainda o envio de sugestões e outras referências bibliográficas para a melhor adequação de alguma definição.

Caso acate o nosso convite, pedimos que responda este e-mail o quanto antes. Em seguida enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento propriamente dito. Solicitamos também que nos remeta se prefere receber o material por e-mail ou endereço postal. Caso opte pelo endereço postal, envie seu endereço postal completo e atualizado para o envio do material e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Aguardamos sua resposta e sua colaboração.

Atenciosamente,

Rafaella Pessoa Moreira

APÊNDICE C

Termo de consentimento livre e esclarecido – especialistas

Prezada enfermeira,

Meu nome é Rafaella Pessoa Moreira, sou aluna do Curso de Doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Conforme convite anterior, confirmamos a sua importante colaboração como especialista na pesquisa “Pacientes com acidente vascular cerebral: validação de um instrumento de avaliação do resultado de enfermagem mobilidade”, que tem como objetivo validar as definições constitutivas e operacionais do resultado de enfermagem Mobilidade e os seus indicadores com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem em pacientes com dificuldade de mobilidade e que possuem o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada.

A sua participação será mediante avaliação de um instrumento construído com definições constitutivas e operacionais para o resultado Mobilidade e os seus indicadores. Estas definições foram construídas com base na literatura e é necessário que especialistas sobre a temática avaliem o instrumento para torná-lo aplicável na prática clínica. Sua participação é muito importante, pois são poucos os enfermeiros que trabalham nessa área. Damos a garantia do total sigilo sobre a sua identidade e asseguramos que as informações então obtidas serão utilizadas apenas para a realização de trabalhos científicos. Também informamos que você poderá deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso lhe traga prejuízo. Você poderá solicitar esclarecimento quando sentir necessidade e em qualquer período da pesquisa. Ademais, sua participação no estudo é voluntária. Dessa forma, não receberá pagamento e também é sem ônus de qualquer natureza. Pedimos sua colaboração para nos enviar o instrumento preenchido o mais rápido possível, pois estes resultados nortearão a fase de validação clínica a ser realizada com o paciente.

Caso concorde em participar do estudo, solicitamos preencher os dados abaixo em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador do estudo.

Eu, _____,

RG _____, enfermeiro especialista, recebi todas as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa intitulada “Pacientes com acidente vascular cerebral: validação de um instrumento de avaliação do resultado de enfermagem mobilidade”.

O Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará poderá ser consultado sobre esta pesquisa pelo telefone: (85) 3366-8338.

Se precisar entrar em contato comigo, informo-lhe o meu endereço: Rua Homem de Melo, 933, casa M2, Cambeba. Fortaleza-Ceará. CEP: 60830-160. Telefone: (85) 3276-5562. E-mail: rafaellapessoa@hotmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após ter sido esclarecida pelas pesquisadoras, e após ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza - CE, _____ / _____ / _____

Assinatura do enfermeiro

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE D

Instrumento enviado aos especialistas

PARTE 1 - Instruções para o preenchimento do instrumento

1. Descrição sumária do objetivo e justificativa da pesquisa “Validação do resultado de enfermagem Mobilidade e de seus indicadores em pacientes com acidente vascular cerebral”

A finalidade deste estudo é construir e validar o resultado de enfermagem mobilidade e os seus indicadores estabelecidos com base na Classificação dos Resultados de Enfermagem – NOC (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008) em pacientes que sobreviveram ao Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Determinadas razões explicam o interesse em estudar o resultado de enfermagem mobilidade em pacientes com AVC, o qual surgiu durante a dissertação de mestrado, ao analisar os diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2008). A população do referido estudo foi composta por 121 pacientes que sobreviveram ao AVC. Neste estudo, 90,1% dos pacientes apresentaram o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada (MOREIRA, 2008).

Esta pesquisa também se justifica pelo fato de os sobreviventes de um acidente vascular cerebral (cerca de 50 a 60% dos acometidos) exibirem deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas (ANDRÉ, 2006). Tais sequelas implicam algum grau de dependência, principalmente no primeiro ano após sua ocorrência, com aproximadamente 30 a 40% dos sobreviventes impedidos de voltarem ao trabalho e requerendo algum tipo de auxílio no desempenho de atividades cotidianas básicas (FALCÃO *et al.*, 2004).

Em uma fase anterior deste estudo, por meio do método de Revisão Integrativa da Literatura e da análise de conceito proposta por Walker e Avant (2005), foi realizada uma revisão do conceito do resultado de enfermagem Mobilidade e a construção de definições constitutivas e operacionais para os seus indicadores, presentes nos pacientes com acidente vascular cerebral. Na atual fase da pesquisa, busca-se investigar a validade das definições constitutivas e operacionais construídas anteriormente, mediante avaliação de especialistas. Para isso, utilizaram-se os critérios para construção e avaliação de instrumentos propostos por Pasquali (1999).

Portanto, a seguir, terá a indicação de algumas definições fundamentais sobre a linguagem que foi utilizada na pesquisa para facilitar sua avaliação e as orientações de preenchimento do instrumento.

2. Resultado de enfermagem Mobilidade

O resultado de enfermagem é um instrumento empregado na última etapa do processo de enfermagem, denominada avaliação do paciente. É definido como um estado, comportamento ou percepção mensurável do paciente ou da família, conceituado como uma variável, amplamente influenciada por uma intervenção de enfermagem e sensível a ela. Cada resultado inclui um nome identificador, uma definição, um conjunto de indicadores que descrevem os estados da cada paciente, cuidador, família ou comunidade, relacionados ao resultado. Também há uma escala de cinco pontos do tipo Likert para a medida e uma bibliografia selecionada, utilizada no desenvolvimento do resultado (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

O resultado de enfermagem Mobilidade pertence ao domínio Saúde Funcional referente a resultados que descrevem a capacidade para o desempenho de tarefas básicas da vida. A classe que o contém também é denominada de Mobilidade e é caracterizada por resultados que descrevem a mobilidade física de um indivíduo e as sequelas da restrição de movimentos. Entre as onze escalas Likert adotadas, o resultado Mobilidade é avaliado pela *escala a*, que fornece uma medida para o grau de comprometimento observado em um resultado com parâmetros: “Gravemente Comprometido”, “Muito Comprometido”, “Moderadamente Comprometido”; “Levemente Comprometido” e “Não Comprometido” (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

Este resultado de enfermagem é composto por doze indicadores: Equilíbrio; Coordenação; Marcha; Movimento dos músculos; Movimento das articulações; Desempenho no posicionamento do corpo; Desempenho na transferência; Correr; Saltar; Rastejar; Andar e Movimentos realizados com facilidade.

O termo indicador de resultado de enfermagem é uma variável específica referente a um resultado de enfermagem. É um estado, comportamento ou percepção observável ou avaliações relatadas do paciente (MOORHEAD; JOHNSON; MAAS, 2008).

3. Definição constitutiva e operacional dos indicadores do resultado de enfermagem Mobilidade

A definição constitutiva oferece uma variável ou conceito com significado conotativo (abstrato, compreensivo e teórico), estabelecido por intermédio da análise de conceito, derivação de conceito ou síntese de conceito (BURNS; GROVE, 1995).

A definição operacional descreve o que será medido e como será feito. Aumenta a fidedignidade e validade dos dados, facilita a reprodução da pesquisa e proporciona ao pesquisador relatar novos achados. Ademais, o procedimento explicita de forma mais objetiva o que vai ser medido ou observado (GRANT; KINNEY, 1991).

Como citado, as definições constitutivas e operacionais foram elaboradas por meio da Revisão Integrativa da Literatura e da análise de conceito proposto por Walker e Avant (2005).

4. Critérios a serem considerados na avaliação das definições constitutivas e operacionais (Critérios de Pasquali)

Para a construção do instrumento com as definições constitutivas e operacionais do resultado de enfermagem Mobilidade, adotaram-se os princípios da psicometria (PASQUALI, 1999) e alguns dos seus critérios:

- **Critério comportamental:** o item deve permitir à pessoa uma ação clara e precisa; que se possa dizer a ele vá e faça.
- **Critério de simplicidade:** um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
- **Critério de clareza:** as frases devem ser curtas; utilizar expressões simples; inteligíveis; inequívocas; não usar gírias; o linguajar típico da população-meta deve ser utilizado na formulação dos itens; é melhor afirmar a negatividade do que negar uma afirmação. É melhor dizer “sinto-me infeliz” do que “não me sinto feliz”.
- **Critério de relevância:** a expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido.
- **Critério da precisão:** o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.
- **Critério de tipicidade:** formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo. Ex.: a beleza não é pesada, nem grossa, nem nojenta.
- **Critério de amplitude:** este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo.

Com base nesses critérios, você deverá avaliar: a definição constitutiva do resultado Mobilidade e do termo Limitação da mobilidade; o título de cada indicador; as definições constitutivas e operacionais de cada indicador.

Dessa forma, para avaliar os títulos, as definições constitutivas e operacionais, considere cada critério de adequação (comportamental, simplicidade, clareza, relevância, precisão, tipicidade, amplitude) e atribua uma nota:

- 1 (para critério não atendido, ou seja, título do indicador/ definição constitutiva/ definição operacional não adequado);
0 (para indecisão quanto à adequação do critério, ou seja, título do indicador/ definição constitutiva/ definição operacional de algum modo adequado)
+ 1 (para critério atendido, ou seja, título do indicador/ definição constitutiva/ definição operacional adequado).

Além disso, você deverá responder: este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral?

Também poderá sugerir a exclusão ou acréscimo de indicadores e fazer alguma observação que julgar necessária.

5. Prazo

O prazo para devolução do instrumento preenchido é de no máximo trinta dias. Ressalta-se a importância da sua contribuição para que a próxima etapa de validação clínica possa ser alcançada. Esta devolução pode ser feita por resposta eletrônica ou por meio postal (Correios). A devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado também poderá ser por via eletrônica (digitalizado) ou por meio postal. Caso escolha a via postal, será enviado um envelope previamente selado e endereçado para resposta, conforme acordado anteriormente na carta-convite.

Referências

- ANDRÉ, C. AVC agudo. In: ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 5-15
- BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research: conduct, critique and edification**. Philadelphia: W.B. Saunders, 2001.
- FALCÃO, I. V.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M. L.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva

atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 4, n.1, p. 95-102, 2004.

GRANT, J. S.; KINNEY, M. R. The need for operational definitions for defining characteristics. **Nurs. Diagn.**, v. 2, n. 4, p. 181-185, 1991 .

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MASS, M. **Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MOREIRA, R. P. **Acidente vascular cerebral – análise dos diagnósticos de enfermagem da classe Atividade/Exercício**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, 2008.

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

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION INTERNATIONAL - NANDA - I. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008**. Porto Alegre: Elsevier, 2010.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM / IBAPP. 1999.

WALKER, L.O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2005.

PARTE 2 - Caracterização do especialista

1. Dados de identificação:

Iniciais do nome: _____

Endereço: _____

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

Sexo: () M () F

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

Estado civil: () Solteiro () Casado ou vive com parceiro () Viúvo () Divorciado

Cidade onde trabalha: _____

Ocupação atual: _____

Titulação: () Especialista () Mestre () Doutor

Área da especialização: _____

Tema(s) da(s) monografia(s) de especialização: _____

Área do mestrado: _____

Tema da dissertação de mestrado: _____

Área do doutorado: _____

Tema da tese de doutorado: _____

Tempo de formação profissional (anos completos): _____

Por favor, responda às seguintes questões (pode escolher mais de uma alternativa):

1. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática

Terminologias de enfermagem:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Monografia de graduação | <input type="checkbox"/> Monografia de especialização |
| <input type="checkbox"/> Dissertação | <input type="checkbox"/> Tese |
| <input type="checkbox"/> Artigos científicos | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

2. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática

Resultados de enfermagem:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Monografia de graduação | <input type="checkbox"/> Monografia de especialização |
| <input type="checkbox"/> Dissertação | <input type="checkbox"/> Tese |
| <input type="checkbox"/> Artigos científicos | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

3. Desenvolveu ou está desenvolvendo, como autor (a) ou orientador (a), estudo na temática

Mobilidade ou acidente vascular cerebral na forma de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Monografia de graduação | <input type="checkbox"/> Monografia de especialização |
| <input type="checkbox"/> Dissertação | <input type="checkbox"/> Tese |
| <input type="checkbox"/> Artigos científicos | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

4. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolvem/envolveram a temática Terminologias em enfermagem?

- Sim Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/projeto?: _____

Por quanto tempo participou ou participa do grupo? _____

Qual o local em que ocorre o grupo?: _____

5. Participa ou participou de grupos/projetos de pesquisa que envolvem/envolveram a temática Mobilidade ou acidente vascular cerebral?

Sim Não

Se sim:

Qual o nome do grupo/projeto?: _____

Por quanto tempo participou ou participa do grupo? _____

Qual o local em que ocorre o grupo: _____

6. Nos últimos doze meses, onde exerceu suas atividades profissionais?

Hospital Unidade Básica de Saúde

Instituição de Ensino Outro: _____

7. Utiliza/utilizou as terminologias de enfermagem em sua prática profissional (assistência ou ensino)?

Sim Não

Se sim:

Qual(is) terminologia(s) utiliza?: _____

Há quanto tempo utiliza? _____

8. Presta/prestou assistência de enfermagem a indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral ou pacientes com problemas de mobilidade?

Sim Não

Se sim:

Pacientes com problema de mobilidade pacientes com AVC

Em qual local?: _____

Há quanto tempo?: _____

9. Já trabalhou com o resultado Mobilidade em sua prática clínica?

Nunca Poucas vezes Frequentemente

10. No ensino, ministra/ministrou disciplinas que envolvem a temática Terminologias em enfermagem?

Sim Não

Se sim:

Qual terminologia ministra/ministrou?: _____

Há quanto tempo ministra/ ministrou esta temática?: _____

11. No ensino, ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática Mobilidade?

Sim Não

Se sim, há quanto tempo ministra/ ministrou esta temática? _____

12. No ensino, ministra/ministrou disciplinas que abordam a temática acidente vascular cerebral?

Sim Não

Se sim, há quanto tempo ministra/ ministrou esta temática? _____

1 – Indicador Equilíbrio

Indicador	Critério			-1	0	+1
Equilíbrio	Comportamental					
	Simplicidade					
	Clareza					
	Relevância					
	Precisão					
	Tipicidade					
	Amplitude					
Definição constitutiva	Critério			-1	0	+1
O equilíbrio é a condição na qual todas as forças que atuam sobre o corpo são equilibradas. É a capacidade de manter o centro projetado da massa do corpo, posição ereta, dentro dos limites de estabilidade de apoio ou base de suporte. É a capacidade de uma pessoa de não cair.	Comportamental					
	Simplicidade					
	Clareza					
	Relevância					
	Precisão					
	Tipicidade					
	Amplitude					
Definição operacional	Magnitude da definição operacional 1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.					
Ao aplicar Berg Balance Scale, pedir para o paciente realizar as seguintes atividades: - mudar da posição sentada para posição em pé; - ficar em pé sem apoio; - sentar sem apoio; - mudar da posição em pé para sentada; - realizar transferências; - ficar em pé com os olhos fechados; - ficar em pé com os pés juntos; - reclinar à frente com os braços estendidos; - apanhar objeto no chão; - virar-se para olhar para trás; - girar 360°; - colocar os pés alternadamente sobre um banco; - ficar em pé com um pé em frente ao outro; - ficar em pé apoiado em um pé só.	1	Incapaz de realizar uma das atividades de equilíbrio.				
	2	Capaz de realizar no máximo quatro atividades de equilíbrio.				
	3	Capaz de realizar no máximo oito atividades de equilíbrio.				
	4	Capaz de realizar no máximo doze atividades de equilíbrio.				
	5	Capaz de realizar todas as atividades de equilíbrio.				
Critério para definição operacional	-1	0	+1			
Comportamental						
Simplicidade						
Clareza						
Relevância						
Precisão						
Tipicidade						
Amplitude						
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não						

Observações:

2 – Indicador Coordenação

Indicador	Critério	-1	0	+1
Coordenação	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição constitutiva	Critério	-1	0	+1
Coordenação é a relação entre elementos que funcionam de modo articulado dentro de uma totalidade ordenada. A coordenação de movimentos é decorrente da integração entre comando central (cérebro) e unidades motoras dos músculos e articulações.	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição operacional	Magnitude da definição operacional 1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.			
- Pedir para o paciente com os olhos fechados e braços estendidos realizar o teste do dedo-nariz. Observar se ele toca a ponta do próprio nariz em cada dedo indicador, alternando as mãos e aumentando a velocidade. - Pedir para o paciente realizar o teste de movimentos alternados rápidos. Observar se o paciente alternadamente prona e supina suas mãos, como ao bater alternadamente com a palma e o dorso da mão sobre a coxa ou sobre a palma ou o dorso da outra mão ou imitar trocar uma lâmpada ou girar uma maçaneta. Observar se estes movimentos foram executados o mais rápido possível.	1	Incapaz de realizar qualquer um dos testes.		
	2	Capaz de realizar no máximo um dos testes com muita dificuldade e com movimentos lentos.		
	3	Capaz de realizar os dois testes com muita dificuldade e com movimentos lentos		
	4	Capaz de realizar os dois testes sem dificuldades, mas com movimentos lentos.		
	5	Capaz de realizar os dois testes sem dificuldades e com movimentos rápidos.		
Critério para definição operacional	-1	0	+1	
Comportamental				
Simplicidade				
Clareza				
Relevância				
Precisão				
Tipicidade				
Amplitude				
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não				
Observações:				

3 – Indicador Marcha

Indicador	Critério	-1	0	+1
Marcha	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição constitutiva	Critério	-1	0	+1
Ato ou efeito de marchar. Jornada a pé. Modo de andar. Passo cadenciado. Habilidade motora extremamente complexa, composta por uma sequência de movimentos cíclicos dos membros inferiores que geram deslocamento do corpo. Durante sua execução, há sucessivos movimentos intrínsecos ocasionados pela transferência de peso de um pé para outro, mas é possível obter um deslocamento estável, mantendo-se a proporção do centro de gravidade continuamente entre os dois pés. A marcha inicia-se quando o calcanhar de um membro toca o solo e termina quando o calcanhar do mesmo membro toca novamente o solo.	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição operacional	Magnitude da definição operacional 1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.			
<p>Aplicar o teste de marcha de Tinetti:</p> <p>- Observar se o início da marcha é após comando (0) ou se é imediato (1).</p> <p>- Observar comprimento e altura dos passos.</p> <p><i>Perna direita em balanceio:</i> não passa o membro esquerdo (0); passa o membro esquerdo (1); o pé direito não se afasta completamente do solo com o passo (0); o pé direito se afasta completamente do solo (1).</p> <p><i>Perna esquerda em balanceio:</i> não passa o membro direito (0); passa o membro direito (1); o pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo (0); o pé esquerdo se afasta completamente do solo (1).</p> <p>- Observar simetria dos passos: passos do pé direito e esquerdo desiguais (0); passos do pé direito e esquerdo parecem iguais (1).</p> <p>- Observar continuidade dos passos: parada ou descontinuidade entre os passos (0); passos parecem contínuos (1).</p> <p>- Observar desvio em linha reta (distância aproximada de 3m x 30cm): desvio marcado (0); desvio leve e moderado (1) ou usa dispositivo de auxílio à marcha (2).</p> <p>- Observar tronco: oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha (0); sem oscilação, mas com flexão de joelhos ou dor lombar ou afasta os braços enquanto anda (1); sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha (2).</p>	1	Não obtém pontuação na escala de marcha de Tinetti.		
	2	Obtém no máximo 3 pontos na escala de marcha de Tinetti.		
	3	Obtém no máximo 6 pontos na escala de marcha de Tinetti.		
	4	Obtém no máximo 9 pontos na escala de marcha de Tinetti.		
	5	Obtém 12 pontos na escala de marcha de Tinetti.		

- Observar base de apoio: calcanhares afastados (0); calcanhares quase se tocando durante a marcha (1).			
Critério para definição operacional	-1	0	+1
Comportamental			
Simplicidade			
Clareza			
Relevância			
Precisão			
Tipicidade			
Amplitude			
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não			
Observações:			

4 – Indicador Andar

Indicador	Critério	-1	0	+1
Andar	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição constitutiva	Critério	-1	0	+1
Movimentar-se, dando passos. Movimentar-se por impulso próprio ou não. Mover-se. Envolve regiões corticais, subcorticais e espinhais. É a capacidade de executar a marcha e atividades que envolvem a mobilidade, tais como andar de escada, virar, fazer transferências, andar de forma rápida e curta as distâncias especificadas.	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição operacional	Magnitude da definição operacional 1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.			
Pedir para o paciente realizar as seguintes atividades: - caminhar de 3 a 6 metros. - andar em aclave - andar em declive - subir escadas	1	Incapaz de executar alguma destas atividades.		
	2	Capaz de executar no máximo uma das atividades com ou sem ajuda de pessoas ou mecanismos auxiliares.		
	3	Capaz de executar no máximo duas destas atividades com ou sem ajuda de pessoas ou mecanismos auxiliares.		
	4	Capaz de executar no máximo três destas atividades com ou sem ajuda de pessoas ou mecanismos auxiliares.		
	5	Capaz de executar de forma independente todas estas atividades.		
Critério para definição operacional	-1	0	+1	
Comportamental				

Simplicidade			
Clareza			
Relevância			
Precisão			
Tipicidade			
Amplitude			
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não			
Observações:			

5 – Indicador Movimento dos músculos

Indicador	Critério	-1	0	+1
Movimento dos músculos	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição constitutiva	Critério	-1	0	+1
<p>Por meio da coordenação dos grupos musculares, o corpo é capaz de realizar uma grande variedade de movimentos. A contração muscular produz vários movimentos. São eles:</p> <p>Flexão: curvatura de uma articulação.</p> <p>Extensão: estiramento em uma articulação.</p> <p>Abdução: movimento de afastamento a partir da linha média.</p> <p>Adução: movimento no sentido da linha média.</p> <p>Rotação: girar em torno de um eixo específico.</p> <p>Circundação: movimento semelhante ao cone.</p> <p>Supinação: virar para cima.</p> <p>Pronação: virar para baixo.</p> <p>Inversão: virar para dentro.</p> <p>Eversão: virar para fora.</p> <p>Protração: empurrar para diante.</p> <p>Retração: puxar para trás.</p>	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição operacional	Magnitude da definição operacional 1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.			
Pedir para o paciente realizar os movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação, circundação, supinação, pronação, inversão, eversão, protração e retração dos músculos do corpo.	1	Incapaz de realizar algum destes movimentos dos músculos.		
	2	Capaz de realizar no máximo três movimentos dos músculos.		
	3	Capaz de realizar no máximo seis movimentos dos músculos.		
	4	Capaz de realizar no máximo nove movimentos dos músculos.		
	5	Capaz de realizar os doze movimentos dos músculos.		
Critério para definição operacional	-1	0	+1	

Comportamental			
Simplicidade			
Clareza			
Relevância			
Precisão			
Tipicidade			
Amplitude			
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não			
Observações:			

6 – Indicador Movimento das articulações

Indicador	Critério	-1	0	+1
Movimento das articulações	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição constitutiva	Critério	-1	0	+1
<p>As articulações possuem os seguintes movimentos:</p> <p>Abdução: movimento distanciando-se da linha média do corpo.</p> <p>Adução: movimento em direção à linha média do corpo.</p> <p>Flexão: inclinação de uma articulação tal que o ângulo da articulação diminui.</p> <p>Extensão: o retorno do movimento decorrente da flexão; o ângulo da articulação é aumentado.</p> <p>Rotação: ato de virar ou movimentar uma parte em torno de seu próprio eixo. Interna: vira para dentro, em direção ao centro. Externa: vira para fora distante do centro.</p> <p>Dorsiflexão: movimento que flexiona ou inclina a mão para trás, em direção ao corpo, ou o pé em direção à perna.</p> <p>Flexão palmar: movimento que flete ou inclina a mão em direção à palma.</p> <p>Flexão plantar: movimento que flete ou inclina o pé em direção à sola.</p> <p>Pronação: rotação do antebraço de forma que a palma da mão fica para baixo.</p> <p>Supinação: rotação do antebraço de modo que a palma da mão fica para cima.</p> <p>Oposição: toque do polegar em cada ponta do dedo da mesma mão.</p> <p>Inversão: movimento que vira a sola do pé para dentro.</p> <p>Eversão: movimento que vira a sola do pé para fora.</p>	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
	Definição operacional	<p>Magnitude da definição operacional</p> <p>1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.</p>		

Pedir para o paciente realizar os movimentos de: - flexão, extensão, flexão lateral e rotação da cabeça e pescoço; - flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa dos ombros; - flexão e extensão dos cotovelos; - flexão, extensão, supinação, pronação e hiperextensão dos punhos e mãos; - flexão, extensão, abdução, adução e oposição do polegar aos dedos das mãos; - flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa do quadril; - flexão e extensão dos joelhos; - dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão dos tornozelos e pés; - flexão, extensão, abdução e adução dos dedos dos pés.	1	Incapaz de realizar algum destes movimentos das articulações.		
	2	Capaz de realizar no máximo três movimentos das articulações.		
	3	Capaz de realizar no máximo cinco movimentos das articulações.		
	4	Capaz de realizar no máximo sete movimentos das articulações.		
	5	Capaz de realizar os nove movimentos das articulações.		
Critério para definição operacional	-1	0	+1	
Comportamental				
Simplicidade				
Clareza				
Relevância				
Precisão				
Tipicidade				
Amplitude				
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não				
Observações:				

7 – Indicador Desempenho no posicionamento do corpo

Indicador	Critério	-1	0	+1
Desempenho no posicionamento do corpo	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição constitutiva	Critério	-1	0	+1
Alinhamento e posição do corpo em relação à gravidade, centro de massa e base de apoio. O sentido de posição é a percepção da posição do corpo ou de suas partes no espaço.	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição operacional	Magnitude da definição operacional 1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.			

Realizar o teste de cinestesia: Pedir para o paciente ficar de olhos fechados e segurar o seu dedo lateralmente da mão ou o primeiro dedo do pé e mover para cima e para baixo, exercendo tão pouca pressão quanto possível para eliminar indicações de variações na pressão. Pedir para o paciente indicar a posição do movimento. Observar se o paciente consegue detectar movimentos de alguns milímetros e se tem perda do sentido posicional.	1	Incapaz de detectar movimentos e tem perda do sentido posicional.		
	2	Capaz de detectar no máximo grandes movimentos e tem perda do sentido posicional.		
	3	Capaz de detectar no máximo grandes movimentos e mantém a noção do sentido posicional por no máximo 10 segundos.		
	4	Capaz de detectar grandes movimentos e pequenos movimentos e mantém a noção do sentido posicional por no máximo 30 segundos.		
	5	Capaz de detectar movimentos de alguns milímetros e indica a posição correta dos movimentos por tempo indeterminado.		
Critério para definição operacional	-1	0	+1	
Comportamental				
Simplicidade				
Clareza				
Relevância				
Precisão				
Tipicidade				
Amplitude				
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não				
Observações:				

8 – Indicador Desempenho na transferência

Indicador	Critério	-1	0	+1
Desempenho na transferência	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição constitutiva	Critério	-1	0	+1
Atividade centrada em deslocar o corpo de uma superfície para outra.	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição operacional	Magnitude da definição operacional 1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.			
Pedir para o paciente transferir-se: - Para ou do vaso sanitário - Para ou da cadeira higiênica	1	Incapaz de realizar alguma das transferências.		

- Para dentro ou para fora do chuveiro - Para dentro ou para fora da banheira - Entre superfícies de níveis diferentes - Da cadeira para o carro - Do carro para a cadeira - Da cadeira para o chão - Do chão para a cadeira - Da posição em pé para o chão - Do chão para a posição em pé - Da cadeira para a posição em pé - Da posição em pé para a cadeira - Da cama para a posição em pé - Da posição em pé para a cama - Da cama para a cadeira - Da cadeira para a cama	2	Capaz de realizar no máximo quatro transferências.		
	3	Capaz de realizar no máximo oito transferências.		
	4	Capaz de realizar no máximo doze transferências.		
	5	Capaz de realizar todas as transferências.		
Critério para definição operacional	-1	0	+1	
Comportamental				
Simplicidade				
Clareza				
Relevância				
Precisão				
Tipicidade				
Amplitude				
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não				
Observações:				

9 – Indicador Correr

Indicador	Critério	-1	0	+1
Correr	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição constitutiva	Critério	-1	0	+1
Deslocar-se em um andamento mais veloz que a marcha.	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição operacional	Magnitude da definição operacional 1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.			
Pedir para o paciente andar com passos mais rápidos que a marcha (correr) de 3 a 6 metros.	1	Incapaz de andar com passos mais rápidos que a marcha.		

	2	Capaz de andar com passos mais rápidos que a marcha no máximo um terço do percurso.		
	3	Capaz de andar com passos mais rápidos que a marcha no máximo metade do percurso.		
	4	Capaz de andar com passos mais rápidos que a marcha no máximo dois terços do percurso.		
	5	Capaz de andar com passos mais rápidos que a marcha todo o percurso.		
Critério para definição operacional		-1	0	+1
Comportamental				
Simplicidade				
Clareza				
Relevância				
Precisão				
Tipicidade				
Amplitude				
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não				
Observações:				

10 – Indicador Saltar

Indicador	Critério	-1	0	+1
Saltar	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição constitutiva	Critério	-1	0	+1
Dar saltos; atirar-se ou lançar-se em pulo.	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição operacional	Magnitude da definição operacional 1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.			
Pedir para o paciente saltar o mais alto possível.	1	Incapaz de saltar.		
	2	Capaz de saltar com as duas mãos apoiadas em objeto (barra de apoio) fixo ao chão.		
	3	Capaz de saltar com uma mão apoiada em objeto (barra de apoio) fixo ao chão.		

	4	Capaz de saltar sem apoio, mas tem desequilíbrio ao tocar os pés ao chão.		
	5	Capaz de saltar sem apoio e não tem desequilíbrio ao tocar os pés ao chão.		
Critério para definição operacional		-1	0	+1
Comportamental				
Simplicidade				
Clareza				
Relevância				
Precisão				
Tipicidade				
Amplitude				
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não				
Observações:				

11 – Indicador Rastejar

Indicador	Critério	-1	0	+1
Rastejar	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição constitutiva	Critério	-1	0	+1
Andar arrastando-se, ou deslocar-se com todo o corpo junto ao solo.	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição operacional	Magnitude da definição operacional 1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.			
Pedir para o paciente andar na distância de 3 a 6 metros. Observar se ele rasteja.	1	Capaz de se deslocar no máximo com as duas mãos e os dois pés apoiados ao chão, arrastando todo o corpo ao chão.		
	2	Capaz de se deslocar no máximo com as duas mãos e os dois joelhos apoiados ao chão.		
	3	Capaz de se deslocar apoiando as duas mãos em uma pessoa ou em mecanismos auxiliares e arrastando os pés.		
	4	Capaz de se deslocar sem apoiar as mãos, mas arrastando os pés.		
	5	Desloca-se sem rastejar.		

Critério para definição operacional	-1	0	+1
Comportamental			
Simplicidade			
Clareza			
Relevância			
Precisão			
Tipicidade			
Amplitude			
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não			
Observações:			

12 – Indicador Movimentos realizados com facilidade

Indicador	Critério	-1	0	+1
Movimentos realizados com facilidade.	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição constitutiva	Critério	-1	0	+1
Realização dos movimentos dos músculos, das articulações, de transferência, de marcha com equilíbrio e coordenação, com facilidade e sem ajuda e apoio.	Comportamental			
	Simplicidade			
	Clareza			
	Relevância			
	Precisão			
	Tipicidade			
	Amplitude			
Definição operacional	Magnitude da definição operacional 1 - Gravemente comprometido; 2 - Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 - Levemente comprometido 5 - Não comprometido.			
<ul style="list-style-type: none"> - Pedir para o paciente realizar: - Marcha. - Movimentos musculares. - Movimentos articulares. - Transferências de um local para outro. 	1	Incapaz de realizar os movimentos.		
	2	Capaz de realizar no máximo dois movimentos com dificuldade.		
	3	Capaz de realizar no máximo três movimentos com dificuldade.		
	4	Capaz de realizar todos os movimentos, mas apresenta dificuldade.		
	5	Capaz de realizar todos os movimentos com facilidade.		
Critério para definição operacional	-1	0	+1	
Comportamental				
Simplicidade				
Clareza				
Relevância				

Precisão			
Tipicidade			
Amplitude			
Este indicador é apropriado ao paciente com acidente vascular cerebral? () Sim () Não			
Observações:			

4. Você sugere a retirada de algum indicador?

() Sim () Não

Se sim, qual(is)? Justifique.

INDICADOR	JUSTIFICATIVA PARA RETIRADA

5. Você sugere o acréscimo de algum indicador?

() Sim () Não

Se sim, qual(is)? Justifique.

INDICADOR	JUSTIFICATIVA PARA ACRÉSCIMO

6. Em virtude do paciente com AVC apresentar limitação da mobilidade, avalie as duas definições encontradas na literatura e escolha a que julgar mais adequada.

Limitação da mobilidade
Definição: limitação do equilíbrio para sentar, ficar em pé e andar. Utilização de uma ajuda para caminhar (com exceção de uma bengala); uma queda nos últimos três meses; incapacidade de subir escadas, rampas, ou superfícies irregulares, de forma independente, ou

uma velocidade mais lenta da marcha em 10 m do que o esperado para a idade do grupo.

Adequada () **Não adequada** ()

Sugestões:

APÊNDICE E

Instrumento para identificação do diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada (aplicado pela pesquisadora)

Dados respondidos pelo () paciente ou () acompanhante

Data: ____/____/____

Iniciais do nome: _____

1. Exame físico do sistema musculoesquelético e neurológico:

1.1. Limitação da mobilidade de alguma parte do corpo:

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

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

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

1.3. Anquilose de alguma articulação:

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

1.4. Espasticidade:

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

1.5. Presença de paralisias em seguimentos corporais:

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

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

Localização da paralisia: _____

1.6. Imobilização mecânica:

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

1.7. Cefaleias:

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

1.8. Convulsões:

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

OBS.: Na amplitude do movimento marcar com um X somente os movimentos que o paciente conseguir realizar.

1.9. Cabeça e pescoço:

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

	<input type="checkbox"/> flexão lateral E força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação D força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação E força muscular: _____
--	---

1.10. Ombros:

AMPLITUDE DO MOVIMENTO	Direito: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> abdução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> adução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação interna força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação externa força muscular: _____ Esquerdo: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> abdução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> adução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação interna força muscular: _____ <input type="checkbox"/> rotação externa força muscular: _____
------------------------	---

1.11. Cotovelos:

AMPLITUDE DO MOVIMENTO	Direito: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> pronação força muscular: _____ <input type="checkbox"/> supinação força muscular: _____ Esquerdo: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> pronação força muscular: _____ <input type="checkbox"/> supinação força muscular: _____
------------------------	---

1.12. Punhos, mãos e dedos:

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

1.13. Quadril (articulação coxofemoral):

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

1.14. Joelhos e coxas:

AMPLITUDE DO MOVIMENTO	Direito: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ Esquerdo: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____
------------------------	---

1.15. Tornozelos, pés e dedos dos pés:

AMPLITUDE DO MOVIMENTO	Tornozelo e pé direito: <input type="checkbox"/> dorsiflexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> flexão plantar força muscular: _____ <input type="checkbox"/> inversão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> eversão força muscular: _____ Tornozelo e pé esquerdo: <input type="checkbox"/> dorsiflexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> flexão plantar força muscular: _____ <input type="checkbox"/> inversão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> eversão força muscular: _____ Dedos do pé direito: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> abdução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> adução força muscular: _____ Dedos do pé esquerdo: <input type="checkbox"/> flexão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> extensão força muscular: _____ <input type="checkbox"/> abdução força muscular: _____ <input type="checkbox"/> adução força muscular: _____
------------------------	--

1.16. Movimentação e transferência:

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

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

1.17. Marcha, postura e equilíbrio:

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

CONSEGUE FICAR EM PÉ E	
------------------------	--

CAMINHAR?	() sim () não
UTILIZA AUXÍLIO PARA CAMINHAR?	() sim. Tipo: _____ () não
OBSERVAR CAMINHAR DE 3 A 6 METROS, VIRAR-SE E RETORNAR ATÉ O PONTO DE PARTIDA	() normal () hemiparesia espástica () ataxia cerebelar () parkinsoniana () tesoura () escavante ou com queda do pé () anseriana () perna curta () outros _____
ANDAR EM LINHA RETA COM UM PÉ ATRÁS DO OUTRO	() equilíbrio () desequilíbrio () não consegue
REALIZAR TESTE DE ROMBERG	() equilíbrio () desequilíbrio () não consegue
SALTAR EM UM PÉ SÓ COM UMA PERNA E DEPOIS COM A OUTRA	() equilíbrio () desequilíbrio () não consegue
TESTE DO DEDO-NARIZ	() movimentos regulares () movimentos irregulares
ANDAR EM ACLIVE	() independente () consegue andar com auxílio _____ () não consegue
ANDAR EM DECLIVE	() independente () consegue andar com auxílio _____ () não consegue
SUBIR ESCADAS (Escala de Barthel)	() 0. Incapaz () 5. Precisa de ajuda: verbal, física, suporte () 10. Independente

1.18. Habilidades motoras finas:

OBS.2: Anote D para o lado direito e E para o lado esquerdo.

VARIÁVEIS	SIM	NÃO	Lado
-----------	-----	-----	------

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

OBS.: Se encaixa uma tampa de caneta () com coordenação () sem coordenação

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

OBS: Presença de dispneia ao esforço: () sim () não

Diagnóstico: Mobilidade física prejudicada

Apresenta como características definidoras:

- Instabilidade postural: () presente () ausente
- Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas:
() presente () ausente
- Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas:
() presente () ausente
- Movimentos não-coordenados: () presentes () ausentes
- Amplitude limitada de movimento: () presente () ausente
- Dificuldade para virar-se: () presente () ausente
- Mudanças na marcha: () presentes () ausentes
- Tempo de reação diminuído: () presente () ausente
- Dispneia ao esforço: () presente () ausente
- Engaja-se em substituições de movimentos: () presente () ausente
- Movimentos lentos: () presentes () ausentes
- Tremor induzido pelo movimento: () presente () ausente
- Movimentos descontrolados: () presentes () ausentes

Diagnóstico: Mobilidade física prejudicada () presente () ausente

Fatores relacionados:

- Ansiedade: () presente () ausente
- Atraso de desenvolvimento: () presente () ausente

- Conhecimento deficiente quanto ao valor da atividade física: () presente () ausente
- Contraturas: () presentes () ausentes
- Controle muscular diminuído: () presente () ausente
- Crenças culturais em relação à atividade apropriada para idade: () presentes () ausentes
- Descondicionamento: () presente () ausente
- Desconforto: () presente () ausente
- Desnutrição: () presente () ausente
- Desuso: () presente () ausente
- Diminuição da massa muscular: () presente () ausente
- Dor: () presente () ausente
- Enrijecimento das articulações: () presente () ausente
- Estado de espírito depressivo: () presente () ausente
- Estilo de vida sedentário: () presente () ausente
- Falta de suporte socioambiental: () presente () ausente
- Força muscular diminuída: () presente () ausente
- Índice de Massa Corporal acima dos 75% apropriados para a idade:
() presente () ausente
- Intolerância à atividade: () presente () ausente
- Medicamentos: () presentes () ausentes
- Metabolismo celular alterado: () presente () ausente
- Perda da integridade de estruturas ósseas: () presente () ausente
- Prejuízo cognitivo: () presente () ausente
- Prejuízos musculoesqueléticos: () presentes () ausentes
- Prejuízos neuromusculares: () presentes () ausentes
- Prejuízos sensório-perceptivos: () presentes () ausentes
- Relutância em iniciar o movimento: () presente () ausente
- Resistência cardiovascular limitada: () presente () ausente
- Resistência diminuída: () presente () ausente
- Restrições prescritas de movimento: () presentes () ausentes

APÊNDICE F

Instrumento para identificação dos dados sociodemográficos e identificação de indicadores de riscos cerebrovasculares dos pacientes (aplicado pela pesquisadora)

1. Dados de identificação:

Iniciais do nome: _____

Endereço: _____

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

Sexo: M F Escolaridade (anos): _____

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

Estado civil: Solteiro Casado ou vive com parceiro Viúvo Divorciado

Profissão: _____ Ocupação atual: _____

Renda paciente: _____ Renda familiar: _____

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

Quem é responsável pelo cuidado do paciente? _____

Há quanto tempo teve o AVC? _____

2. História de doenças anteriores:

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

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

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

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

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

() AVC. Se S, quantos episódios anteriores ao primeiro AVC _____ há quanto tempo cada

Outras _____

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

3. Avaliação dos indicadores de risco:

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

Se S,

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

3.1.1. Fumo, bebida alcoólica, drogas, anticoncepcionais:

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

3.1.3. Exercício físico:

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

4. Medidas antropométricas:

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

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

Pressão arterial: _____

Outros exames:

APÊNDICE G

Instrumento para coleta de dados com definições constitutivas e operacionais (aplicado por duas enfermeiras)

Iniciais do nome: _____

Mobilidade física				
Definição: Capacidade da pessoa movimentar-se de uma posição postural para outra ou de um local para outro, de forma independente, com utilização ou não de dispositivo auxiliar.				
Escala: 1 – Gravemente comprometido; 2 – Muito comprometido; 3- Moderadamente comprometido; 4 – Levemente comprometido 5 – Não comprometido.				
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1 ()2 ()3 ()4 ()5	
Equilíbrio	O equilíbrio é a condição na qual todas as forças que atuam sobre o corpo são equilibradas. É a capacidade de manter o centro gravitacional corporal estável, posição ereta, dentro dos limites de estabilidade de apoio ou base de suporte.	Ao aplicar Berg Balance Scale, pedir para o paciente realizar as seguintes atividades: - mudar da posição sentada para a posição ereta; - ficar na posição ereta sem apoio; - sentar sem apoio; - mudar da posição ereta para sentada; - realizar transferências; - ficar na posição ereta com os olhos fechados; - ficar na posição ereta com os pés juntos; - reclinar à frente com os braços estendidos; - apanhar objeto no chão; - virar-se para olhar para trás; - girar 360°; - colocar os pés alternadamente sobre um banco; - ficar na posição ereta com um pé	1	Não é capaz de realizar as atividades de equilíbrio.
			2	Capaz de realizar de uma a quatro atividades de equilíbrio.
			3	Capaz de realizar de cinco a oito atividades de equilíbrio.
			4	Capaz de realizar de nove a doze atividades de equilíbrio.
			5	Capaz de realizar de treze a dezessete atividades de equilíbrio.

		<p>em frente ao outro;</p> <ul style="list-style-type: none"> - ficar na posição ereta apoiado em um pé só. - Desenhar em um papel. - Recortar um papel. - Encaixar uma peça de um jogo. 		
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1	()2 ()3 ()4 ()5
Coordenação motora	Coordenação motora é a relação entre elementos envolvidos na realização de movimentos decorrente da integração entre comando central (cérebro) e unidades motoras dos músculos e articulações que funcionam de modo articulado.	<p>- Pedir para o paciente com os olhos fechados e braços estendidos realizar o teste do dedo-nariz. Observar se ele toca a ponta do próprio nariz em cada dedo indicador, alternando as mãos e aumentando a velocidade.</p> <p>- Pedir para o paciente realizar o teste de movimentos alternados rápidos. Observar se o paciente alternadamente prona e supina suas mãos, como ao bater alternadamente com a palma e o dorso da mão sobre a coxa ou sobre a palma ou o dorso da outra mão ou imitar trocar uma lâmpada ou girar uma maçaneta. Observar se estes movimentos foram executados o mais rápido possível.</p>	1	Incapaz de realizar ambos os testes.
			2	Capaz de realizar no máximo um dos testes com muita dificuldade e com movimentos lentos.
			3	Capaz de realizar os dois testes com muita dificuldade e com movimentos lentos
			4	Capaz de realizar os dois testes sem dificuldades, mas com movimentos lentos.
			5	Capaz de realizar os dois testes sem dificuldades e com movimentos rápidos.
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1	()2 ()3 ()4 ()5

Marcha	Ato ou efeito de marchar. Jornada a pé. Modo de andar. Passo cadenciado. Habilidade motora extremamente complexa, composta por uma sequência de movimentos cíclicos dos membros inferiores que geram deslocamento do corpo. Durante sua execução, há sucessivos movimentos intrínsecos ocasionados pela transferência de peso de um pé para outro, mas é possível obter um deslocamento estável, mantendo-se a proporção do centro de gravidade continuamente entre os dois pés. A marcha inicia-se quando o calcanhar de um membro toca o solo e termina quando o calcanhar do mesmo membro toca novamente o solo.	Aplicar o teste de marcha de Tinetti: <i>Observar se o início da marcha é:</i> - após comando (0) - imediato (1). <i>Observar comprimento e altura dos passos:</i> <i>Perna direita em balanceio:</i> - não passa o membro esquerdo (0) - passa o membro esquerdo (1) - o pé direito não se afasta completamente do solo com o passo (0) - o pé direito se afasta completamente do solo (1). <i>Perna esquerda em balanceio:</i> - não passa o membro direito (0) - passa o membro direito (1) - o pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo (0) - o pé esquerdo se afasta completamente do solo (1). <i>Observar simetria dos passos:</i> - passos do pé direito e esquerdo desiguais (0) - passos do pé direito e esquerdo parecem iguais (1). <i>Observar continuidade dos passos:</i> - parada ou descontinuidade entre os passos (0) - passos parecem contínuos (1). <i>Observar desvio em linha reta (distância aproximada de 3m</i>	1	Não obtém pontuação na escala de marcha de Tinetti.
		<i>Observar comprimento e altura dos passos:</i> <i>Perna direita em balanceio:</i> - não passa o membro esquerdo (0) - passa o membro esquerdo (1) - o pé direito não se afasta completamente do solo com o passo (0) - o pé direito se afasta completamente do solo (1). <i>Perna esquerda em balanceio:</i> - não passa o membro direito (0) - passa o membro direito (1) - o pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo (0) - o pé esquerdo se afasta completamente do solo (1). <i>Observar simetria dos passos:</i> - passos do pé direito e esquerdo desiguais (0) - passos do pé direito e esquerdo parecem iguais (1). <i>Observar continuidade dos passos:</i> - parada ou descontinuidade entre os passos (0) - passos parecem contínuos (1). <i>Observar desvio em linha reta (distância aproximada de 3m</i>	2	Obtém de 0 a 3 pontos na escala de marcha de Tinetti.
		<i>Observar comprimento e altura dos passos:</i> <i>Perna direita em balanceio:</i> - não passa o membro esquerdo (0) - passa o membro esquerdo (1) - o pé direito não se afasta completamente do solo com o passo (0) - o pé direito se afasta completamente do solo (1). <i>Perna esquerda em balanceio:</i> - não passa o membro direito (0) - passa o membro direito (1) - o pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo (0) - o pé esquerdo se afasta completamente do solo (1). <i>Observar simetria dos passos:</i> - passos do pé direito e esquerdo desiguais (0) - passos do pé direito e esquerdo parecem iguais (1). <i>Observar continuidade dos passos:</i> - parada ou descontinuidade entre os passos (0) - passos parecem contínuos (1). <i>Observar desvio em linha reta (distância aproximada de 3m</i>	3	Obtém de 4 a 6 pontos na escala de marcha de Tinetti.
		<i>Observar comprimento e altura dos passos:</i> <i>Perna direita em balanceio:</i> - não passa o membro esquerdo (0) - passa o membro esquerdo (1) - o pé direito não se afasta completamente do solo com o passo (0) - o pé direito se afasta completamente do solo (1). <i>Perna esquerda em balanceio:</i> - não passa o membro direito (0) - passa o membro direito (1) - o pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo (0) - o pé esquerdo se afasta completamente do solo (1). <i>Observar simetria dos passos:</i> - passos do pé direito e esquerdo desiguais (0) - passos do pé direito e esquerdo parecem iguais (1). <i>Observar continuidade dos passos:</i> - parada ou descontinuidade entre os passos (0) - passos parecem contínuos (1). <i>Observar desvio em linha reta (distância aproximada de 3m</i>	4	Obtém de 7 a 9 pontos na escala de marcha de Tinetti.
		<i>Observar comprimento e altura dos passos:</i> <i>Perna direita em balanceio:</i> - não passa o membro esquerdo (0) - passa o membro esquerdo (1) - o pé direito não se afasta completamente do solo com o passo (0) - o pé direito se afasta completamente do solo (1). <i>Perna esquerda em balanceio:</i> - não passa o membro direito (0) - passa o membro direito (1) - o pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo (0) - o pé esquerdo se afasta completamente do solo (1). <i>Observar simetria dos passos:</i> - passos do pé direito e esquerdo desiguais (0) - passos do pé direito e esquerdo parecem iguais (1). <i>Observar continuidade dos passos:</i> - parada ou descontinuidade entre os passos (0) - passos parecem contínuos (1). <i>Observar desvio em linha reta (distância aproximada de 3m</i>	5	Obtém de 10 a 12 pontos na escala de marcha de Tinetti.

		<p><i>x 30cm</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> - desvio marcado (0) - desvio leve e moderado (1) - usa dispositivo de auxílio à marcha (2). - <i>Observar tronco</i>: oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha (0) - sem oscilação, mas com flexão de joelhos ou dor lombar ou afasta os braços enquanto anda (1) - sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha (2). <i>Observar base de apoio</i>: - calcanhares afastados (0) - calcanhares quase se tocando durante a marcha (1). 		
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1 ()2 ()3 ()4 ()5	
Andar	Movimentar-se, dando passos. Movimentar-se por impulso próprio ou não. Mover-se. Envolve regiões corticais, subcorticais e espinhais. É a capacidade de executar as atividades que envolvem a mobilidade, tais como subir e descer degraus, virar, fazer transferências, andar de forma rápida e lenta as distâncias especificadas.	<p>Pedir para o paciente realizar as seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - caminhar de 3 a 6 metros. - andar em aclave - andar em declive - subir escadas 	1	Incapaz de executar alguma destas atividades.
			2	Capaz de executar uma das atividades com ou sem ajuda de pessoas ou mecanismos auxiliares.
			3	Capaz de executar duas destas atividades com ou sem ajuda de pessoas ou mecanismos auxiliares.
			4	Capaz de executar três destas

				atividades com ou sem ajuda de pessoas ou mecanismos auxiliares.
			5	Capaz de executar de forma independente todas estas atividades.
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1	()2 ()3 ()4 ()5
Movimento dos músculos	<p>Por meio da coordenação dos grupos musculares, o corpo é capaz de realizar uma grande variedade de movimentos. A contração muscular produz vários movimentos. São eles:</p> <p>Flexão: curvatura de uma articulação.</p> <p>Extensão: estiramento em uma articulação.</p> <p>Abdução: movimento de afastamento a partir da linha média.</p> <p>Adução: movimento no sentido da linha média.</p> <p>Rotação: girar em torno de um eixo específico.</p> <p>Circundação: movimento semelhante ao cone.</p> <p>Supinação: virar para cima.</p> <p>Pronação: virar para baixo.</p> <p>Inversão: virar para dentro.</p> <p>Eversão: virar para fora.</p> <p>Protração: empurrar para diante.</p> <p>Retração: puxar para trás.</p>	<p>Pedir para o paciente realizar os movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação, circundação, supinação, pronação, inversão, eversão, protração e retração dos músculos dos membros superiores e inferiores. Avaliar a força muscular de cada movimento. Gradação da força muscular:</p> <p>0.Nenhuma contração</p> <p>1. Ligeira contração</p> <p>2.Amplitude do movimento plena com eliminação da gravidade (movimentação passiva)</p> <p>3. Amplitude do movimento plena com a gravidade</p> <p>4. Amplitude do movimento plena contra a gravidade, alguma resistência</p> <p>5. Amplitude do movimento plena contra a gravidade, resistência</p>	1	Apresenta graduação 0 da força muscular.
			2	Apresenta graduação 1 ou 2 da força muscular.
			3	Apresenta graduação 3 da força muscular.
			4	Apresenta graduação 4 da força muscular.
			5	Apresenta graduação 5 da força muscular.

		plena		
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1 ()2 ()3 ()4 ()5	
Movimento das articulações	<p>As articulações possuem os seguintes movimentos:</p> <p>Abdução: movimento distanciando-se da linha média do corpo.</p> <p>Adução: movimento em direção à linha média do corpo.</p> <p>Flexão: inclinação de uma articulação tal que o ângulo da articulação diminui.</p> <p>Extensão: o retorno do movimento decorrente da flexão; o ângulo da articulação é aumentado.</p> <p>Rotação: ato de virar ou movimentar uma parte em torno de seu próprio eixo.</p> <p>Interna: vira para dentro, em direção ao centro. Externa: vira para fora distante do centro.</p> <p>Dorsiflexão: movimento que flexiona ou inclina a mão para trás, em direção ao corpo, ou o pé em direção à perna.</p> <p>Flexão palmar: movimento que flete ou inclina a mão em direção à palma.</p> <p>Flexão plantar: movimento que flete ou inclina o pé em direção à sola.</p> <p>Pronação: rotação do antebraço de forma que a palma da mão fica para baixo.</p> <p>Supinação: rotação do antebraço de modo que a palma da mão fica para cima.</p> <p>Oposição: toque do polegar em cada ponta do dedo da mesma mão.</p> <p>Inversão: movimento que vira a sola do pé para dentro.</p> <p>Eversão: movimento que vira a sola do pé para fora.</p>	<p>Pedir para o paciente realizar os movimentos de:</p> <p>- flexão, extensão, flexão lateral e rotação da cabeça e pescoço;</p> <p>- flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa dos ombros;</p> <p>- flexão e extensão dos cotovelos;</p> <p>- flexão, extensão, supinação, pronação e hiperextensão dos punhos e mãos;</p> <p>- flexão, extensão, abdução, adução e oposição do polegar aos dedos das mãos;</p> <p>- flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa do quadril;</p> <p>- flexão e extensão dos joelhos;</p> <p>- dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão dos tornozelos e pés;</p> <p>- flexão, extensão, abdução e adução dos dedos dos pés.</p>	1	Incapaz de realizar algum destes movimentos das articulações.
			2	Capaz de realizar de um a três movimentos das articulações.
			3	Capaz de realizar de quatro a cinco movimentos das articulações.
			4	Capaz de realizar de seis a sete movimentos das articulações.
			5	Capaz de realizar de oito a nove movimentos das articulações.
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	

			()1 ()2 ()3 ()4 ()5	
Desempenho no posicionamento do corpo	O desempenho no posicionamento do corpo envolve alinhamento e sentido de posição. O alinhamento é a posição do corpo em relação à gravidade, centro de massa e base de apoio. O sentido de posição é a percepção da posição do corpo ou de suas partes no espaço.	Realizar o teste de cinestesia: Pedir para o paciente ficar de olhos fechados e segurar o dedo lateralmente da mão ou o primeiro dedo do pé do paciente e mover para cima e para baixo, exercendo tão pouca pressão quanto possível para eliminar indicações de variações na pressão. Pedir para o paciente indicar a posição do movimento. Observar se o paciente consegue detectar movimentos de alguns milímetros e se tem perda do sentido posicional.	1	Incapaz de detectar movimentos e tem perda do sentido posicional.
			2	Capaz de detectar no máximo grandes movimentos e tem perda do sentido posicional.
			3	Capaz de detectar no máximo grandes movimentos e mantém a noção do sentido posicional por no máximo 10 segundos.
			4	Capaz de detectar grandes movimentos e pequenos movimentos e mantém a noção do sentido posicional por no máximo 30 segundos.
			5	Capaz de detectar movimentos de alguns milímetros e indica a posição correta dos movimentos por tempo indeterminado.
INDICADOR	DEFINIÇÃO CONCEITUAL	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL	
			()1 ()2 ()3 ()4 ()5	
Desempenho na transferência	Atividade centrada em deslocar o corpo de uma superfície para outra.	Pedir para o paciente transferir-se: - Para ou do vaso sanitário	1	Incapaz de realizar alguma das transferências.
			2	Capaz de realizar de uma

		- Para ou da cadeira higiênica		a quatro transferências.
		- Para dentro ou para fora do chuveiro	3	Capaz de realizar de cinco a oito transferências.
		- Entre superfícies de níveis diferentes		
		- Da cadeira para o carro	4	Capaz de realizar de nove a doze transferências.
		- Do carro para a cadeira		
		- Da cadeira para o chão		
		- Do chão para a cadeira		
		- Da posição em pé para o chão		
		- Do chão para a posição em pé		
		- Da cadeira para a posição em pé	5	Capaz de realizar de treze a dezesseis transferências.
		- Da posição em pé para a cadeira		
		- Da cama para a posição em pé		
		- Da posição em pé para a cama		
		- Da cama para a cadeira		
		- Da cadeira para a cama		

APÊNDICE H
Instrumento para coleta de dados sem definições constitutivas e operacionais (aplicado por duas enfermeiras)

Iniciais do nome: _____

INDICADORES	MAGNITUDE DA DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Equilíbrio	<input type="checkbox"/> 1 Gravemente comprometido <input type="checkbox"/> 2 Muito comprometido <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente comprometido <input type="checkbox"/> 4 Levemente comprometido <input type="checkbox"/> 5 Não comprometido
Coordenação	<input type="checkbox"/> 1 Gravemente comprometido <input type="checkbox"/> 2 Muito comprometido <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente comprometido <input type="checkbox"/> 4 Levemente comprometido <input type="checkbox"/> 5 Não comprometido
Marcha	<input type="checkbox"/> 1 Gravemente comprometido <input type="checkbox"/> 2 Muito comprometido <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente comprometido <input type="checkbox"/> 4 Levemente comprometido <input type="checkbox"/> 5 Não comprometido
Andar	<input type="checkbox"/> 1 Gravemente comprometido <input type="checkbox"/> 2 Muito comprometido <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente comprometido <input type="checkbox"/> 4 Levemente comprometido <input type="checkbox"/> 5 Não comprometido
Movimento dos músculos	<input type="checkbox"/> 1 Gravemente comprometido <input type="checkbox"/> 2 Muito comprometido <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente comprometido <input type="checkbox"/> 4 Levemente comprometido <input type="checkbox"/> 5 Não comprometido
Movimento das articulações	<input type="checkbox"/> 1 Gravemente comprometido <input type="checkbox"/> 2 Muito comprometido <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente comprometido

	<input type="checkbox"/> 4 Levemente comprometido <input type="checkbox"/> 5 Não comprometido
Desempenho no posicionamento do corpo	<input type="checkbox"/> 1 Gravemente comprometido <input type="checkbox"/> 2 Muito comprometido <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente comprometido <input type="checkbox"/> 4 Levemente comprometido <input type="checkbox"/> 5 Não comprometido
Desempenho na transferência	<input type="checkbox"/> 1 Gravemente comprometido <input type="checkbox"/> 2 Muito comprometido <input type="checkbox"/> 3 Moderadamente comprometido <input type="checkbox"/> 4 Levemente comprometido <input type="checkbox"/> 5 Não comprometido

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para enfermeiros na validação clínica.

Prezado (a) enfermeiro (a),

Meu nome é Rafaella Pessoa Moreira. Sou aluna do Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e estou desenvolvendo um projeto de pesquisa “Pacientes com acidente vascular cerebral: validação de um instrumento de avaliação do resultado de enfermagem mobilidade” sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Thelma Leite de Araujo. Estamos estudando o resultado de enfermagem Mobilidade, relativo ao diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada.

Solicitamos, por meio desta, sua colaboração no estudo que constará na avaliação da resultado Mobilidade e suas respectivas definições constitutivas e operacionais ora construídas e validadas quanto ao conceito. Consistirá na confirmação ou não dos componentes do resultado de enfermagem no ambiente clínico mediante a aplicação de um instrumento semiestruturado e a observação do paciente. Farão parte da amostra cinquenta pacientes com diagnóstico médico de acidente vascular cerebral que estejam recebendo tratamento clínico na Associação Beneficente Cearense de Reabilitação do Bairro de Messejana e com o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada.

Caso aceite, você será escolhido aleatoriamente para compor uma das duas duplas que serão formadas: a dupla que terá acesso às definições constitutivas e operacionais ou a dupla que não terá acesso a essas informações. Em seguida você participará de um treinamento, com duração média de quarenta horas/aula, composto por uma parte teórica comum às duas duplas e uma parte específica, caso venha a participar da dupla com as definições constitutivas e operacionais. Você irá coletar os dados no mesmo momento que a outra pessoa da sua dupla. No entanto, vocês coletarão os dados de forma individual para posterior comparação dos resultados obtidos. O seu contato com o paciente para preenchimento e avaliação do instrumento com as definições constitutivas e operacionais durará em média trinta minutos.

Damos-lhe garantia de que as informações colhidas serão usadas apenas para a realização do presente estudo e asseguramos que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre a pesquisa e sobre seus benefícios, inclusive com a finalidade de sanar alguma dúvida. Você terá a liberdade de retirar seu consentimento em participar deste trabalho sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Por fim, garantimos que não forneceremos informação a seu respeito que possa identificá-lo de alguma maneira. Ademais, sua participação no estudo é voluntária. Dessa forma, não receberá pagamento e também é sem ônus de qualquer natureza. Caso aceite participar do estudo, deverá assinar este termo de consentimento em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador do estudo.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará poderá ser consultado sobre o estudo pelo telefone (85) 3366-8338. Se precisar entrar em contato conosco (eu e minha orientadora), informamos-lhe nosso nome e endereço:

Rafaella Pessoa Moreira

Thelma Leite de Araujo

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Rua Alexandre Baraúna, 1115. Telefone: (85) 3366-8459

thelmaaraujo2003@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Declaro que após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do enfermeiro/RG

Assinatura da pesquisadora/RG

APÊNDICE J

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- para os pacientes

(Em duas vias, firmado por cada participante-voluntári(a) da pesquisa)

Título da pesquisa: “Pacientes com acidente vascular cerebral: validação de um instrumento de avaliação do resultado de enfermagem mobilidade”. Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa que vai incluir pessoas que sofreram acidente vascular cerebral, também chamado de “derrame”, para verificar se vêm apresentando problemas de mobilidade. Sua colaboração é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações a seguir e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa fiquem claros.

Caso aceite, eu que sou doutoranda de enfermagem, farei uma entrevista e exame físico. Se eu detectar que você tem o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, outros dois enfermeiros no prazo máximo de uma semana da minha avaliação farão outra entrevista e outro exame físico com você. Nos dois momentos, a entrevista e exame físico durarão mais ou menos trinta minutos, mas se ficar cansado poderá interromper sempre que quiser. Acreditamos que o seu desconforto será mínimo, mas faremos todo o esforço para que diminua mais ainda. Acreditamos que as informações obtidas neste estudo possibilitarão uma atenção maior para as pessoas que tiveram um acidente vascular cerebral.

Caso tenha dificuldades para falar, solicitamos sua autorização para fazer as perguntas ao seu acompanhante na sua presença, mas sempre considerando que a sua informação é a melhor.

Destacamos ainda que: 1- a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo para o tratamento que faz na instituição; 2- a qualquer momento poderá pedir outros esclarecimentos ou informações sobre os estudos; 3 - sua participação no estudo é voluntária. Dessa forma, não receberá pagamento e também é sem ônus de qualquer natureza. 4- estamos lhe dando garantia de que as informações conseguidas através da sua colaboração não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Nome e endereço da responsável pela pesquisa:

Rafaella Pessoa Moreira

Endereço: Rua Alexandre Baraúna Bloco: /Nº: /Complemento: 1115

Bairro: /CEP/Cidade: Rodolfo Teófilo- 60430-160- Fortaleza- Ceará

Telefones p/contato: 3366-8459 ou 8885-9554

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

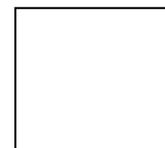
Telefone: 3366.8338

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

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

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do paciente/RG



Assinatura do pesquisador/RG

Digitais caso não assine

APÊNDICE K
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – responsáveis

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa)

Título da pesquisa: Pacientes com acidente vascular cerebral: validação de um instrumento de avaliação do resultado de enfermagem mobilidade.

Você está sendo convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa que vai incluir pessoas que sofreram acidente vascular cerebral, também chamado de “derrame”, para verificar se a pessoa que você é responsável vêm apresentando problemas de mobilidade. Sua colaboração é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações a seguir e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa fiquem claros.

Caso aceite, eu que sou doutoranda de enfermagem, farei uma entrevista com você e exame físico com o paciente. Se eu detectar que ele tem o diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, outros dois enfermeiros no prazo máximo de uma semana da minha avaliação farão outra entrevista com você e outro exame físico com o paciente. Nos dois momentos, a entrevista e o exame físico durarão mais ou menos trinta minutos, mas se o paciente ou você ficar cansado poderá interromper sempre que quiser. Acreditamos que o desconforto será mínimo, mas faremos todo o esforço para que diminua mais ainda. Acreditamos que as informações obtidas neste estudo possibilitarão uma atenção maior para as pessoas que tiveram um acidente vascular cerebral.

Destacamos ainda que: 1- a qualquer momento você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo para o tratamento que o paciente faz na Associação Beneficente Cearense de Reabilitação; 2- a qualquer momento poderá pedir outros esclarecimentos ou informações sobre os estudos; 3 - sua participação no estudo é voluntária. Dessa forma, não receberá pagamento e também é sem ônus de qualquer natureza. 4- estamos lhe dando garantia de que as informações conseguidas através da sua colaboração não permitirão a identificação da sua pessoa nem do paciente, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Nome e endereço da responsável pela pesquisa:

Rafaella Pessoa Moreira

Endereço: Rua Alexandre Baraúna Bloco: /Nº: /Complemento: 1115

Bairro: /CEP/Cidade: Rodolfo Teófilo- 60430-160- Fortaleza- Ceará

Telefones p/contato: 3366-8459 ou 8885-9554

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Telefone: 3366.8338

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

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

_____, de _____ de _____

Assinatura do responsável/RG



Assinatura do pesquisador/RG

Digitais caso não assine

ANEXOS